

Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara

Facultatea de Medicină



VARIANTE DE GRILE
PENTRU EXAMENUL DE DISERTAȚIE (pentru studii
universitare oferite comasat de licență și master)
Programul de studii - MEDICINĂ
Sesiunea septembrie 2025/februarie 2026

Cuprins

CAP. I - CARDIOLOGIE	4
RĂSPUNSURI CAP. I - CARDIOLOGIE.....	60
CAP. II - DIABET, NUTRIȚIE, BOLI METABOLICE ȘI REUMATOLOGIE	62
RĂSPUNSURI CAP. II - DIABET, NUTRIȚIE, BOLI METABOLICE ȘI REUMATOLOGIE	91
CAP. III - ENDOCRINOLOGIE	92
RĂSPUNSURI CAP. III - ENDOCRINOLOGIE	97
CAP. IV - GASTROENTEROLOGIE	98
RĂSPUNSURI CAP. IV - GASTROENTEROLOGIE	123
CAP. V - NEFROLOGIE	124
RĂSPUNSURI CAP. V - NEFROLOGIE.....	153
CAP. VI - PNEUMOLOGIE	154
RĂSPUNSURI CAP. VI - PNEUMOLOGIE.....	170
CAP. VII - HEMATOLOGIE	171
RĂSPUNSURI CAP. VII - HEMATOLOGIE	179
CAP. VIII - NEUROLOGIE	180
RĂSPUNSURI CAP. VIII - NEUROLOGIE	192
CAP. IX - BOLI INFECȚIOASE	193
RĂSPUNSURI CAP. IX - BOLI INFECȚIOASE.....	203
CAP. X - DERMATOLOGIE	204
RĂSPUNSURI CAP. X – DERMATOLOGIE.....	222
CAP. XI - PSIHIATRIE	223
RĂSPUNSURI CAP. XI - PSIHIATRIE	229
CAP. XII - CHIRURGIE	230
RĂSPUNSURI CAP. XII - CHIRURGIE	321
CAP. XIII - CHIRURGIE PLASTICĂ	324
RĂSPUNSURI CAP. XIII - CHIRURGIE PLASTICĂ.....	334
CAP. XIV - CHIRURGIE VASCULARĂ	335
RĂSPUNSURI CAP. XIV - CHIRURGIE VASCULARĂ	345
CAP. XV - ORTOPEDIE	346
RĂSPUNSURI CAP. XV - ORTOPEDIE.....	369

CAP. XVI - UROLOGIE	370
RĂSPUNSURI CAP. XVI - UROLOGIE.....	382
CAP. XVII - ORL	383
RĂSPUNSURI CAP. XVII - ORL	399
CAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE	400
RĂSPUNSURI CAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE	422
CAP. XIX - ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ	423
RĂSPUNSURI CAP. XIX - ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ	431
CAP. XX - PEDIATRIE	432
RĂSPUNSURI CAP. XX - PEDIATRIE	444
CAP. XXI - EPIDEMIOLOGIE	445
RĂSPUNSURI CAP. XXI - EPIDEMIOLOGIE.....	448
BIBLIOGRAFIE	449

1. *Următoarea afirmație despre tromboembolismul venos este falsă:
 - A. Este dificil de diagnosticat
 - B. Aspectele clinice sunt nespecifice pentru embolia pulmonară
 - C. Investigațiile inițiale sunt nespecifice
 - D. Investigațiile de rutina sunt specifice pentru embolia pulmonară
 - E. Diagnosticul se stabilește cu întârziere deoarece investigațiile de rutină și aspectele clinice sunt nespecifice
2. *Tromboza arterială și venoasă:
 - A. Apare atât la nivelul arterelor cât și a venelor
 - B. Coagulii arteriali sunt roșii
 - C. Coagulii venoși sunt albi
 - D. Fibrina și hematiile contribuie la formarea trombilor albi
 - E. Trombocitele și fibrina contribuie la formarea trombilor roșii
3. *Următoarea afirmație este falsă cu excepția:
 - A. Trombul limitat la nivelul gambei se definește ca tromboză venoasă proximală
 - B. Trombul limitat la nivelul venei poplitee se definește ca tromboză venoasă distală
 - C. Este nevoie de câteva zile pentru ca trombii venoși să producă manifestări clinice
 - D. Trombul localizat nu poate migra în circulația sanguină și nu poate produce embolie pulmonară
 - E. Cel mai frecvent tromboza venoasă își are originea în venele profunde ale membrului superior
4. *Care dintre următoarele afirmații este falsă:
 - A. Manifestările tipice de TVP includ durerea
 - B. Tumefierea unui membru
 - C. Răcirea unui membru
 - D. Membru roșu la inspecția tegumentară
 - E. Sensibilitate de-a lungul traiectului venos
5. *Care dintre următoarele diagnostice intră în diagnosticul diferențial al TVP:
 - A. Tromboza venoasă superficială
 - B. Astm bronșic
 - C. Sindrom coronarian acut
 - D. Disecție de aortă
 - E. Pneumothorax

6. *Care dintre următoarele diagnostice intră în diagnosticul diferențial al emboliei pulmonare:
- A. Tamponada cardiacă
 - B. Celulita
 - C. Sindrom posttrombotic
 - D. Ruptura chist Baker
 - E. Ocluzie arterială acută
7. *Pe traseul ECG cu 12 derivații în embolia pulmonară acută poate avea aspect de:
- A. Q3 T3 S3
 - B. T3 Q1 S3
 - C. S1 Q3 T3
 - D. V1, V2, V3
 - E. S1 Q3 T1
8. *Care dintre următoarele caracteristici clinice nu intră în alcătuirea cu 2 niveluri a scorului WELLS pentru tromboză venoasă profundă
- A. Istoric documentat de tromboză venoasă profundă
 - B. Edem al întregului picior
 - C. Imobilizare recentă cu aparat gipsat a membrelor inferioare
 - D. Cancer activ sub tratament peste 6 luni
 - E. Vene colaterale superficiale
9. *Următoarele afirmații despre D-Dimeri sunt adevărate:
- A. Un scor WELLS improbabil nu necesită dozarea D-Dimerilor
 - B. D-Dimerii se masoară doar calitativ în plasmă
 - C. Nivelurile crescute indică activarea sistemului de coagulare
 - D. D-Dimerii sunt specifici pentru trombembolismul venos
 - E. D-Dimerii sunt produși de degradare ai fibrinogenului
10. *Un pacient care se prezintă cu hemoptizie, alura ventriculară 95 batai/min, cu o intervenție chirurgicală pe abdomen în urma cu 3 săptămâni și are semne și simptome de tromboză venoasă, prezintă un Scor Wells pe două niveluri pentru embolie pulmonară de:
- A. 6 puncte
 - B. 6,5 puncte
 - C. 7 puncte
 - D. 3 puncte
 - E. 5,5 puncte

11. Printre factorii de risc tranzitori în trombembolismul venos se numără:
 - A. Cancer activ
 - B. Imobilizare (repaus la pat >3 zile)
 - C. Administrare de estrogeni
 - D. Călătorii recente > 4 ore
 - E. Vârsta avansată
12. Printre factorii de risc persistenți pentru tromboembolismul venos se numără:
 - A. Istoric de trombembolism venos.
 - B. Sindrom nefrotic.
 - C. Trombofilii ereditare
 - D. Sindrom antifosfolipidic
 - E. Tromboza venoasă superficială
13. Clinic embolia pulmonară se prezintă astfel:
 - A. 65% din cazuri cu durere toracică de tip pleuritic
 - B. Dispnee
 - C. 25% din cazuri dispnee intense
 - D. 10% din cazuri sincopă
 - E. Asimptomatic
14. Următoarele afirmații despre tromboza venoasă profundă a membrului superior sunt false:
 - A. Algoritmul nu este așa de bine stabilit
 - B. Durerea și edemul sunt caracteristice
 - C. Necesită examinare ultrasonografică
 - D. Nu necesită examinare ultrasonografică
 - E. Necesită endarterectomie
15. Standardul anticoagulant pentru trombembolismul venos cuprinde următoarele faze:
 - A. Faza acută cu durata de 5-10 zile
 - B. Faza acută cu duratat de 1-3 zile
 - C. Faza de menținere cu durata de minim 3 luni
 - D. Faza subacută cu durata de minim 3 luni
 - E. Faza de lungă durată
16. Tratamentul anticoagulant parenteral în trombembolismul venos implică următoarele medicamente:
 - A. Heparina cu greutate moleculară mică

- B. Heparina nefracționată
 - C. Apixaban
 - D. Antagonist al vitaminei K
 - E. Eptifibatid
17. Despre dabigatran se pot afirma următoarele:
- A. Nu este necesară administrarea în prealabil de anticoagulant parenteral
 - B. Este necesară administrarea în prealabil de anticoagulant parenteral
 - C. Este un inhibitor direct al trombinei
 - D. Este un inhibitor al factorului VII
 - E. Este un inhibitor direct al factorului X și factorului Xa
18. Despre apixaban nu se pot afirma următoarele:
- A. Este un anticoagulant oral direct
 - B. Nu este un anticoagulant oral direct
 - C. Necesită anticoagulare parenterală
 - D. Se administrează în doza mai mare timp de 7 zile
 - E. Este inhibitor direct al factorului Xa
19. Următoarele afirmații despre anticoagularea la femeile gravide cu trombembolism venos sunt adevărate:
- A. Warfarina nu produce embriopatie
 - B. Warfarina traversează placenta
 - C. Warfarina produce embriopatie între săptămânile 13 și 18
 - D. Anticoagulante directe orale nu traversează placenta
 - E. Warfarina poate produce hemoragie fetală
20. Utilizarea warfarinei în timpul sarcinii poate induce:
- A. Hipoplazie nazală
 - B. Hemoragie fetală
 - C. Anomalii neurologice
 - D. Risc de deces intrauterin
 - E. Anomalii scheletice diafizare
21. Clasa PESI II presupune:
- A. Scorul este cuprins între 66 și 85 puncte
 - B. Scorul este cuprins între 86 și 105 puncte
 - C. Riscul de mortalitate este redus
 - D. Riscul de mortalitate este de 0 și 1,6%

- E. Riscul de mortalitate este între 0 și 1,5%
22. În calculul Scorului PESI original următorilor parametri li se acordă câte 20 de puncte:
- A. Frecvența respiratorie peste 30 respirații/min
 - B. Boala pulmonară cronică
 - C. Status mental alterat
 - D. Alura ventriculară peste 110 bătăi/min
 - E. Saturația oxigenului < 90%
23. În calculul Scorului PESI original următorilor parametri li se acordă câte 10 de puncte:
- A. Sex masculin
 - B. Saturația oxigenului < 90%
 - C. Vârsta > 80 ani
 - D. Insuficiența cardiacă congestivă
 - E. Boala pulmonară cronică
24. Un pacient 78 ani de sex masculin este diagnosticat cu embolie pulmonară și care prezintă alura ventriculară 115 bpm și saturația de oxigen 89%. Despre acest pacient se pot afirma următoarele aspecte:
- A. Scor PESI 128 puncte
 - B. Clasa PESI V
 - C. Scor PESI 118 puncte
 - D. Clasa PESI IV
 - E. Pacientul are 2 puncte în cadrul versiunii simplificate a PESI
25. În cazul pacienților cu cancer și tromboembolism pulmonar se pot afirma următoarele:
- A. Heparinele cu greutate moleculară mică sunt mai eficiente decât warfarina
 - B. Anticoagulatele orale directe sunt cel puțin la fel de eficiente ca warfarina
 - C. Heparinele cu greutate moleculară mică pot crește riscul de sângerare
 - D. Heparinele cu greutate moleculară mică nu sunt mai eficiente decât warfarina la pacienții cu cancer activ
 - E. Anticoagulatele orale directe nu cresc riscul de sângerare la pacienții cu cancer și sunt astfel lipsite de riscuri
26. Despre tromboliza următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Nu prezintă riscuri de sângerare
 - B. Au un risc de 4% de sângerare intracraniană
 - C. Au un risc de 2% de sângerare intracraniană

- D. Se administrează în context de embolie pulmonară cu tensiune arterială sistolică < 90 mmHg
- E. Se administrează în context de embolie pulmonară cu tensiune arterială sistolică < 80 mmHg
27. Următoarele afirmații despre tromboliză sunt false:
- A. Tromboliza poate fi administrat direct pe cateter direct în tromb
 - B. Restabilește rapid perfuzia pulmonară
 - C. Este o procedură exclusiv sistemică
 - D. Tromboliza în embolia pulmonară cu risc intermediar este indicație de elecție
 - E. Tromboliza locală poate fi folosită în tromboza ilio-femurală
28. Următoarele afirmații despre filtrele de venă cavă inferioară sunt adevărate:
- A. Se indică când pacienții au o contraindicație pentru anticoagulare
 - B. Sângerarea activă poate fi o indicație de filtru de vena cavă
 - C. Se asociază cu un risc crescut de tromboză venoasă profundă
 - D. Filtrele de venă cavă inferioară reduce riscul de embolie pulmonară recurentă versus anticoagulare
 - E. Se preferă filtre de venă cavă inferioară permanente
29. Următorii parametri primesc 30 de puncte în calculul scorului PESI, cu excepția:
- A. Vârsta peste 80 de ani
 - B. Cancer
 - C. Boala pulmonară cronică decompensată
 - D. Tensiunea arterială sistolică < 100 mmHg
 - E. Temperatura < 36 grade Celsius
30. Următoarele afirmații legate de tromboza asociată cancerului sunt adevărate:
- A. Are un prognostic favorabil
 - B. 10-20% din toate episoadele de TEV sunt diagnosticate la persoanele cu cancer
 - C. Patogeneza include hipercoagulabilitatea indusă direct de cancer
 - D. Patogeneza include mobilitatea redusă
 - E. Patogeneza include mobilitatea crescută
31. Diagnosticul sindromului antifosfolipidic trebuie luat în considerare la:
- A. TEV la vârstă tânără
 - B. Morbiditate în legătură cu sarcina
 - C. TEV la vârstă înaintată
 - D. Tromboză arterială la vârstă tânără inexplicabilă

- E. Tromboză venoasă cu localizare neobișnuită
32. Următoarele afirmații legate de scorul de evaluare a riscului de tromboză legate de pacient sunt adevărate:
- A. Sângerare activă
 - B. Obezitate
 - C. Internare în secția ATI
 - D. Trombofilii cunoscute
 - E. AVC acut
33. Următoarele afirmații legate de riscul de sângerare legate de pacient sunt false:
- A. Cancer activ sau în tratament
 - B. HTA sistolică necontrolată >230/120mmHg
 - C. Fractură de șold
 - D. AVC acut
 - E. Patologii hemoragice ereditare
34. Legat de trombocitopenia indusă de heparină (HIT), se pot afirma următoarele:
- A. Este asociată cu o puternică tendință protrombotică
 - B. Trebuie întrerupt orice tratament cu heparină
 - C. Anticoagulatele alternative sunt reprezentate de danaparoid, argatroban și fondaparinux
 - D. Reacția adversă apare la o luna de la administrare
 - E. Pacienții care dezvoltă HIT nu trebuie expuși din nou la heparină pe viitor
35. Următoarele afirmații legate de anticoagulatele orale directe (DOAC/NOAC) sunt adevărate:
- A. Sunt eliminate variabil, pe cale renală și au un timp de înjumătățire de 12 ore
 - B. Au indice terapeutic mai larg decât warfarina
 - C. Pot fi administrate în doză fixă fără monitorizare
 - D. Sunt indicate la pacienții care au suferit înlocuire mecanică a valvelor cardiace sau cu stenoză mitrală moderată sau severă
 - E. DOAC nu traversează placentă
36. Dintre inhibitorii factorului Xa fac parte:
- A. Dabigatran
 - B. Apixaban
 - C. Rivaroxaban
 - D. Warfarina

E. Edoxaban

37. Următoarele afirmații legate de heparina cu greutate moleculară mică (LMWH) sunt adevărate:
- A. La femeile însărcinate, LMWH este utilizată în mod uzual deoarece nu traversează placentă
 - B. Spre deosebire de heparina nefracționată (UFH), LMWH au un risc mai crescut de trombocitopenie indusă de heparină (HIT)
 - C. Efectul LMWH este doar parțial reversibil la administrarea de sulfat de protamină
 - D. Timpul de înjumătățire plasmatică al LMWH este mai scurt decât cel al UFH
 - E. La pacienții cu tromboză asociată unui cancer, LMWH sunt mai eficiente decât warfarina
38. Următoarele afirmații legate de Apixaban sunt adevărate:
- A. Este un inhibitor al factorului Xa
 - B. Nu se elimină renal
 - C. Timpul de înjumătățire este de 12 ore
 - D. Efectul maxim este atins la 24 de ore
 - E. Antidotul în cazul sângerării se numește idarucizumab
39. Tratamentul sângerării la pacienții sub tratament cu anticoagulante orale directe (DOAC) cuprinde:
- A. Administrarea DOAC nu trebuie oprită
 - B. Tratamentul suportiv, cu lichide administrate intravenos și componente ale sângelui, cum ar fi masa eritocitară, ar trebui administrată după caz
 - C. Antidotul în cazul dabigatranului este un anticorp monoclonal, idarucizumab
 - D. Trebuie luată în considerare efectuarea unei endoscopii
 - E. Administrarea DOAC trebuie oprită
40. Sindromul post-trombotic rezultă prin:
- A. Dezvoltarea circulației colaterale
 - B. Inflamație localizată
 - C. Ocluzia venoasă proximală cu blocarea circulației de întoarcere
 - D. Plasma nu extravadează la nivel capilar
 - E. Hipertensiune venoasă
41. Mijloacele de profilaxie farmacologică în boala venoasă tromboembolică cuprinde:
- A. Utilizarea ciorapilor anti-embolici cu lungime până la genunchi sau până la nivelul coapsei

- B. În doză mică, DOAC au fost aprobate pentru prevenirea TEV în urma unei intervenții chirurgicale majore de înlocuire a șoldului și a genunchiului, continuate timp de 2-5 săptămâni după operație
- C. În doză mică, DOAC au fost aprobate pentru prevenirea TEV în urma unei intervenții chirurgicale majore de înlocuire a șoldului și a genunchiului, continuate timp de 6-8 săptămâni după operație
- D. Cel mai adesea sunt folosite heparinele cu greutatea moleculară mică(LMWH)
- E. Ridicarea membrelor inferioare
42. *Care dintre următoarele patologii reprezintă o cauză principală pentru insuficiența cardiacă:
- A. Cardiomiopatia dilatativă
- B. Cardiomiopatia hipertrofică
- C. Aritmii
- D. Pericardita constrictivă
- E. Miocardita
43. *Modificările fiziopatologice aparute în insuficiența cardiacă, sunt următoarele, cu excepția:
- A. Dilatare ventriculară
- B. Sinteză crescută de collagen
- C. Alterarea expresiei genei miozinei
- D. Hipotrofie miocitară
- E. Retenție de sare și apă
44. *Circulația hiperdinamică reprezintă o cauză de insuficiență cardiacă.Care din următoarele patologii poate provoca acest tip de circulație:
- A. Valvulopatiile mitrale
- B. Tireotxicoza
- C. Amiloidoza
- D. Fibrilația atrială
- E. Miocardita
45. *Care dintre următoarele afirmații despre peptidul natriuretic de tip B (BNP) este falsă:
- A. Este secretat predominant de ventriculi
- B. Este secretat ca răspuns la stresul crescut din peretele miocardic
- C. BNP este un bun predictor de evenimente cardiovasculare și mortalitate
- D. BNP este crescut la pacienții cu insuficiență cardiacă

- E. Monitorizarea concentrațiilor serice se folosește de rutina pentru ghidarea tratamentului insuficienței cardiace
46. *Putem clasifica o insuficiență cardiacă, ca fiind cu fracție de ejeecție scăzută, din momentul în care aceasta scade sub:
- A. 50%
 - B. 30%
 - C. 25%
 - D. 40%
 - E. 45%
47. *Disfuncția sistolică a ventriculului drept poate fi dată de următoarele, cu excepția:
- A. Hipertensiunea pulmonară primară
 - B. Hipertensiunea pulmonară secundară
 - C. Cardiomiopatia aritmogenă de ventricul drept
 - D. Reacție secundară a bolilor acute ale cordului stâng
 - E. Reacție secundară a bolilor cronice ale cordului stang
48. *Diagnosticul insuficienței cardiace cu fracție de ejeecție redusă necesită prezența a:
- A. 3 condiții
 - B. 4 condiții
 - C. 2 condiții
 - D. 1 condiție
 - E. 5 condiții
49. Care dintre următoarele patologii sunt cauze de insuficiență cardiacă dreaptă:
- A. Infarct de ventricul drept
 - B. Bronhopneumopatie obstructivă cronică
 - C. Tireotxicoza
 - D. Embolia pulmonară
 - E. Hipertensiunea pulmonară
50. Semnele care apar în insuficiența cardiacă este sunt reprezentate de:
- A. Raluri pulmonare sibilante și ronflante
 - B. Zgomotele cardiace 3 si 4
 - C. Edeme periferice gambiere
 - D. Hepatomegalie nedureroasă
 - E. Ascită

51. Radiografia în insuficiența cardiacă evaluează:
- A. Prezența cardiomegaliei
 - B. Congestia venoasă pulmonară cu redistribuția circulației către lobii inferiori
 - C. Prezența revărsatului pleural
 - D. Liniile Kerley
 - E. Hipertransparența pulmonară
52. Retenția de sare și apă din insuficiența cardiacă are loc prin următoarele mecanisme:
- A. Creșterea presiunii venoase care apare în disfuncția ventriculară duce la retenția de sare și apă
 - B. Scăderea presiunii venoase care apare în disfuncția ventriculară duce la retenția de sare și apă
 - C. Scăderea debitului cardiac determină scăderea perfuziei renale și activarea sistemului renină-angiotensină contribuind în plus la retenția de sare și apă
 - D. Creșterea debitului cardiac determină scăderea perfuziei renale și activarea sistemului renină-angiotensină contribuind în plus la retenția de sare și apă
 - E. Nicio afirmație de mai sus nu explică mecanismul de retenție de sare și apă din insuficiența cardiacă
53. Următoarele afirmații despre remodelarea miocardică din insuficiența cardiacă sunt adevărate:
- A. Este un proces progresiv
 - B. Remodelarea are loc sub influența unor factori mecanici, neurohormonali și posibil genetici
 - C. Elementele definitorii ale remodelării sunt hipertrofia, pierderea miocitelor și fibroza miocardică scăzută
 - D. Procesul de remodelare continuă câteva săptămâni după leziunea inițială
 - E. Procesul de remodelare continuă câteva zile după leziunea inițială
54. Cauzele principale ale insuficienței cardiace sunt reprezentate de:
- A. Boli pericardice (pericardită constrictivă, pericardită lichidiană)
 - B. Boala cardiacă ischemică
 - C. Cardiomiopatia (non-dilatativă): hipertrofică, restrictivă
 - D. Cardiomiopatia dilatativă
 - E. Hipertensiunea arterială
55. Următoarele afirmații despre modificările fiziopatologice din insuficiența cardiacă sunt adevărate:

- A. Peptidul natriuretic atrial este eliberat de miocitele ventriculare ca răspuns la întindere (stretch)
 - B. Atât BNP cât și NT-pro BNP sunt crescute la pacienții cu insuficiență cardiacă
 - C. Creșterea postsarcinii determină creșterea debitului cardiac
 - D. Scăderea debitului cardiac determină scăderea perfuziei renale și activarea sistemului renină angiotensină
 - E. Creșterea presiunii venoase sistemice determină apariția ascitei, hepatomegaliei și a edemelor declive
56. Următoarele afirmații referitoare la investigațiile din insuficiența cardiacă sunt adevărate, cu excepția:
- A. Electrocardiograma evaluează prezența ischemiei, a hipertrofiei ventriculare sau a aritmiilor
 - B. Radiografia toracică evaluează funcția sistolică și diastolică a ventriculului stâng
 - C. Ecocardiografia nu poate oferi informații despre cinetica parietală și performanța ventriculară stângă
 - D. Cateterismul cardiac se utilizează pentru diagnosticul insuficienței cardiace ischemice
 - E. Determinarea BNP sau NT-pro BNP nu face parte din investigațiile paraclinice ale unui pacient cu insuficiența cardiacă
57. Tabloul clinic al insuficienței cardiace cuprinde următoarele simptome:
- A. Durere pleurală
 - B. Dispnee de efort
 - C. Ortopnee
 - D. Fatigabilitate
 - E. Cardiomegalie
58. Diagnosticul insuficienței cardiace cu fracție de ejeție scăzută necesită prezența următoarelor condiții (conform Ghidului Societății Europene de Cardiologie):
- A. Radiografie toracică cu modificări specifice de insuficiență cardiacă
 - B. Biopsie miocardică pozitivă pentru amiloidoză cardiacă
 - C. Simptome caracteristice de insuficiență cardiacă
 - D. Semne caracteristice de insuficiență cardiacă
 - E. Frație de ejeție scăzută a ventriculului stâng
59. Clasificarea New York Heart Association (NYHA) a insuficienței cardiace cuprinde:
- A. Clasa I - simptomele de insuficiență cardiacă apar în repaus
 - B. Clasa III- limitare ușoară a activității fizice.

- C. Clasa II- fără simptome în repaus, dar la activitatea fizică obișnuită apare oboseala, dispneea sau palpitațiile
- D. Clasa III- Limitare marcată a activității fizice. Fără simptome de repaus, dar la activitatea fizică mai scăzută decât cea obișnuită apar oboseala, dispneea și palpitațiile
- E. Clasa NYHA IV- simptomele de insuficiență cardiacă apar în repaus și sunt exacerbate de orice activitate fizică
60. Următoarele clase de medicamente sunt utilizate în insuficiența cardiacă:
- A. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
- B. Diureticele
- C. Antiinflamatoarele non-steroidiene
- D. Antibioticele
- E. Antagoniștii receptorilor de angiotensină II
61. Următoarele afirmații despre tratamentul medicamentos în insuficiența cardiacă sunt adevărate, cu excepția:
- A. Beta-blocantele nu îmbunătățesc statusul funcțional și nu scad mortalitatea cardiovasculară
- B. Ginecomastia apare la 1 din 10 bărbați tratați cu spironolactonă
- C. Efectele adverse ale IECA sunt reprezentate de tuse, hipotensiune arterială, hiperkaliemie și disfuncție renală
- D. Antagoniștii receptorilor de angiotensină determină tuse la fel ca IECA
- E. Digoxinul este indicat la pacienții cu fibrilație atrială și insuficiență cardiacă
62. Insuficiența cardiacă acută poate avea următoarele etiologii:
- A. Sindrom coronarian acut
- B. Regurgități valvulare acute din endocardita infecțioasă
- C. Fibrilația atrială este frecvent asociată cu insuficiența cardiacă acută și poate necesita cardioversie de urgență
- D. Disecția de aortă care poate determina regurgitare aortică severă
- E. Ischemia acută periferică
63. Pentru stabilirea diagnosticului de insuficiență cardiacă acută sunt utilizate următoarele investigații paraclinice:
- A. Ecografia cardiacă transtoracică
- B. ECG în 12 derivații
- C. Radiografia toracică
- D. RMN cardiac
- E. Scintigrafia cardiacă

64. Edemul pulmonar acut din insuficiența cardiacă acută poate cuprinde următoarele elemente de tablou clinic:
- A. Raluri pulmonare subcrepitante
 - B. Saturație de oxigen sub 90% în aerul atmosferic
 - C. Tahipnee și ortopnee
 - D. Durere toracică cu caracter de arsură ce apare postprandial
 - E. Expectoratie muco-purulentă
65. Tabloul clinic în insuficiența cardiacă cuprinde următoarele semne:
- A. Presiunea venoasă jugulară crescută
 - B. Raluri pulmonare crepitante bazal unilateral
 - C. Edeme periferice gambiere
 - D. Hepatomegalie dureroasă
 - E. Revărsat pleural
66. Următoarele afirmații despre tratamentul insuficienței cardiace sunt adevărate:
- A. Utilizarea beta-blocantelor este contraindicată în stenoza de arteră renală
 - B. Diureticele ameliorează dispneea
 - C. Antagoniștii receptorilor de angiotensină nu afectează metabolismul bradikininei și nu determină tuse
 - D. Beta-blocantele trebuie folosite cu precauție la pacienții cu boli pulmonare obstructive
 - E. Ivabradina este tratamentul de elecție al bradicardiei sinusale
67. Următoarele afirmații despre tratamentul insuficienței cardiace sunt adevărate, cu excepția:
- A. Utilizarea beta-blocantelor este contraindicată în stenoza de arteră renală
 - B. Diureticele ameliorează dispneea
 - C. Antagoniștii receptorilor de angiotensină nu afectează metabolismul bradikininei și nu determină tuse
 - D. Beta-blocantele trebuie folosite cu precauție la pacienții cu boli pulmonare obstructive
 - E. Ivabradina este tratamentul de elecție al bradicardiei sinusale
68. *Selectați afirmațiile adevărate referitoare la defibrilare în resuscitarea stopului cardiac:
- A. Este utilizată pentru conversia fibrilației atriale la ritm sinusal
 - B. Șocul cu curent direct este eliberat sincron cu complexul QRS
 - C. Una dintre padele se plasează la stânga sternului superior și cealaltă deasupra apexului cardiac

- D. Una dintre padele se plasează sub vârful scapulei stângi și cealaltă deasupra apexului cardiac
- E. Una dintre padele se plasează sub vârful scapulei stângi și cealaltă pe peretele anterior al hemitoracelui stâng
69. *Primul pas în suportul vital de bază (BLS) este reprezentat de:
- A. Solicitarea de ajutor imediat
 - B. Evitarea expunerii la pericole suplimentare
 - C. Testarea la stimuli verbali
 - D. Testarea la stimuli dureroși
 - E. Eliberarea căilor aeriene
70. Lanțul supraviețuirii în resuscitarea cardiacă cuprinde:
- A. Recunoașterea timpurie a lipotimiei
 - B. Alertarea rapidă a serviciilor de urgență
 - C. Defibrilarea rapidă
 - D. Resuscitarea cardiopulmonară precocă
 - E. Îngrijirea pre-resuscitare
71. Tratatamentul cauzelor reversibile în cursul resuscitării cardiace se referă la:
- A. Hipoxie
 - B. Hipervolemie
 - C. Hipertermie
 - D. Tamponada cardiacă
 - E. Pneumotoracele în tensiune
72. Este adevărat că hipotermia terapeutică post-resuscitare :
- A. Are importanță încă neclară
 - B. Se asociază întotdeauna cu scăderea mortalității
 - C. Se asociază cu agravarea tulburărilor neurologice
 - D. Poate îmbunătăți prognosticul la pacienții adulți inconștienți cu circulație spontan reluată după un stop cardiac prin fibrilație ventriculară survenit în afara spitalului
 - E. Se asociază cu rezultate neurologice mai bune după defibrilare electrică pentru fibrilație ventriculară
73. Ritmuri șocabile ale stopului cardiac sunt:
- A. Tahicardia ventriculară fără puls
 - B. Fibrilația ventriculară
 - C. Activitatea electrică fără puls

- D. Asistola
E. Blocul total atrio-ventricular
74. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la resuscitarea cardiopulmonară (RCP) avansată:
- A. Perioadele de RCP durează câte 5 minute
 - B. Adrenalina se administrează după 3 șocuri
 - C. Amiodarona se administrează la fiecare 2 minute
 - D. Se asigură abord vascular intravenos sau intraos
 - E. Se limitează la minim întreruperile compresiei
75. Resuscitarea cardiopulmonară (RCP) de bază la adulți, în afara spitalului, se aplică astfel:
- A. La pacient neresponsiv, care nu respiră normal
 - B. La pacient obnubilat, care nu respiră normal
 - C. Se efectuează 50 de compresii toracice urmate de 2 respirații de salvare
 - D. Se efectuează 100 de compresii toracice urmate de 2 respirații de salvare
 - E. Se efectuează 30 de compresii toracice urmate de 2 respirații de salvare
76. Algoritmul ABCDE al suportului vital avansat la adulți cuprinde:
- A. Căi aeriene
 - B. Respirație
 - C. Circulație
 - D. Dizabilitate
 - E. Exercițiu
77. Tratatamentul imediat post-resuscitare cardiopulmonară cuprinde, la toți pacienții:
- A. Algoritmul ABCDE
 - B. Controlul temperaturii corporale
 - C. Angiocardonarografie
 - D. Ecografie
 - E. RCP extracorporeal
78. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la resuscitarea cardiopulmonară (RCP):
- A. Sternul este comprimat ritmic la o adâncime de 8-10 cm
 - B. Sternul este comprimat ritmic cu o frecvență de 100-120/minut
 - C. Este necesar ca fiecare respirație să dureze timp de 1 secundă
 - D. Sunt necesare două respirații eficiente
 - E. RCP se întrerupe periodic pentru reevaluarea stării victimei
79. În cazul resuscitării cardiopulmonare (RCP) este adevărat că:

- A. RCP mecanică este utilizată de rutină în prezent
 - B. La adulți, se efectuează 50 de compresii toracice urmate de 2 respirații eficiente
 - C. La pacienții pediatrici, se efectuează 15 compresii toracice urmate de 2 respirații eficiente
 - D. Compresiunile toracice acționează ca o pompă care asigură un sistem bidirecțional al curgerii sângelui
 - E. Inițierea RCP la locul evenimentului salvează vieți
80. *Care din următoarele nu poate fi o complicație a stenozei mitrale:
- A. Infarctul cerebral
 - B. Infarctul splenic
 - C. Infarctul pulmonar
 - D. Infarctul renal
 - E. Infarctul intestinal
81. *Insuficiența mitrală poate apare în cazul:
- A. Unui infarct miocardic
 - B. Endocarditei infecțioase
 - C. Febrei reumatismale
 - D. Toate cele de mai sus
 - E. Doar în cazul febrei reumatismale
82. *În cazul pacienților cu stenoză mitrală severă poate apare:
- A. Edem pulmonar acut
 - B. Fibrilație atrială
 - C. Dispnee la eforturi mici
 - D. Toate cele de mai sus
 - E. Nici unul dintre fenomenele descrise mai sus
83. *Stenoza aortică poate avea următoarea etiologie cu excepția:
- A. Congenitală
 - B. Degenerativă
 - C. Virală
 - D. Reumatică
 - E. Postiradiere
84. *Pacient în vârstă de 55 ani, de sex masculin, obez, dislipidemic, fără patologie cardiovasculară cunoscută, acuză fatigabilitate, dispnee la efort fizic moderat și un episod sincopal la domiciliu în timpul unui efort fizic susținut. Examenul obiectiv relevă TA =

130/80 mmHg, AV = 75 bpm, zgomote cardiace ritmice, suflu mezotelesistolic, aspru, rugos, în spațiul II intercostal parasternal drept, de intensitate grad V/VI, cu iradiere pe vasele gâtului. Traseul EKG de repaus evidențiază RS, AV 75 bpm, ax QRS orizontalizat, HVS cu modificări secundare ale fazei de repolarizare ventriculară (subdenivelare 1 mm în DII, DIII, aVF, unde T negativă DII, aVF, V5-V6). Ce diagnostic prezumtiv suspicionați?

- A. Cardiomiopatie restrictivă
- B. Sincopă vasovagală
- C. Bicuspidie aortică cu stenoză severă
- D. Cardiomiopatie dilatativă
- E. Infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST

85. *Următoarele afirmații sunt adevărate despre insuficiența tricuspidiană:

- A. Ecocardiografia evidențiază micșorarea ventriculului drept și laxitatea valvei mitrale
- B. Ecocardiografia evidențiază micșorarea ventriculului stâng și îngroșarea valvei mitrale
- C. Ecocardiografia evidențiază dilatarea ventriculului stâng și îngroșarea valvei mitrale
- D. Ecocardiografia evidențiază dilatarea ventriculului stâng și îngroșarea valvei tricuspide
- E. Ecocardiografia evidențiază dilatarea ventriculului drept și îngroșarea valvei tricuspide

86. *În insuficiența aortică pot apare următoarele simptome cu excepția:

- A. Angină pectorală
- B. Durere în bară în etajul abdominal inferior
- C. Dispnee
- D. Puls amplu săltăreț
- E. Palpitații

87. *Pacientă în vârstă de 77 ani, fumătoare, hipertensivă, acuză astenie fizică marcată și dispnee la efort fizic minim. Examenul obiectiv decelează: MV prezent bilateral fără raluri supraadăugate, TA = 110/60 mmHG, AV = 80 bpm, zgomote cardiace aritmice, ascultatoriu se decelează suflu holosistolic în spațiul V i.c.stâng, de intensitate grad IV/VI, cu iradiere în axilă. Traseul EKG evidențiază: Fibrilație atrială, AV = 80 bpm, ax QRS intermediar, undă T negativă DIII, V1. Ce diagnostic sugerează datele prezentate?

- A. Edem pulmonar acut cardiogen
- B. Stenoza mitrală reumatismală
- C. Tromboembolism pulmonar acut
- D. Regurgitare mitrală degenerativă

- E. Stenoza aortică reumatică
88. Stenoza mitrală severă se caracterizează prin:
- A. Aria valvei mitrale $<1 \text{ cm}^2$
 - B. Aria valvei mitrale $<1,5 \text{ cm}^2$
 - C. Aria valvei mitrale $<2 \text{ cm}^2$
 - D. Gradient mediu transvalvular $>10 \text{ mmHg}$
 - E. Gradient mediu transvalvular $>5 \text{ mmHg}$
89. Metodele de corecție ale stenozei mitrale sunt:
- A. Protezarea mitrală
 - B. Valvulotomia pe cord deschis
 - C. Valvulotomia pe cord închis
 - D. Valvulotomia cu balon prin puncție transseptală
 - E. Numai medicamentoase
90. Diagnosticul stenozei mitrale se realizează prin:
- A. Analize standard de laborator
 - B. Electrocardiografic în prezența fibrilației atriale
 - C. Ecocardiografic transtoracic
 - D. Doar ascultatoric
 - E. Ecocardiografic transesofagian
91. Etiologia insuficienței mitrale poate fi:
- A. Degenerativă
 - B. Infecțioasă
 - C. Reumatică
 - D. Mixedematoasă
 - E. Determinată de antagoniști dopaminergici
92. În cazul insuficienței mitrale la auscultația cordului se poate constata:
- A. Suflu holodiastolic cu iradiere la baza gâtului
 - B. Suflu holosistolic cu iradiere în axila
 - C. Clic mezo-telesistolic și suflu telesistolic
 - D. Clic protosistolic și suflu telediastolic
 - E. Clic mezo-telesistolic și suflu teldiastolic
93. În cazul insuficienței mitrale severe organice tratamentul corect este:
- A. Tratamentul insuficienței cardiace cu: IECA, Beta-blocant, diuretice

- B. Tratament corticoterapic
 - C. Înlocuire valvulară la pacienți simptomatici cu FE > 30%
 - D. Înlocuire valvulară la pacienți simptomatici cu FE < 30%
 - E. Tratament imunosupresiv
94. Pacient în vârstă de 76 ani, hipertensiv, care a lucrat în mediu toxic, cunoscut cu BPOC și stenoza aortică, acuză fatigabilitate, episoade anginoase repetate însoțite de dispnee la efort fizic moderat. În urma evaluării ecocardiografice se evidențiază ventricul stâng cu dimensiuni cavitare normale, cu HVS concentrică, FEVS scăzută (40%), $V_{maxAo} = 4,2$ m/s, $P_{medAo} = 50$ mmHg, aria valvei aortice = 0,8 cm². Următoarele afirmații sunt corecte:
- A. Stenoza aortică moderată
 - B. Indicația de elecție este intervenție chirurgicală cu înlocuire valvă aortică, dacă riscul chirurgical este scăzut.
 - C. Stenoza aortică severă
 - D. Administrarea de vasodilatatoare necesită prudență
 - E. Regurgitare aortică severă
95. Care din următoarele afirmații sunt adevărate în legătură cu tratamentul anticoagulant la pacienții cu proteze valvulare:
- A. Se face obligatoriu cu acenocumarol
 - B. Se poate face și cu inhibitori de factor Xa
 - C. INR ținta este între 2-2,5
 - D. INR ținta este între 2,5-3 pentru protezele cu trombogenicitate joasă
 - E. Se recomandă numai la persoane > 65 ani
96. Următoarele sunt leziuni cutanate specifice endocarditei infecțioase:
- A. Nodulii Osler
 - B. Hemoragiile în aschie
 - C. Leziunile Janeway
 - D. Nodulii Meynet
 - E. Petele Roth
97. Profilaxia endocarditei bacteriene se efectuează obligatoriu la:
- A. Pacienți cu proteze valvulare metalice
 - B. Pacienți cu antecedente de endocardită
 - C. Pacienți cu Tetralogie Fallot neoperată
 - D. Pacienți cu defect septal atrial operat
 - E. Pacienți cu anevrism de aortă ascendentă

98. Endocardita infecțioasă este consecința:
- Prezenței unui microorganism în torentul circulator
 - Anomaliilor endoteliului cardiac
 - Unui episod febril prelungit
 - Oricarei proceduri nesângerânde
 - Palpației abdominale profunde în cazul unei apendicite acute
99. Criteriile majore de diagnostic ale endocarditei bacteriene sunt:
- Febra
 - Tulburări de conducere intraventriculare sau atrioventriculare nou documentate
 - Ecocardiografice: masă intracardiacă mobilă pe valve sau structurile vecine
 - Hemoculturi negative
 - 2 hemoculturi pozitive cu același germene
100. În cazul pacienților cu endocardită infecțioasă, febra persistentă ridică problema:
- Extensiei leziunii paravalvular și formarea unui abces
 - Reacție adversă la medicamente
 - Infecție nozocomială
 - Embolie pulmonară
 - Infarct mesenteric
101. Ascultația cordului în stenoza aortică se caracterizează prin:
- Suflu diastolic fin în focarul aortic
 - Suflu mezodiastolic Austin Flint
 - Suflu sistolic de ejeecție crescendo-descrescendo în focarul aortic
 - Zgomot de galop ventricular
 - Suflu de ejeecție aspru în focarul aortic cu iradiere la baza gâtului
102. Pacienta în vârstă de 63 ani, fumătoare, hipertensivă, cunoscută cu reumatism articular acut de la vârsta de 17 ani, se prezintă în serviciul UPU cu stare generală influențată, dispnee de repaus cu ortopnee și palpitații cu ritm rapid. Examenul obiectiv decelează : tahipnee, MV prezent bilateral, raluri subcrepitante mediobazal bilateral, SaO₂ = 87%, TA = 120/60 mmHG, AV = 130 bpm, zgomote cardiace aritmice, ascultatoriu se decelează suflu holodiastolic în spațiul V i.c. stâng pe LMC. Traseul EKG evidențiază: Fibrilație atrială, AV = 130 bpm, ax QRS intermediar, unda T negativă DIII, V1. Conduita terapeutică de urgență este:
- Oxygenoterapie
 - Diuretic de ansa i.v.

- C. Digoxin i.v.
- D. Anticoagulant oral
- E. Tratament hipotensor

103. Stenoza aortică severă care apare la vârstnici:

- A. Este întotdeauna determinată de o patologie congenitală
- B. Are etiologie degenerativă
- C. Poate determina sincopa, angină și dispnee
- D. Apare la diabetici
- E. Asociază o patologie hematologică

104. Pacient în vârstă de 77 de ani, de sex masculin cunoscut cu HTA esențială gr II, se prezintă în urgență cu palpitații și amețeli. Stetacustic cardiac se decelează suflu sistolic în focarul mitral. Ecocardiografic: regurgitare mitrală gr III, cu calcificări ale cuspelor, AS=50 mm. EKG: ritm neregulat, ax electric intermediar, FC=120 b/min, complexe QRS cu durată normală. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Suflul sistolic indică prezența unei stenoze mitrale.
- B. Etiologia aritmiei o reprezintă dilatarea atriului stâng secundară valvulopatiei mitrale.
- C. Nu este indicat tratamentul anticoagulant la acest pacient.
- D. Diagnosticul este de insuficiență mitrală degenerativă cu fibrilație atrială cu alură ventriculară rapidă.
- E. Pentru controlul frecvenței se pot administra betablocante sau blocante ale canalelor de calciu nondihidropiridinice.

105. Pacient în vârstă de 75 de ani, cunoscut cu insuficiență cardiacă și fibrilație atrială permanentă cu AV controlată, se prezintă în UPU cu febră 38 °C de aprox o săptămână, anasarcă, dispnee inspiratorie, fatigabilitate marcată, tuse seacă, TA=100/60 mmHg, SaO₂=90% spontan. ECG decelează fibrilație atrială cu AV rapidă (140 b/min) fără modificări ischemice acute. Enzimele miocardice de necroză sunt negative. ECO – masă mobilă la nivelul valvei aortice noncoronare. Care sunt cauzele cele mai probabile ale decompensării insuficienței cardiace?

- A. STEMI
- B. NSTEMI
- C. Endocardita
- D. Fibrilație atrială cu AV rapidă
- E. COVID-19

106. Factorii de risc pentru boală aortică cu valve calcificate sunt :

- A. Vârsta avansată

- B. Nivel crescut de LDL colesterol
- C. Hipertensiune arterială
- D. Diabet zaharat
- E. Vârsta tânără

107. Etiologiile posibile ale insuficienței aortice sunt:

- A. Congenitală
- B. Dilatațiile mari ale ventriculului stâng din boala coronariană, cardiomiopatia dilatativă
- C. Endocardită reumatică
- D. Luesul
- E. Ruptura traumatică a valvelor aortice, dilatarea marcată a aortei ascendente

108. Din punct de vedere fiziopatologic, în stenoza mitrală severă apar următoarele modificări:

- A. Creșterea presiunii atriale stângi
- B. Hipertrofia și dilatarea atriului stâng
- C. Creșterea presiunii în capilarele pulmonare
- D. Scăderea presiunii atriale stângi
- E. Scăderea presiunii în capilarele pulmonare

109. Din tabloul clinic al stenozei mitrale semnificative hemodinamic pot face parte:

- A. Edemul pulmonar acut
- B. Dispneea de efort cu caracter progresiv
- C. Tusea productivă, spumoasă, cu striuri sanguinolente
- D. Hemoptizia francă
- E. Episoadele sincopale

110. Care dintre criteriile ecocardiografice de mai jos indică o stenoză aortică severă:

- A. Viteză maximă transaortică >4 m/s
- B. Gradientul presional transvalvular aortic mediu mai mare de 40 mmHg
- C. Gradientul presional transvalvular aortic maxim mai mare de 40 mmHg
- D. Gradientul presional transvalvular aortic mediu mai mare de 20 mmHg
- E. Viteză maximă transaortică >2 m/s

111. *Cel mai frecvent, sindromul coronarian acut este declanșat de:

- A. Eliberarea de oxid nitric
- B. Afectarea coronariană în contextul unei disecții acute de aortă de tip A
- C. Eliberarea de prostaglandină E2
- D. Afectarea coronariană în contextul unei disecții acute de aortă de tip B
- E. Fisura unei plăci de aterom

112. *Boala coronariană îmbracă diferite forme clinice, cu excepția:
- A. Angină pectorală stabilă
 - B. Angină pectorală instabilă
 - C. Infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST
 - D. Boala coronariană recunoaște întotdeauna o formă simptomatică
 - E. Infarct miocardic acut fără supradenivelare de segment ST
113. *Tratamentul trombolitic este indicat în:
- A. Infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST în primele 72 de ore de la debut
 - B. Infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST în primele 12 ore de la debut
 - C. Infarctul enteromezenteric în primele 12 ore de la debut
 - D. Angina pectorală stabilă clasa II CCS
 - E. Infarctul miocardic acut fără supradenivelare de segment ST
114. *Următoarele afirmații despre agenții antiplachetari sunt adevărate, cu excepția:
- A. Clopidogrelul se administrează în doză de încărcare de 600 mg
 - B. Doza de întreținere pentru ticagrelor este de 180 mg/zi
 - C. Doza de încărcare pentru ticagrelor este de 180 mg
 - D. Eptifibatida este un antiagregant plachetar oral
 - E. Eptifibatida este un antiagregant plachetar cu administrare parenterală
115. *Următoarele afirmații despre clasaificarea Killip sunt false, cu excepția:
- A. Killip I: fără raluri de stază
 - B. Killip II: raluri de stază pe mai mult de 50% din câmpurile pulmonare
 - C. Killip IV: raluri de stază pe mai mult de 50% din câmpurile pulmonare
 - D. Killip III: fără zgomot de galop ventricular
 - E. Killip I: raluri de stază în mai puțin de jumătatea inferioară a bazelor pulmonare
116. *Următoarea afirmație este adevărată cu privire la tratamentul infarctului miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI):
- A. Terapia de perfuzie este indicată la toți pacienții cu simptome de ischemie cu durată mai mică de 12 ore, în absența supradenivelării persistente a segmentului ST
 - B. Tratamentul trombolitic (bivalirudina) este recomandat pacienților care nu ajung la angioplastie coronariană percutană în mai puțin de două ore
 - C. Stenturile metalice sunt mai des folosite decât cele farmacologic active
 - D. Accesul venei femurale drepte este recomandat pentru procedura de coronarografie

- E. Angioplastie coronariană percutană primară reprezintă metoda de reperfuzie de preferat în centrele care dispun de laboratoare de cardiologie intervențională
117. *Următoarea situație reprezintă o contraindicație absolută pentru tromboliză:
- A. Tratamentul anticoagulant oral
 - B. Disecția de aortă
 - C. Sarcina
 - D. Puncții vasculare necompresibile
 - E. Boala hepatică avansată
118. *Cea mai frecventă tulburare de conducere întâlnită postinfarct miocardic acut este :
- A. Extrasistolia ventriculară
 - B. Tahicardia ventriculară
 - C. Fibrilația atrială
 - D. Fibrilația ventriculară
 - E. Blocurile AV de diverse grade
119. Următoarele substanțe nu sunt antiagregante plachetare:
- A. Aspirina
 - B. Clopidogrelul
 - C. Apixabanul
 - D. Abciximabul
 - E. Tenecteplaza
120. Următoarele afirmații despre utilizarea ivabradinei în tratamentul anginei pectorale stabile sunt adevărate:
- A. Este utilă în tratamentul anginei pectorale stabile, în cazurile refractare, inclusiv la pacienții cu fibrilație atrială
 - B. Doza recomandată este de 2.5-7.5 mg x 2 ori/zi
 - C. Inhibă potențialul de pacemaker If în nodul sino-atrial
 - D. Inhibă potențialul de pacemaker If în nodul atrioventricular
 - E. Reacțiile adverse sunt reprezentate de bradicardie și fosfene
121. Următoarele afirmații despre tratamentul anginei pectorale stabile sunt adevărate, cu excepția:
- A. Toate formele necesită angioplastie coronariană percutană (PCI) cu implant de stent
 - B. Revascularizarea prin by-pass aorto-coronarian este singura modalitate de tratament pentru pacienții cu angină pectorală necontrolată, în ciuda tratamentului medicamentos

- C. Betablocantele (bisoprololul) reprezintă medicația de elecție la pacienții cu angina pectorală și insuficiența cardiacă acută
- D. Aspirina face parte din categoria medicamentelor care reduc riscul evenimentelor majore cardiovasculare
- E. Verapamilul, o benzotiapină, inhibă canalele de calciu din miocard, țesutul de conducere și mușchiul neted vascular
122. Următoarele afirmații despre cele 5 tipuri de infarct miocardic, sunt adevărate:
- A. Tipul 1 este asociat morții subite cardiace
- B. Tipul 2 este consecința fisurii unei plăci de aterom
- C. Tipul 5 este asociat by-passului aorto-coronarian
- D. Tipul 2 este secundar ischemiei miocardice cauzate de creșterea necesarului de oxigen, cum se întâmplă în anemia severă
- E. Tipul 4a este infarctul miocardic determinat de tromboza de stent
123. Următoarele afirmații despre medicația antitrombotică utilizată în tratamentul sindroamelor coronariene acute, sunt adevărate:
- A. Efectul antiagregant al heparinei este evaluat prin măsurarea INR la 6 ore
- B. Efectul antiagregant al heparinei este evaluat prin măsurarea APTT la 6 ore
- C. Enoxaparina este administrată de două ori pe zi, subcutanat, 1 mg/kgc
- D. Bivalirudina, un inhibitor direct al trombinei, se poate administra oral, până la 4 ore post angioplastie coronariană percutană
- E. Doza de Fondaparinux este de 2.5 mg sc/zi, până la 8 zile
124. Următoarele afirmații despre tratamentul farmacologic al sindroamelor coronare acute, sunt adevărate, cu excepția:
- A. Prasugrelul, un anticoagulant de generație nouă, este de preferat pacienților care urmează să fie supuși unei operații de by-pass aorto-coronarian, reducând riscul hemoragic
- B. Doza de întreținere pentru ticagrelor este de 2*90 mg/zi
- C. Dintre inhibitorii de glicoproteină IIIB/IIA fac parte abciximabul, tirofibanul și eptifibatida, aceste molecule fiind administrate oral
- D. Pentru reducerea consumului de oxigen, se poate administra metoprololul, fiind disponibile forme pentru administrarea orală și intravenoasă
- E. Pentru analgezie este utilizată morfina, în asociere cu un antiemetic
125. Următoarele afirmații despre clasa Killip IV sunt adevărate:
- A. Pacienții prezintă șoc cardiogen
- B. Pacienții pot necesita inserția unui cateter Swan-Ganz în artera pulmonară

- C. Pacienții pot necesita inserția unui cateter Swan-Ganz în vena pulmonară
 - D. Medicamentele inotrop pozitive (dobutamina, noradrenalina sau dopamina) sunt utilizate în insuficiența cardiac acută severă
 - E. Pentru scăderea presarcinii, se utilizează nitroglicerina, indiferent de valoarea tensiunii arteriale
126. Următoarele afirmații despre insuficiența mitrală apărută după infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST, sunt adevărate:
- A. Ecografia transesofagiană nu este necesară pentru stabilirea cu precizie a etiologiei
 - B. Ruptura de mușchi papilar necesită revascularizare miocardică de urgență prin angioplastie coronariană percutană și rezolvarea chirurgicală a patologiei valvulare mitrale într-un timp ulterior
 - C. Ruptura de mușchi papilar, cu regurgitare mitrală severă acută, nu se asociază cu edem pulmonar acut și șoc cardiogen
 - D. Poate apărea precoce în evoluția infarctului miocardic acut cu supradenivelare de segment ST
 - E. Apare ca urmare a dilatării și disfuncției severe ventriculare stângi
127. Următoarele afirmații despre aritmiile cardiace post infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI), sunt false, cu excepția:
- A. Tahicardia ventriculară este întâlnită frecvent în STEMI, mai ales ca fenomen de reperfuzie
 - B. Tahicardia ventriculară nu poate fi cauză de stop cardiac și nu necesită niciodată defibrilare externă
 - C. Fibrilația atrială este rar întâlnită
 - D. Cardioversia fibrilației atriale este contraindicată, recurența aritmiei fiind frecventă
 - E. Pentru tahicardia ventriculară incesantă poate fi utilă administrarea intravenoasă a magneziului
128. Contraindicațiile relative ale trombolizei sunt:
- A. Accidental vascular hemoragic
 - B. Sângerare gastrointestinală în luna precedentă
 - C. Discrazia sanguină hemoragică cunoscută
 - D. Sarcina și prima săptămână postpartum
 - E. Hipertensiunea refractară
129. Următoarele afirmații despre tratamentul fibrilației atriale permanente la pacienții cu infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI) sunt adevărate:

- A. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați medicamentos se recomandă terapie antitrombotică duală: aspirină sau clopidogrel plus anticoagulare orală
 - B. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați prin bypass aorto-coronarian se recomandă terapie antitrombotică duală: aspirină sau clopidogrel plus anticoagulare orală
 - C. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați medicamentos se recomandă terapie antitrombotică duală: aspirină sau clopidogrel plus anticoagulare orală (întotdeauna un antivitaminic K)
 - D. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați medicamentos se recomandă terapie antitrombotică triplă: aspirină și clopidogrel plus anticoagulare orală
 - E. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați medicamentos se recomandă terapie antitrombotică duală: aspirină sau clopidogrel plus anticoagulare orală (ticagrelor)
130. Următoarele afirmații despre tratamentul medicamentos post infarct miocardic acut sunt adevărate:
- A. Se administrează zilnic Aspirină (300 mg)
 - B. Se administrează un betablocant oral, pentru menținerea unei frecvențe cardiace peste 60 b/min
 - C. Statinele sunt utilizate, pentru a obține o valoare a LDL colesterolului mai mică de 1.8 mmoli/l
 - D. Sartanii sunt utilizați de rutină, în special la cei cu fracția de ejeție (FE) a ventriculului stâng < 40%
 - E. Se administrează un blocant al receptorilor de ADP
131. Diagnosticul inițial al infarctului miocardic acut cu supradenivelare de ST presupune:
- A. Durere toracică intensă care cedează la administrarea sublinguală a nitroglicerinei
 - B. Supradenivelare de segment ST pe traseul ECG, inclusive la pacienții cu cardiostimulare permanentă
 - C. Creșterea markerilor de necroză miocardică
 - D. Ecocardiografia transtoracică este utilă, identificându-se faldul de disecție la nivelul aortei descendente
 - E. Simptomele vegetative sunt frecvent întâlnite
132. Următoarele afirmații despre boala coronariană sunt adevărate:
- A. Are o patogenie multifactorială

- B. În etiopatogenia acesteia, sunt implicate numeroase mecanisme, cum este și carboxihemoglobinemia
- C. Moartea subită cardiacă nu este poate fi un simptom al bolii coronariene
- D. O placă de aterom stenoizantă 55% nu este considerată o placă semnificativă
- E. Primul mecanism care duce la tromboza pe placa aterosclerotică este leziunea endotelială profundă
133. Următoarele afirmații despre diagnosticul formelor de angină pectorală sunt adevărate, cu excepția:
- A. Angina atipică se definește ca având 1 din cele 3 caracteristici tipice
- B. Angina tipică necesită întrunirea celor 3 caracteristici tipice
- C. Durerea toracică non-anginoasă prezintă 2 din 3 caracteristici tipice
- D. Angina vasospastică apare fără factor declanșator
- E. Angina microvasculară apare la pacienții cu leziuni coronariene semnificative
134. Modificările ECG în infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI) ne orientează pentru localizarea infarctului. Astfel:
- A. Anterior întins: V2-V5
- B. Lateral: DII, DIII și aVF
- C. Lateral: DI și aVL
- D. Inferior: DII, DIII și aVF
- E. Anterolateral: V4-V6, DI și aVL
135. Următoarele afirmații despre clasificarea funcțională a anginei pectorale stabile după CCS sunt adevărate:
- A. Clasa I: fără angină la activitățile zilnice obișnuite
- B. Clasa I: angină la eforturi intense
- C. Clasa III: limitarea minimă a activităților zilnice
- D. Clasa II: limitarea minimă a activităților zilnice
- E. Clasa III: angină în repaus
136. Următoarele afirmații despre angina vasospastică sunt adevărate, cu excepția:
- A. Apare întotdeauna în urma unui factor declanșator
- B. Apare, de obicei, în timpul efortului fizic, fiind o formă de angină pectorală stabilă
- C. Apare mai frecvent la bărbați
- D. Apare mai frecvent la femei
- E. Se caracterizează prin apariția tranzitorie a supradenivelării segmentului ST în timpul durerii

137. Scorul de risc TIMI pentru sindroamele coronariene acute, include următoarele variabile:
- A. Vârsta peste 55 de ani
 - B. Tratamentul cu nitroglicerină în ultimele 7 zile
 - C. Creșterea enzimelor de necroză cardiomiocitară
 - D. Angină severă (peste 2 episoade de angină în repaus în ultimele 24 ore)
 - E. Boala coronariană cunoscută (stenoze coronariene peste 50%)
138. Tratamentul dublu antiagregant plachetar la pacienții cu sindrom coronarian acut prevede următoarele:
- A. Aspirină, 3000 mg doza de încărcare, ulterior 75-100 mg, pentru toți pacienții
 - B. Aspirină în asociere cu un inhibitor de receptori pentru ADP
 - C. Aspirină în asociere cu clopidogrel (300-600 mg doza de încărcare, apoi 75 mg/zi)
 - D. Aspirină în asociere cu un inhibitor de COX 1 (ticagrelor)
 - E. Nu se asociază niciodată prasugrel, acesta fiind un anticoagulant
139. Următoarele afirmații despre angioplastia primară percutană în infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI) sunt adevărate:
- A. Abordul radial este cel preferat
 - B. Abordul femural este cel preferat
 - C. Este de preferat implantarea stenturilor metalice
 - D. Este preferată implantarea stenturilor farmacologic active
 - E. Nu este necesar întotdeauna tratamentul anticoagulant intraprocedural
140. Complicațiile infarctului miocardic acut sunt:
- A. Ruptura miocardică, cu prognostic bun
 - B. Formarea de anevrism ventricular
 - C. Defectul septal ventricular, cu mortalitate de 50% la 12 luni
 - D. Insuficiența cardiacă
 - E. Sindromul Devereux
141. Modificarea stilului de viață după un sindrom coronarian acut presupune:
- A. Indicele de masă corporală (IMC) trebuie să fie sub 25 kg/mp
 - B. Tensiunea arterială diastolică trebuie redusă sub 140 mmHg
 - C. Pentru pacienții diabetici, HbA1C trebuie să fie mai mică de 7 g/l
 - D. Fumatul trebuie oprit complet
 - E. Se recomandă un consum crescut de fructe și legume
142. *Cauze extrinseci ale bradicardiei sinusale sunt următoarele, cu excepția:
- A. Tratamentul cu betablocante, digitale

- B. Ischemia acută și infarctul nodului sinusal
 - C. Sindroamele mediate neural
 - D. Hipotermia, hipotiroidismul
 - E. Hipertensiunea intracraniană
143. *Blocul atrioventricular de gradul III se caracterizează prin:
- A. Prelungirea progresivă a intervalului PR până când o undă p este blocată
 - B. Pacienții prezintă indicație de implant de defibrilator cardiac
 - C. Cardiostimularea nu este recomandată pentru blocurile congenitale
 - D. Disociație atrioventriculară completă
 - E. Ritmul de scăpare cu complexe QRS înguste are sediu infrahisian
144. Mecanisme de producere ale aritmiilor sunt reprezentate de:
- A. Automatismul accelerat
 - B. Activitatea declanșată (trigger)
 - C. Reintrarea
 - D. Hipersensibilitatea carotidiană
 - E. Sincopa vasovagală
145. *Selectați afirmația corectă privind tahicardia ventriculară pe cord structural normal:
- A. Este de obicei benignă, având un prognostic excelent pe termen lung
 - B. Nu determină niciodată apariția cardiomiopatiei
 - C. Tratamentul simptomelor se face, de obicei, cu amiodaronă
 - D. Ablația aritmiei are șanse mici de succes
 - E. Se contraindică administrarea blocantelor de canale de calciu
146. *Următoarele sunt cauze de sindrom de QT lung dobândit, cu excepția:
- A. Hipopotasemie, hipomagnezemia
 - B. Administrarea de sotalol, amiodaronă
 - C. Intoxicatie cu organofosforice
 - D. Sindromul Romano-Ward
 - E. Diabetul, postul prelungit
147. *Selectați afirmația falsă cu privire la tratamentul următoarelor forme de bradicardie:
- A. Boala de nod sinusal necesită cardiostimulare permanentă atunci când este simptomatică
 - B. Tratamentul sincopei vasovagale include evitarea pe cât posibil a situațiilor care pot provoca sincopa

- C. La anumiți pacienți cu sincopă reflexă malignă se poate indica implantul unui stimulator cardiac bicameral
 - D. Identificarea și corectarea cauzelor extrinseci este un pas obligatoriu în managementul pacienților cu bradicardie sinusală
 - E. Boala de nod sinusal asimptomatică necesită implant de stimulator cardiac atunci când pacienții au peste 75 de ani
148. *Durata normală a intervalului PR se încadrează între următoarele valori:
- A. 0,14-0,60 secunde (120-600 milisecunde)
 - B. 0,12-0,20 secunde (120-200 milisecunde)
 - C. 0,35-0,45 secunde (350-450 milisecunde)
 - D. 0,15-0,45 secunde (150-450 milisecunde)
 - E. 0,80-0,90 secunde (800-900 milisecunde)
149. *În cazul fibrilației atriale asociate cu deteriorare hemodinamică, care este prima manevră terapeutică pe care o instituți?
- A. Șoc electric extern asincron
 - B. Administrare de adrenalină
 - C. Șoc electric extern sincron
 - D. Administare de dobutamină
 - E. Administarea unui blocant dihidropiridinic al receptorilor de calciu
150. *Sindromul Wolff-Parkinson-White este descris de următoarele afirmații, cu excepția:
- A. Are ca substrat prezența pe lângă calea rapidă, a unei căi lente la nivelul nodului atrioventricular
 - B. Are ca substrat prezența de căi accesorii care conectează atriul cu ventriculul și care pot fi dispuse oriunde în jurul inelului tricuspidian sau mitral
 - C. Răspunsul ventricular al fibrilației atriale poate fi neobișnuit de rapid la pacienții cu căi accesorii cu conducere anterogradă
 - D. Se poate asocia cu tahicardia joncțională reciprocă ortodromică
 - E. Se poate asocia cu tahicardia joncțională reciprocă antidromică
151. *Care dintre următoarele afirmații despre tahicardia atrială este corect:
- A. Nu poate avea ca substrat un mecanism focal
 - B. Nu poate avea ca substrat un mecanism de macroreintrare
 - C. Identificarea extrasistolelor atriale pe ECG în cursul tahicardiei este critică pentru diagnostic
 - D. Administrarea de adenzina poate evidenția undele P în tahicardia atrială prin macroreintrare prin blocarea nodului atrioventricular

- E. Tratatamentul prin ablație cu radiofrecvență este contraindicate
152. *Care dintre următoarele strategii terapeutice nu sunt indicate pentru fibrilația atrială:
- A. Implantul unui defibrillator cardiac intern
 - B. Controlul frecvenței cardiace
 - C. Controlul ritmului
 - D. Terapia anticoagulantă
 - E. Ablația cu radiofrecvență de izolare a venelor pulmonare
153. *Metodele de prevenire a accidentului vascular cerebral embolic în fibrilația atrială sunt următoarele, cu excepția:
- A. Administrarea de antagoniști ai vitaminei K cu menținerea unui INR între 2 și 3
 - B. Administrarea de anticoagulate orale non-vitamina K
 - C. Efectuarea angiocomarografiei
 - D. Ocluzia cu dispozitiv Watchman a auriculului stâng
 - E. Excluderea chirurgicală a auriculului stâng
154. Nodul sinusal:
- A. Este pacemakerul cardiac fiziologic
 - B. Se depolarizează spontan
 - C. Are o rata de descărcare a impulsurilor modulată de către sistemul nervos vegetativ autonom
 - D. Nu este pacemakerul cardiac fiziologic
 - E. Nu se depolarizează spontan
155. Dintre cauzele extrinseci ce pot determina bradicardie sinusala, amintim:
- A. Hipotermia
 - B. Hipotiroidismul
 - C. Icterul colestatic
 - D. Hipertensiunea intracraniană
 - E. Hipertiroidismul
156. Selectați afirmațiile false cu privire la funcția nodului sinusal:
- A. Pacemakerul cardiac fiziologic este nodul sinusal care are proprietatea de a se depolariza spontan
 - B. Frecvența nodului sinusal este ușor mai crescută la femei
 - C. Rata de descărcare a impulsurilor la nivelul nodului sinusal este modulată de către sistemul nervos vegetativ autonom

- D. Reducerea tonusului vagal sau creșterea tonusului simpatic determină bradicardie
- E. În expir, tonusul parasimpatic scade și frecvența cardiacă crește

157. Următoarele afirmații sunt corecte:

- A. Cauze extrinseci ale bradicardiei sinusale sunt: hipotermia, tratamentul cu betablocante, sindroamele mediate neural
- B. Boala de nod sinusal apare ca urmare a fibrozei idiopatice a nodului sinusal
- C. Sindroamele mediate neural apar ca urmare a reflexului Bezold-Jarish care poate determina atât bradicardie cât și vasodilatație periferică reflexă
- D. Sindromul de sinus carotidian apare frecvent la tineri și determină întotdeauna sincopă
- E. Sincopa vagală poate avea un mecanism cardioinhibitor, vasodepresor sau mixt

158. Referitor la blocurile atrioventriculare (BAV), următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. BAV de gradul I înseamnă prelungirea intervalului PR >200 ms
- B. BAV de gradul II tip Mobitz II reprezintă prelungirea progresivă a intervalului PR până când o undă P este blocată
- C. Blocurile cu conducere 2:1 se pot localiza atât la nivelul nodului AV, cât și la nivel infranodal
- D. BAV de gradul II din infarctul miocardic inferior are un prognostic negativ și se recomandă cardiostimulare de urgență
- E. Pentru pacienții cu BAV gradul II Mobitz I se recomandă monitorizare

159. Selectați afirmațiile corecte cu privire la blocul atrioventricular de gradul III:

- A. Ritmul de scăpare cu complexe QRS largi își are originea sub fasciculul His și este un ritm lent (15 – 40 b/min), relativ instabil
- B. BAV cu complexe largi poate fi cauzat de boala cardiacă ischemică, miocardite sau cardiomiopatii
- C. Implantul de stimulator cardiac este recomandat numai dacă pacientul prezintă sincope repetate
- D. Boala Lenegre este caracterizată printr-un proces inflamator la nivelul sistemului de conducere proximal și apare la persoanele tinere
- E. BAV cu complexe QRS înguste răspunde la atropină și nu necesită cardiostimulare permanentă

160. Referitor la întârzierea de conducere la nivelul ramurilor fasciculului His, următoarele afirmații sunt corecte:

- A. În blocul de ramură dreaptă vectorul de activare se deplasează spre derivațiile stângi

- B. Blocul de ramură stângă se caracterizează prin undă S adâncă în V1 și undă R amplă, tardivă în DI, V6
 - C. Blocul de ramură dreaptă poate fi prezent la 5% din populația sănătoasă
 - D. Pacienții cu tulburări de conducere intraventriculare pot prezenta sincope (fie datorită unui bloc complet intermitent, fie apariției unor tahiaritmii ventriculare)
 - E. Blocul de ramură stângă apare frecvent în populația tânără, sănătoasă
161. Următoarele sunt caracteristice pentru diagnosticul diferențial al tahicardiei ventriculare:
- A. Disociație atrioventriculară
 - B. Complex QRS între 100-120 ms
 - C. Concordanța complexelor QRS în derivațiile precordiale
 - D. Ritm ventricular rapid
 - E. Unde S adânci în V1 și V6
162. Selectați afirmațiile corecte cu privire la aritmiile ventriculare:
- A. Sindromul Brugada, sindromul QT scurt, tahicardia ventriculară polimorfă catecolaminergică constituie canalopatii ce pot determina apariția de aritmii ventriculare
 - B. Tahicardia ventriculară susținută determină întotdeauna sincopă sau stop cardiorespirator
 - C. Frecvența cardiacă în TV susținută este de obicei între 120-221 b/min
 - D. 80% din toate tahicardiile cu complexe largi sunt ventriculare și proporția este și mai mare la pacienții cu boli cardiace structurale
 - E. Semne clinice de disociație atrioventriculară reprezintă unde P vizibile, apărute aleator pe traseul ECG
163. Referitor la fibrilația ventriculară (FV), următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:
- A. Determină întotdeauna stop cardiorespirator, pacienții necesită suport vital de bază și avansat
 - B. De obicei, FV este inițiată de o extrasistolă ventriculară
 - C. Uneori pacienții pot tolera relativ bine fibrilația ventriculară
 - D. Supraviețuirii au risc crescut de moarte subită cardiacă în absența unor cauze reversibile
 - E. Stimulatoare cardiace sunt dispozitive utilizate în prima linie de tratament pentru aceste aritmii
164. Selectați afirmațiile corecte cu privire la sindromul Brugada:
- A. Determină fibrilație ventriculară la pacienții care au afectare cardiacă structurală

- B. Diagnosticul se face pe baza modificărilor ECG clasice, care apar fie spontan, fie printr-un test de provocare cu administrare de antiaritmice de clasa I
- C. În 20% din cazuri, această patologie este moștenită, fiind cauzată de o mutație a genei SCN5A
- D. Tratamentul medicamentos constă în administrarea de betablocante sau amiodaronă
- E. Există un risc crescut de moarte subită cardiacă, în special la pacienții simptomatici sau la cei cu modificări ECG spontane

165. Sindromul de QT lung dobândit se tratează astfel, cu excepția:

- A. Corectarea oricărei tulburări electrolitice
- B. Administrare de sulfat de magneziu 8 mmol (Mg^{2+}) în 10-15 min pentru QT lung dobândit
- C. Administrarea în urgență de betablocante pentru scăderea frecvenței cardiace
- D. Amiodarona este contraindicată pe termen lung, dar poate fi utilizată în acut, în administrare intravenoasă
- E. Toți pacienții necesită pe termen lung implant de defibrilator cardiac

166. Selectați afirmațiile corecte cu privire la aritmiile ventriculare:

- A. Sindromul de QT scurt dobândit necesită implant de defibrilator cardiac
- B. Tahicardia ventriculară idiopatică are, de obicei, originea la nivelul tractului de ejecție al ventriculului drept sau la nivelul ventriculului stâng septal
- C. Tahicardia ventriculară nesuținută poate apărea la 6% din pacienții cu cord structural normal și, de regulă, nu necesită tratament
- D. Tratamentul cu betablocante poate îmbunătăți calitatea vieții la pacienții simptomatici cu TV nesuținută
- E. TV nesuținută are o durată între 30 sec și 1 minut

167. Referitor la extrasistolele ventriculare, următoarele sunt adevărate, cu excepția:

- A. Atunci când după fiecare bătaie sinusală urmează în mod regulat o extrasistolă, poate apărea „pulsus bigeminus”
- B. Cateter ablația poate fi eficientă în cazul tuturor pacienților cu extrasistole
- C. O frecvență crescută a extrasistolelor predispune la disfuncție de ventricul stâng
- D. Toți pacienții la care se decelează extrasistole ventriculare necesită tratament cu betablocante
- E. Fenomenul „R pe T” poate duce la fibrilație ventriculară la pacienții cu boală cardiacă structurală

168. Selectați afirmațiile corecte cu privire la defibrilatorul cardiac implantabil (ICD):

- A. ICD poate fi implantat în prevenție primară la pacienții cu insuficiență cardiacă cu fracție de ejeție mai mică sau egală cu 35%, încadrați în clasa funcțională NYHA <IV
 - B. ICD poate fi folosit pentru tratarea aritmiilor ventriculare sau supraventriculare
 - C. ICD poate acționa prin socuri electrice interne sau overdrive pacing, însă ambele intervenții sunt dureroase pentru pacienți
 - D. Utilizarea acestui dispozitiv a dus la scăderea ratei morții subite la pacienții cu istoric de aritmii ventriculare severe la 2% pe an
 - E. ICD-ul în combinație cu terapia de resincronizare cardiacă poate îmbunătăți simptomele și speranța de viață a pacienților cu orice grad de insuficiență cardiacă
169. Referitor la bradicardia sinusală, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:
- A. O afectare atrială difuză poate cauza bradicardie sinusală sau pauze sinusale
 - B. În fibrilație atrială, bradicardia sinusală înseamnă o frecvență cardiacă sub 50 b/min
 - C. Ischemia acută nu poate induce bradicardie sinusală
 - D. Bradicardia sinusală este considerată fiziologică la sportivi la care apare datorită tonusului vagal crescut
 - E. Ischemia acută poate reprezenta o cauză intrinsecă de bradicardie sinusală
170. Dintre sindroamele mediate neural fac parte:
- A. Sindromul de sinus carotidian
 - B. Sincopa reflexă (vasovagală)
 - C. Sindromul de tahicardie ortostatică posturală
 - D. Sindromul Tietze
 - E. Sindromul Down
171. Despre tratamentul bradiaritmilor, sunt adevărate următoarele:
- A. Cardiostimularea temporară poate fi indicată pacienților cu cauze reversibile până la restaurarea ritmului sinusal
 - B. Boala de nod sinusal simptomatică poate necesita cardiostimulare permanentă (DDD)
 - C. Pacienții cu hipersensibilitate carotidiană (asistolă >3 sec), în special cu simptomatologie reproductibilă la masajul sinusului carotidian și după excluderea cauzelor de sincopă cu impact asupra prognosticului vital, pot beneficia de cardiostimulare permanentă
 - D. Nu există tratament specific bradiaritmilor
 - E. Cardiostimularea temporară este întotdeauna contraindicată
172. Caracteristicile electrocardiografice ale blocului de ramură dreaptă sunt următoarele:
- A. Durata QRS >120ms

- B. Durata QRS >200ms
 - C. Aspect RSR' în derivațiile V1 și V2
 - D. Ventriculul stâng este activat normal, iar ventriculul drept este activat cu întârziere
 - E. Ventriculul stâng este activat cu întârziere iar ventriculul drept este activat normal
173. Diagnosticul diferențial între flutterul atrial cu blocaj 2:1 și tahicardia paroxistică supraventriculară poate fi efectuat utilizând următoarele:
- A. Compresiune sinocarotidiană
 - B. Administrare de adenoza iv
 - C. Administrare de inhibitor de enzima de conversie a angiotensinei
 - D. Administrare de betablocant
 - E. Manevra Heimlich
174. Care dintre următoarele aspecte definesc aritmia sinusală respiratorie:
- A. Este dependentă de fluctuațiile tonusului vegetativ
 - B. În inspir, tonusul parasimpatic scade și frecvența cardiacă crește
 - C. În inspir, tonusul parasimpatic crește și frecvența cardiacă scade
 - D. În expir frecvența cardiacă scade
 - E. În expir crește frecvența cardiacă
175. Caracteristicile electrocardiografice ale blocului de ramură stângă sunt:
- A. Durata complexului QRS <120ms
 - B. Unda S largă în V1
 - C. Aspect RSR' în derivațiile V1 și V2
 - D. Impulsul electric ajunge inițial la nivelul ventriculului stâng și numai apoi la nivelul ventriculului drept
 - E. Impulsul electric ajunge inițial la nivelul ventriculului drept și numai apoi la nivelul ventriculului stâng
176. Următoarele afirmații despre tahicardia sinusală sunt adevărate:
- A. Reprezintă un ritm generat de nodul sinusal
 - B. Reprezintă un ritm generat de nodul atrioventricular
 - C. Frecvența cardiacă este peste 100/min
 - D. Poate fi cauzată de anemie
 - E. Poate fi cauzată de hipotiroidia
177. Tramentul fibrilației atriale poate include următoarele:
- A. Anticoagulant oral
 - B. Amiodaronă

- C. Ablația cu radiofrecvență cu izolarea venelor pulmonare
 - D. Agonist al receptorilor alfa-2/imidazolinici centrali
 - E. Betablocant
178. Fibrilația atrială cu complexe QRS largi poate fi corelată cu următoarele:
- A. Sindrom Wolff-Parkinson-White
 - B. Absența blocului de ramură stângă preexistent
 - C. Bloc de ramură dreaptă dependent de frecvență
 - D. Bloc de ramură stângă preexistent
 - E. Absența blocului de ramură dependent de frecvență
179. Tahicardia sinusală inadecvată are următoarele caracteristici:
- A. Apare mai frecvent la bărbați
 - B. Apare mai frecvent la femei
 - C. Este responsivă la betablocant
 - D. Este responsivă la ivabradina
 - E. Este responsivă la administrarea de sartan
180. Următoarele afirmații despre tahicardia prin reintrare în nodul atrioventricular sunt adevărate:
- A. Undele P pot fi absente pe înregistrarea ECG în cursul tahicardiei
 - B. Intervalul RR este neregulat
 - C. Undele P pot fi inversate (negative) imediat după complexul QRS în cursul tahicardiei
 - D. Intervalul RR este de obicei constant, regulat
 - E. Rară cauză de palpitații la pacienții cu cord normal
181. Următoarele afirmații despre tahicardia prin reintrare atrioventriculară (mediate de căi accesorii atrioventriculare) sunt corecte:
- A. Este mediată de căi accesorii
 - B. Undele P sunt de obicei absente pe înregistrarea ECG în cursul tahicardiei
 - C. Prezintă unde P vizibile între complexul QRS și unda T
 - D. Prezintă unde P de morfologii diferite și interval RR neregulat
 - E. Are debut brusc
182. Tratamentul tahicardiilor paroxistice supraventriculare include:
- A. Propafenona
 - B. Lercanidipina
 - C. Ablația prin curent de radiofrecvență

- D. Flecainida
E. Candesartan
183. Care dintre următoarele manevre pot fi folosite pentru oprirea unei tahicardii supraventriculare:
A. Manevra Valsalva
B. Compresiunea globilor ocular
C. Masajul sinusului carotidian
D. Imersia feței în apă caldă
E. Manevra Homans
184. Care dintre afirmațiile următoare privind fibrilația atrială sunt corecte:
A. Reprezintă cea mai frecventă aritmie apărută pe cord indemn
B. Atriul prezintă 300-600 contracții /minut în cursul fibrilației atriale
C. Pacientul prezintă un puls complet regulat
D. Se asociază deseori cu dispnee și reducerea capacității de efort
E. Nu se convertește niciodată spontan la ritm sinusal, necesitând tratament antiaritmie și/sau conversie electrică externă la ritm sinusal
185. Din punct de vedere clinic, fibrilația atrială poate fi clasificată în:
A. Paroxistică - convertită spontan după <7 zile
B. Paroxistică - convertită spontan după > 7 zile
C. Persistentă - continuă, durează > 7 zile
D. Persistentă - continuă, durează < 7 zile
E. Permanentă - continuă, cu decizia comună a medicului și a pacientului de a abandona încercările de reconversie la ritm sinusal
186. Care dintre următoarele afirmații privind tratamentul fibrilației atriale în faza acută sunt corecte:
A. Controlul frecvenței cardiace se poate efectua utilizând medicație betablocantă
B. Controlul frecvenței cardiace se poate efectua utilizând sartani
C. Controlul frecvenței cardiace este recomandat a fi efectuat prin ablația cu radiofrecvență a nodului atrioventricular
D. Cardioversia se recomandă în cazurile de fibrilație atrială asociată cu instabilitate hemodinamică
E. Cardioversia este recomandată cât mai precoce, înaintea anticoagulării, încă de la diagnosticarea pacientului stabil hemodinamic cu fibrilație atrială
187. Care dintre următoarele afirmații despre flutterul atrial sunt adevărate:

- A. Este un ritm atrial organizat, cu o frecvență atrială de 250-350/minut
 - B. Flutterul atrial tipic (istmodependent) implică existența unui circuit de macroreintrare atrial drept, în jurul inelului tricuspidian
 - C. Flutterul atrial tipic (istmodependent) implică existența unui circuit de macroreintrare atrial stâng, în jurul inelului mitral
 - D. Pe ECG se descriu unde regulate „în dinți de fierăstrău”: (unde F)
 - E. Poate avea blocaj atrio-ventricular fix sau variabil
188. Criteriile majore pentru diagnosticul clinic al endocarditei infecțioase sunt reprezentate de:
- A. Două hemoculturi pozitive cu izolarea unui microorganism tipic pentru endocardita infecțioasă în absența unei localizări primare (streptococi *viridans*, *Abiotrophia* species și *Granulicatella* species *Streptococcus bovis*, bacterii din grupul HACEK, sau *Staphylococcus aureus* comunitar sau *Enterococcus* species)
 - B. Hemoculturi persistent pozitive (izolarea aceluiași microorganism din hemoculturi recoltate la un interval de minimum 12 ore, în toate din 3 hemoculturi sau majoritatea din 4 hemoculturi, prima și ultima recoltate la interval de cel puțin o oră)
 - C. Un test serologic de imunofluorescență pozitiv pentru febra O cu anticorpi IgG de fază 1 în titru >1:800
 - D. Dehiscentă parțială de proteză nou documentată
 - E. Febră: temperatură >38°C
189. Reprezintă criteriile minore pentru diagnosticul clinic al endocarditei infecțioase:
- A. Dovezi ecocardiografice de afectare endocardică: - masă intracardiacă cu mobilitate proprie pe valve sau structurile vecine, în caleajeturilor de regurgitare sau atașată materialelor protetice, în absența altorexplicații anatomice
 - B. Regurgitare valvulară nou documentată
 - C. Factori predispozanți: leziune cardiacă predispozantă sau consum de droguri Intravenoase
 - D. Febră: temperatură >38°C
 - E. Fenomene vasculare: embolii arteriale majore, infarcte pulmonare septice, anevrisme micotice
190. Leziunile cutanate specifice endocarditei infecțioase sunt reprezentate de:
- A. Noduli Osler
 - B. Hemoragii în așchie
 - C. Leziuni Janeway
 - D. Peteșii
 - E. Pete Roth

191. Reprezintă caracteristici clinice ale endocarditei infecțioase:
- A. Stare generală alterată
 - B. Suflu
 - C. Artralgii
 - D. Pirexie
 - E. Epistaxis
192. Suspiciune clinică înaltă pentru a identifica pacienții cu endocardită infecțioasă avem când exista:
- A. Leziune valvulară nouă sau suflu {de regurgitare} nou-depistat
 - B. Evenimente embolice de cauză necunoscută
 - C. Sepsis cu punct de plecare necunoscut
 - D. Hematurie, glomerulonefrită și suspiciune de infarct renal
 - E. Disurie
193. Endocardita cu hemoculturi negative
- A. Reprezintă aproximativ 0,1% din cazurile de endocardită
 - B. Reprezintă aproximativ 5-10% din cazurile de endocardită
 - C. Cea mai frecventă cauză este terapia prealabilă cu antibiotic
 - D. Se datorează unor bacterii, care nu cresc pe medii de cultură uzuale
 - E. Se datorează unor bacterii precum *Legionella*, *Coxiella burneti*.
194. Endocardita infecțioasă poate avea o evoluție:
- A. Acută, fulminantă
 - B. Cronică
 - C. Subacută
 - D. Subacută cu subfebrilități și simptome nonspecifice
 - E. Favorabilă, fără tratament se vindecă 100%
195. Regim antibiotic sugerat în endocardita stafilococică:
- A. Penicilină 1,2 g la fiecare 4 ore, gentamicină 80 mg la fiecare 12 ore
 - B. Penicilină 2 g la fiecare 8 ore
 - C. Vancomicină 3 g la fiecare 12 ore
 - D. Flucloxacilină 2 g la fiecare 4 ore
 - E. Benzilpenicilină 1,2 g la fiecare 4 ore plus gentamicină 80-120 mg la fiecare 8 ore
196. Pacienți cu risc major pentru a dezvolta endocardită infecțioasă și complicații asociate acestea sunt:

- A. Pacienții peste 70 de ani
 - B. Pacienții cu proteze valvulare
 - C. Pacienții diabetici
 - D. Pacienți cu endocardită infecțioasă în antecedente
 - E. Pacienți cu boli cardiace congenitale cianogene necorectate
197. Societatea Europeană de Cardiologie recomandă pacienților cu risc major pentru a dezvolta endocardită infecțioasă:
- A. Profilaxie cu antibiotice în timpul procedurilor cu risc crescut, proceduri stomatologice care implică manipularea gingiei, a regiunii periapicale a dinților sau perforarea mucoasei orale.
 - B. Dezinfectarea rănilor și eradicarea portajului cronic bacterian
 - C. Asanarea focarelor infecțioase prin tratament antibiotic
 - D. Auto-medicație cu antibiotic
 - E. Efectuarea piercing-urilor și tatuajelor
198. *Suspiciune clinică joasă pentru a identifica pacienții cu endocardită infecțioasă avem când există:
- A. Febră plus: Material prostetic intracardiac
 - B. Evenimente embolice de cauză necunoscută.
 - C. Sepsis cu punct de plecare necunoscut.
 - D. Hematurie, glomerulonefrită și suspiciune de infarct renal.
 - E. Febră fără cele de mai sus
199. *Diagnosticul de endocardită infecțioasă se bazează în special pe:
- A. Hemoculturi și ecocardiografie
 - B. Ekg
 - C. Radiografie toracică
 - D. Urocultură
 - E. Ecografie abdominală
200. *Regimul antibiotic sugerat când avem criterii clinice de endocardită, hemoculturi în lucru, fără suspiciune de infecție cu stafilococi:
- A. Penicilină 1,2 g la fiecare 4 ore, gentamicină 80 mg la fiecare 12 ore
 - B. Vancomicină 2 g la fiecare 12 ore
 - C. Penicilină 2 g la fiecare 4 ore
 - D. Benzilpenicilină 2 g la fiecare 4 ore
 - E. Gentamicină 200 mg la fiecare 8 ore

201. *Boala Chagas:
- A. Este cauzată de infecția cu Trypanosoma cruzi
 - B. Ar putea fi asociată cu sarcoidoza
 - C. Este caracterizată prin prezența de celule multinucleate gigante
 - D. Are o evoluție rapid progresivă și pronostic infaust
 - E. Este endemică în Africa de Sud
202. *Clasificarea cardiomiopatiilor, conform ESC, este următoarea, cu EXCEPȚIA:
- A. Cardiomiopatia hipertrofică
 - B. Cardiomiopatia dilatativă
 - C. Cardiomiopatia restrictivă
 - D. Cardiomiopatia distructivă
 - E. Cardiomiopatia aritmogenă
203. *În cazul cardiomiopatiei aritmogene (CMA), semnele și simptomele pot cuprinde următoarele, cu EXCEPȚIA:
- A. Aritmie ventriculară simptomatică
 - B. Aritmie supraventriculară simptomatică
 - C. Semne de insuficiență ventriculară dreaptă
 - D. Moartea subită cardiacă
 - E. Sincopa
204. *Cardiomiopatia dilatativă (CMD) sporadică poate avea următoarele cauze, cu EXCEPȚIA:
- A. Boli autoimune
 - B. Boli endocrine
 - C. Chimioterapie
 - D. Efortul fizic exagerat (sportivi)
 - E. Alcoolul
205. Miocardita cu celule gigante:
- A. Este o formă ușoară/moderată de miocardită
 - B. Este o formă severă de miocardită
 - C. Are o cauză necunoscută
 - D. Poate fi asociată cu bolile autoimune
 - E. Are o evoluție lentă
206. Următoarele afirmații referitoare la miocardite sunt ADEVĂRATE:
- A. Biopsia endomiocardică este considerată gold standard pentru diagnostic

- B. IRM cardiac este considerat gold standard pentru diagnostic
 - C. Serologia virală nu este utilă, de obicei
 - D. Serologia virală este obligatorie
 - E. În majoritatea cazurilor, se vindecă în câteva luni
207. Factorii de risc pentru moartea subită, asociată cardiomiopatiei hipertrofice (CMH), sunt următorii:
- A. Sincopă inexplicabilă în antecedente
 - B. Istoric familial de moarte subită cardiacă (<50 ani)
 - C. Istoric familial de moarte subită cardiacă (<30 ani)
 - D. Hipertrofie ventriculară stângă masivă (> 20 mm)
 - E. Hipertrofie ventriculară stângă masivă (> 30 mm)
208. Semnele cardiomiopatiei hipertrofice (CMH) sunt următoarele:
- A. Moartea subită cardiacă
 - B. Durerea cardiacă, sincopa, presincopa
 - C. Pulsația apicală dublă
 - D. Zgomot cardiac IV (dacă pacientul nu este în fibrilație)
 - E. Dispneea datorată relaxării alterate a miocardului
209. În cazul tratamentului cardiomiopatiei hipertrofice (CMH), următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:
- A. Durerea toracică este tratată cu verapamil
 - B. Durerea toracică este tratată cu betablocante
 - C. Dispneea este tratată cu verapamil
 - D. Dispneea este tratată cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA)
 - E. Vasodilatatoarele sunt indicate deoarece pot ameliora obstrucția tractului de ejecție al ventriculului stâng
210. Tratamentul cardiomiopatiei aritmogene (CMA) cuprinde următoarele:
- A. Inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei (IECA)
 - B. Nitrații
 - C. Amiodarona
 - D. Sotalol
 - E. Transplant cardiac
211. Tabloul clinic în cazul cardiomiopatiei dilatative (CMD) poate cuprinde următoarele:
- A. Insuficiența cardiacă
 - B. Aritmii cardiace

- C. Moartea subită
 - D. Evenimente embolice
 - E. Edemul pulmonar acut
212. Tratamentul cardiomiopatiei dilatative (CMD) cuprinde următoarele:
- A. Terapie de resincronizare cardiacă și ICD la pacienții în clasă funcțională NYHA II
 - B. Terapie de resincronizare cardiacă și ICD la pacienții în clasă funcțională NYHA III
 - C. Terapie de resincronizare cardiacă și ICD la pacienții în clasă funcțională NYHA IV
 - D. Transplantul cardiac în cazuri alese
 - E. Tratamentul general al insuficienței cardiace
213. În cardiomiopia restrictivă primară non-hipertrofică:
- A. Există dilatare biventriculară
 - B. Există dilatare biatrială
 - C. Se poate observa dedublarea zgomotului II
 - D. Poate fi observat semnul lui Kussmaul (presiune venoasă crescută în inspir)
 - E. Pot apărea zgomotele cardiace III și IV
214. Cardiomiopia de stres (Tako-tsubo):
- A. Pare să se datoreze unui exces tranzitor de catecolamine
 - B. Poate fi tratată cu betablocante
 - C. Se poate vindeca complet în 3-5 săptămâni
 - D. Se prezintă ca o cardiomiopatie dilatativă, mai ales la femeile obeze
 - E. Este asociată cu preeclampsie
215. Cardiomiopia peripartum:
- A. Afectează femeile începând cu al doilea trimestru de sarcină
 - B. Afectează femeile în ultimul trimestru de sarcină
 - C. Se manifestă ca o cardiomiopatie hipertrofică
 - D. Se manifestă ca o cardiomiopatie dilatativă
 - E. Se asociază cu eclampsia
216. Tahicardiomiopia:
- A. Poate fi determinată de perioade lungi de tahicardie ventriculară
 - B. Poate fi determinată de perioade lungi de tahicardie supraventriculară
 - C. Se caracterizează cardiomiopatie hipertrofică
 - D. Se caracterizează prin cardiomiopatie dilatativă
 - E. Cardioversia și ablația sunt contraindicate

217. *Cantitatea normală de lichid pericardic este de:
- A. 0-9 ml
 - B. 10-19 ml
 - C. 20-49 ml
 - D. 50-69 ml
 - E. 70-99 ml
218. *Bolile pericardului se pot prezenta ca următoarele, cu excepția:
- A. Formațiuni pericardice
 - B. Pericardită constrictivă
 - C. Ruptură de pericard
 - D. Pericardită acută, incesantă și cronică
 - E. Revărsat pericardic și tamponadă cardiacă
219. Anomali frecvente întâlnite pe ECG în pericardita acută sunt următoarele:
- A. Supradenivelare extinsă de segment ST, concavă în sus (în formă de șa)
 - B. Supradenivelare extinsă de segment ST, convexă în jos (în formă de șa)
 - C. Subdenivelare ST reciprocă în derivațiile aVR și V1
 - D. Subdenivelare ST reciprocă în derivațiile aVL și V1
 - E. Fenomene Ashman (alternanța RR scurt cu RR lung)
220. Care din următoarele reprezintă o etiologie a pericarditelor:
- A. Virală (virus coxsackie, echovirus, oreion, herpes, HIV)
 - B. Sindrom Dressler (tardiv, post infarct miocardic)
 - C. Mixedematoasă
 - D. Sindrom Zollinger-Ellison
 - E. Chilopericardul
221. Care din următoarele medicamente sunt utilizate în tratamentul pericarditei:
- A. Etanercept (inhibitor TNF- α)
 - B. Antiinflamatoare nesteroidine
 - C. Corticosteroizi
 - D. Aspirină
 - E. Metotrexat
222. Tratamentul de primă linie în pericardită este reprezentat de următoarele asocieri asocierea:
- A. Metotrexat cu colchicină
 - B. Etanercept cu colchicină

- C. Aspirină cu colchicină
 - D. Aspirină cu antiinflamatoare nesteroidiene
 - E. Antiinflamatoare nesteroidiene cu colchicină
223. Care din următoarele reprezintă manifestări ale pericarditei tuberculoase:
- A. Semnul lui Kussmaul
 - B. Febră cronică discretă
 - C. Ageuzie
 - D. Dispnee
 - E. Transpirații nocturne
224. Care din următoarele produc cel mai frecvent pericardită constrictivă:
- A. Infarctul miocardic
 - B. Leucemia
 - C. Hemopericardul
 - D. Tuberculoza
 - E. Limfomul
225. Simptomele și semnele pericarditei constrictive se produc ca urmare a:
- A. Creșterii presiunii mediastinale
 - B. Scăderii presiunii mediastinale
 - C. Creșterii umplerii ventriculare
 - D. Reducerii umplerii ventriculare
 - E. Congestiei venelor pulmonare
226. Care din următoarele reprezintă semne sau simptome ale revărsatului pericardic:
- A. Zgomotele cardiace sunt diminuate și îndepărtate.
 - B. Zgomotele cardiace sunt accentuate
 - C. Șocul apexian este în general mascat.
 - D. Șocul apexian este accentuat
 - E. Semnul lui Ewart
227. În revărsatul pericardic și tamponada cardiacă, ecocardiografic se decelează:
- A. Colabare în telesistolă a atriului drept
 - B. Colabare în telediastolă a atriului drept
 - C. Colabare în protodiastolă a ventriculului drept
 - D. Colabare în protosistolă a ventriculului drept
 - E. Deplasarea septului interventricular înspre ventriculul drept în inspir

228. În revărsatul pericardic și tamponada cardiacă, radiografia toracică evidențiază:
- A. Cord mărit, globulos sau în formă de pară cu margini bine conturate
 - B. Cord mărit, globulos sau în formă de măr cu margini bine conturate
 - C. Tipic, venele pulmonare nu sunt dilatate
 - D. Întotdeauna venele pulmonare sunt dilatate
 - E. Semnul lui Rossler
229. *Pentru stabilirea diagnosticului de retinopatie severă este necesară prezența următorului semn specific decelat prin oftalmoscopie directă:
- A. Macroanevrisme
 - B. Edem papilar
 - C. Constricție arteriolară în formă de punct
 - D. Îngustare focală venoasă
 - E. Exudate moi
230. *Leziunile organelor țintă induse de hipertensiunea arterială pot fi puse în evidență prin intermediul următoarelor investigații, cu excepția:
- A. Rata filtrării glomerulare
 - B. ECG
 - C. Ecocardiografia
 - D. Raportul aldosteron/renină
 - E. Examenul fundului de ochi
231. *Managementul de urgență al hipertensiunii arteriale maligne presupune următoarea țintă terapeutică:
- A. Reducerea imediată a tensiunii arteriale sistolice < 140 mmHg
 - B. Reducerea imediată a tensiunii arteriale sistolice < 160 mmHg și a tensiunii arteriale diastolice < 105 mmHg
 - C. Reducerea cu 25% a tensiunii arteriale medii în câteva ore
 - D. Reducerea imediată a tensiunii arteriale sistolice la 100-120 mmHg
 - E. Reducerea frecvenței cardiace la 50-60 b/min
232. *Hipotensiunea ortostatică se referă la:
- A. O scădere susținută a TA, de peste 15 mmHg TA sistolică sau de peste 10 mmHg TA diastolică
 - B. O creștere susținută a TA, de peste 15 mmHg TA sistolică sau de peste 10 mmHg TA diastolică
 - C. O scădere susținută a TA, de peste 20 mmHg TA sistolică sau de peste 10 mmHg TA diastolică

- D. O creștere susținută a TA, de peste 20 mmHg TA sistolică și o scădere de peste 10 mmHg TA diastolică
- E. O scădere susținută a TA, de peste 10 mmHg TA sistolică și o creștere de peste 10 mmHg TA diastolică

233.*Metoda corectă de măsurare a TA cuprinde:

- A. Picioarele încrucișate
- B. Folosirea mâinii dominante (dacă există o diferență >15 mmHg)
- C. Manșeta >80% din circumferința brațului
- D. Manșeta poziționată mai sus decât cordul
- E. Repaus complet timp de 20 minute

234.*Referitor la hipertrofia de ventricul stâng indusă de hipertensiune, este adevărată următoarea afirmație:

- A. Este de obicei simptomatică
- B. Poate fi detectată ca un șoc apexian puternic la palparea precordială
- C. Nu poate fi evidențiată pe electrocardiograma (ECG) standard cu 12 derivații
- D. Nu poate fi detectată prin palparea precordială
- E. Poate fi detectată ca un șoc apexian slab perceptibil la palparea precordială

235.*Factori implicați în etiologia HTA sunt, cu excepția:

- A. Dieta
- B. Sedentarismul
- C. Aspecte sociale
- D. INR labil
- E. Medicamente și droguri

236.*Substanțele frecvent implicate în creșterea TA includ:

- A. AINS
- B. Inhibitorii de PCSK9
- C. Analogii de GLP-1
- D. Fibratii
- E. Bupropionul

237.Efecte adverse ale alfa-blocantelor includ:

- A. Tuse
- B. Ginecomastie
- C. Hipotensiune posturală
- D. Bronhospasm

E. Incontinență urinară

238. Printre cauzele hipertensiunii arteriale secundare se numără:

- A. Hiperkortizolismul
- B. Hipoaldosteronismul primar
- C. Hipotiroidismul
- D. Feocromocitomul
- E. Boala hepatică avansată

239. Reprezintă contraindicații absolute ale administrării inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei în tratamentul hipertensiunii arteriale:

- A. Antecedentele de angioedem
- B. Astmul bronșic
- C. Bradicardia
- D. Guta
- E. Stenoza bilaterală de artere renale

240. Următoarele afirmații referitoare la urgențele hipertensive sunt adevărate:

- A. Retinopatia moderat-severă constituie un semn specific asociaat hipertensiunii maligne
- B. Amlodipina reprezintă blocantul calcic de elecție folosit în tratamentul encefalopatiei hipertensive
- C. Disecția acută de aorta impune reducerea imediată a tensiunii arteriale sistolice la 100-120 mmHg și a frecvenței cardiace la 50-60 b/min
- D. Tabloul clinic de pre-eclampsie include edemele, tulburările vizuale și durerile abdominale
- E. Ecocardiografia transtoracică reprezintă investigația de elecție pentru stabilirea diagnosticului de disecție acută de aortă

241. Printre investigațiile paraclinice care pot fi recomandate pacienților cu suspiciunea de hipertensiune arterială secundară se numără:

- A. Examinarea CT cerebrală
- B. Dozarea metanefrinelor plasmatice
- C. Ecografia hepatică
- D. Angiografia prin RMN sau CT a întregii aorte
- E. Dozarea TSH-ului seric

242. Reprezintă efecte adverse ale blocanților de canale de calciu dihidropiridinice utilizate în tratamentul hipertensiunii arteriale:

- A. Hiperuricemia
 - B. Edemele periferice
 - C. Ginecomastia
 - D. Hiperglicemia
 - E. Cefaleea
243. Terapia inițială a hipertensiunii arteriale conform ghidurilor în vigoare cuprinde următoarele clase de medicamente antihipertensive:
- A. Alfa-blocante
 - B. Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA)
 - C. Blocante ale canalelor de calciu
 - D. Diuretice tiazid-like
 - E. Diuretice antialdosteronice
244. Referitor la tratamentul hipertensiunii arteriale, sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Diureticele economisitoare de potasiu se utilizează în tratamentul hipertensiunii arteriale rezistente
 - B. Labetalolul se utilizează în terapia inițială a hipertensiunii arteriale necomplicate
 - C. Valorile țintă ale tensiunii arteriale trebuie să fie sub 130/80 mmHg pentru majoritatea pacienților
 - D. Doxazosina reprezintă un agent antihipertensiv cu acțiune centrală
 - E. Beta-blocantele sunt contraindicate în cazul prezenței astmului bronșic
245. Reprezintă blocante de canale de calciu dihidropiridinice:
- A. Nifedipină
 - B. Diltiazem
 - C. Amlodipină
 - D. Verapamil
 - E. Indapamidă
246. Substanțele frecvent implicate în creșterea TA includ:
- A. Inhibitorii factorului de creștere endotelial vascular
 - B. Alcoolul
 - C. Corticosteroizii
 - D. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei I
 - E. Blocanții receptorilor angiotensinei II
247. Cele mai frecvente cauze ale hipertensiunii secundare sunt:
- A. Hiperaldosteronismul primar

- B. Activitatea fizică intensă
 - C. Hiperaldosteronismul secundar
 - D. Obezitatea
 - E. Apneea obstructivă de somn
248. Retinopatia hipertensivă moderată este caracterizată prin următoarele modificări:
- A. Hemoragie (înmă de pată, punct sau de flacără)
 - B. Încrucișare arteriovenoasă
 - C. Îngustare arteriolară generalizată
 - D. Pete cu aspect de vată
 - E. Îngustare focală arteriolară
249. Valorile prag pentru diagnosticul hipertensiunii arteriale de grad I în cabinetul medical sunt:
- A. TAS 160-179 mmHg
 - B. TAS 140-159 mmHg
 - C. TAD 80-89 mmHg
 - D. TAD 90-99 mmHg
 - E. TAD 100-109 mmHg
250. Monitorizarea ambulatorie a TA:
- A. Permite identificarea diferitelor fenotipuri de TA
 - B. Reprezintă măsurarea de către pacienți a TA, folosind același aparat ca și în cabinet
 - C. Determină intermitent TA, pe o perioadă de 24 ore
 - D. Permite acuratețe diagnostică superioară, comparativ cu determinările TA la cabinet
 - E. Este în special utilă pentru monitorizarea pe termen lung a TA între vizitele la cabinet
251. Principalele mecanisme care afectează TA sunt:
- A. Volumul și tonusul vascular
 - B. Fumatul pasiv
 - C. Debitul cardiac
 - D. Temperatura ambientală ridicată
 - E. Dieta bogată în alimente proaspete
252. Referitor la hipotensiunea ortostatică, sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Este frecventă la vârstele tinere
 - B. Este mai frecventă în afecțiuni asociate cu neuropatii autonome
 - C. Se referă la o scădere susținută a TA, de peste 20 mmHg TA sistolică sau de peste 10 mmHg TA diastolică, la 3 minute de la trecerea într-o poziție de ortostatism

- D. De obicei este simptomatică
- E. Poate provoca intoleranță posturală sau instabilitate
253. Aspectele legate de dietă clar asociate cu creșterea TA sunt:
- A. Aportul ridicat de grăsimi nesaturate
 - B. Aportul crescut de sare
 - C. Aportul crescut de legume și fructe
 - D. Aportul excesiv de liquorice
 - E. Aportul ridicat de carbohidrați simpli
254. Următoarele afirmații sunt adevărate privind impactul modificărilor stilului de viață asupra TA:
- A. Exercițiile cardiovasculare regulate (30 min zilnic) scad în medie cu 5 mm Hg valoarea TA
 - B. Scăderea în greutate la pacienții supraponderali scade cu 1 mmHg/kg valoarea TA
 - C. Reducerea aportului de sare <6 g zi scade în medie cu 5 mm Hg valoarea TA
 - D. Renunțarea la fumat scade valoarea TA cu 7 mmHg
 - E. Consumul crescut de fructe și legume și consumul scăzut de grăsimi saturate scade în medie cu 10 mmHg valoarea TA
255. Indicațiile de trimitere a pacienților hipertensivi către centre medicale de specialitate includ:
- A. Pacienți cu hipertensiune arterială necontrolată (hipertensiune rezistentă) care iau ≥ 3 clase diferite de medicamente anit hipertensive
 - B. În cazul în care se suspectează cauze secundare de HTA
 - C. Valori normale ale TA, însă cu injurii ale organelor țintă
 - D. Dorința pacientului
 - E. Vârsta peste 65 ani a pacientului
256. Următoarele terapii sunt administrate de primă intenție în managementul urgențelor hipertensive:
- A. NTG, morfină i.v. în edemul pulmonar acut
 - B. Labetalol, nicardipină i.v. în pre-eclampsie
 - C. Diuretice tiazidice în sindromul acut coronarian
 - D. Beta-blocantele în accidentul vascular cerebral
 - E. Inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei în fibrilația atrială cu alură ventriculară rapidă

257. Contraindicații absolute în administrarea inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei sunt:
- A. Bloc atrioventricular înalt
 - B. Hipotensiune posturală
 - C. Stenoza de arteră renală bilaterală
 - D. Guta
 - E. Angioedemul
258. Ce investigații paraclinice sunt recomandate în diagnosticarea hipertensiunii secundare de cauză endocrină:
- A. β -hCG urinar sau seric
 - B. Metanefrine plasmatice
 - C. TSH seric
 - D. Raportul albumină-creatinină
 - E. Testul supresiv la doze mici de dexametazonă
259. Următoarele afirmații sunt adevărate privind hipertensiunea arterială secundară:
- A. În coarctarea de aortă se poate întâlni diferență de puls sau TA între membrele superioare sau între membrele superioare și inferioare
 - B. În stenoza de arteră renală se poate întâlni un suflu cardiac
 - C. Feocromocitomul este asociat cu neurofibromatoza-1
 - D. În acromegalie se întâlnește mixedemul pretibial, reducerea reflexelor de relaxare sau exoftalmie
 - E. Apneea obstructivă în somn se poate manifesta prin sforăit, transpirații nocturne, cefalee matinală
260. Problemele privind determinarea valorii TA la cabinetul medical includ:
- A. Un „efect de halat alb”
 - B. Necesitatea unor consultații multiple pentru a obține date suficiente pentru luarea deciziilor (cheltuieli, timp)
 - C. Lipsa de aderență a pacientului la sfatul medicului
 - D. Necesitatea de cadre medicale și unități sanitare (cheltuieli, timp)
 - E. Faptul că măsurătorile TA la domiciliu și în ambulatoriu sunt mai predictive pentru evenimentele cardiovasculare, ținând cont de faptul că pacienții nu trăiesc într-o unitate sanitară
261. Ce date ar trebui să obiectiveze anamneza unui pacient cu hipertensiune arterială:
- A. Simptome de hipertensiune arterială sau cauze secundare
 - B. Aspecte legate de stilul de viață

- C. Istoricul familial
- D. Leziunile asimptomatice ale organelor țintă: ochi, rinichi, cord
- E. Estimarea riscului cardiovascular total

RĂSPUNSURI CAP. I - CARDIOLOGIE

1 D	40 A, B, C, E	79 C, E	118 E
2 A	41 B, D	80 C	119 C, E
3 C	42 A	81 D	120 B, C, E
4 C	43 D	82 D	121 A, B, C, E
5 A	44 B	83 C	122 C, D
6 A	45 E	84 C	123 C, E
7 C	46 D	85 E	124 A, C
8 D	47 D	86 B	125 A, B, D
9 C	48 A	87 D	126 D, E
10 E	49 A, B, D, E	88 A, D	127 A, E
11 A, B, C, D	50 B, C, E	89 A, B, C, D	128 D, E
12 A, B, C, D	51 A, C, D	90 C, E	129 A, B
13 A, B, D, E	52 A, C	91 A, B, C	130 C, D, E
14 D, E	53 A, B	92 B, C	131 C, E
15 A, C, E	54 B, D, E	93 A, C	132 A, B
16 A, B	55 B, D, E	94 B, C, D	133 A, C, E
17 B, C	56 B, C, E	95 A, D	134 A, C, D, E
18 B, C	57 B, C, D	96 A, B, C	135 A, B, D
19 B, E	58 C, D, E	97 A, B, C	136 A, B, C
20 A, B, C, D	59 C, D, E	98 A, B	137 C, D, E
21 A, C	60 A, B, E	99 C, E	138 B, C
22 A, D, E	61 A, D	100 A, B, C, D	139 A, D
23 A, D, E	62 A, B, C, D	101 C, E	140 B, D
24 A, B, E	63 A, B, C	102 A, B, C	141 A, D, E
25 A, B, C	64 A, B, C	103 B, C	142 B
26 C, D	65 A, C, D, E	104 B, D, E	143 D
27 C, D	66 B, C, D	105 C, D	144 A, B, C
28 A, B, C	67 A, E	106 A, B, C, D	145 A
29 A, C, E	68 E	107 A, C, D, E	146 D
30 B, C, D	69 B	108 A, B, C	147 E
31 A, B, D, E	70 B, C, D	109 A, B, C, D	148 B
32 B, D	71 A, D, E	110 A, B	149 C
33 A, C	72 A, D	111 E	150 A
34 A, B, C, E	73 A, B	112 D	151 D
35 A, B, C	74 D, E	113 B	152 A
36 B, C, E	75 A, E	114 D	153 C
37 A, C, E	76 A, B, C, D	115 A	154 A, B, C
38 A, C	77 A, B	116 E	155 A, B, C, D
39 B, C, D, E	78 B, C, D	117 B	156 D, E
157 A, B, C, E	196 B, D, E	235 D	

158	B, D	197	A, B, C	236	A
159	A, B, D	198	E	237	C, E
160	B, C, D	199	A	238	A, C, D
161	A, C	200	A	239	A, E
162	A, C, D	201	A	240	A, C, D
163	C, E	202	D	241	B, D, E
164	B, C, E	203	B	242	B, E
165	C, D, E	204	D	243	B, C, D
166	B, C, D	205	B, C, D	244	A, C, E
167	B, D	206	A, C	245	A, C
168	A, D, E	207	A, B, E	246	A, B, C
169	B, C	208	C, D	247	A, D, E
170	A, B, C	209	A, B, C	248	A, D
171	A, B, C	210	C, D, E	249	B, D
172	A, C, D	211	A, B, C, D	250	A, C, D
173	A, B, D	212	B, C, D, E	251	A, C
174	A, B, D	213	B, D, E	252	B, C, E
175	B, E	214	A, B	253	B, D, E
176	A, C, D	215	B, D	254	A, B, C, E
177	A, B, C, E	216	A, B, D	255	A, B, C
178	A, C, D	217	C	256	A, B
179	B, C, D	218	C	257	C, E
180	A, C, D	219	A, C	258	B, C, E
181	A, C, E	220	A, B, C, E	259	A, C, E
182	A, C, D	221	B, C, D	260	A, B, D, E
183	A, B, C	222	C, E	261	A, B, C
184	A, B, D	223	B, D, E		
185	A, C, E	224	C, D		
186	A, D	225	D, E		
187	A, B, D, E	226	A, C, E		
188	A, B, C, D	227	B, C		
189	C, D, E	228	A, C		
190	A, B, C, D	229	B		
191	A, B, C, D	230	D		
192	A, B, C, D	231	C		
193	B, C, D, E	232	C		
194	A, B, C, D	233	C		
195	D, E	234	B		

CAP. II - DIABET, NUTRIȚIE, BOLI METABOLICE ȘI REUMATOLOGIE

1. Următoarele afirmații privind insulina sunt adevărate:
 - A. Este un hormon de natură peptidică
 - B. Este un hormon de natură steroică
 - C. Este sintetizat în celulele alfa ale insulelor pancreatice Langerhans
 - D. Este sintetizat în celulele beta ale insulelor pancreatice Langerhans
 - E. Este secretată într-o rată bazală lentă pe parcursul zilei
2. Mecanismele patogenice implicate în etiopatogenia diabetului zaharat tip 2 sunt:
 - A. Susceptibilitatea genetică și ereditatea
 - B. Obezitatea
 - C. Sedentarismul
 - D. Anomalii ale acțiunii insulinei
 - E. Anomalii ale secreției de insulină
3. *În etiopatogenia diabetului zaharat tip 1 este implicată:
 - A. Creșterea producției hepatice de glucoză
 - B. Insulinorezistența
 - C. Sedentarismul
 - D. Distrugerea autoimună a celulelor beta insulare
 - E. Obezitatea
4. Caracteristici ale diabetului zaharat tip 2 sunt:
 - A. Deficit sever, absolut de insulină
 - B. Scădere în greutate de obicei absentă
 - C. Este frecvent asociat cu alte boli autoimune
 - D. Persistența peptidului C
 - E. Vârsta la debut de obicei >30 de ani
5. Factorii dietetici implicați în apariția diabetului zaharat tip 1 sunt:
 - A. Enterovirusurile
 - B. Introducerea timpurie a laptelui de vacă în alimentație
 - C. Deficitul relativ de vitamină D
 - D. Toxine din mediu
 - E. Stresul psihologic

6. Următoarele afirmații privind diabetul neonatal tranzitoriu sunt adevărate:
 - A. Apare la scurt timp după naștere
 - B. Rezultă din anomalii în eliberarea de insulină
 - C. Rezultă din distrugerea celulelor beta
 - D. Poate fi tratat cu succes cu biguanide
 - E. Poate fi tratat cu succes cu sulfoniluree

7. În cazul etiopatogeniei diabetului zaharat tip 2 anomaliile acțiunii insulinei constau în incapacitatea acesteia de:
 - A. A inhiba producția hepatică de glucoză
 - B. A stimula absorbția de glucoză în mușchiul scheletic
 - C. A inhiba absorbția de glucoză în mușchiul scheletic
 - D. Asuprima lipoliza în țesutul adipos
 - E. A stimula lipoliza în țesutul adipos

8. Modelele alimentare asociate cu un risc mai mic de apariție a diabetului zaharat tip 2 sunt reprezentate de:
 - A. Aportul crescut de fructe și legume
 - B. Consumul de grăsimi alimentare saturate
 - C. Consumul de mâncare prăjită
 - D. Consumul de băuturi îndulcite cu zahăr
 - E. Produsele lactate fermentate

9. *Rezistența la insulină reprezintă:
 - A. Incapacitatea insulinei de a produce efecte biologice scăzute la concentrații fiziologice
 - B. Incapacitatea insulinei de a produce efecte biologice obișnuite la concentrații fiziologice
 - C. Incapacitatea insulinei de a produce efecte biologice crescute la concentrații fiziologice
 - D. Incapacitatea insulinei de a produce efecte biologice scăzute la concentrații patologice
 - E. Incapacitatea insulinei de a produce efecte biologice obișnuite la concentrații patologice

10. Următoarele afirmații privind rolul obezității în etiologia diabetului zaharat tip 2 sunt adevărate:
 - A. Crește riscul de diabet zaharat tip 2 de până la 30-50 ori
 - B. Crește riscul de diabet zaharat tip 2 de până la 80-100 ori
 - C. Reprezintă 50-60% din riscul general de a dezvolta diabet tip 2
 - D. Reprezintă 80-85% din riscul general de a dezvolta diabet tip 2
 - E. Distribuția centrală a adipozității crește riscul de diabet tip 2

11. Prevalența diabetului zaharat tip 2 crește rapid datorită:
- A. Creșterii populației
 - B. Scăderii populației
 - C. Creșterii speranței de viață
 - D. Scăderii speranței de viață
 - E. Diagnosticării mai eficiente
12. *Diabetul zaharat tip 1 reprezintă:
- A. 1-3% din toate cazurile de diabet
 - B. 5-10% din toate cazurile de diabet
 - C. 20-30% din toate cazurile de diabet
 - D. 50-60% din toate cazurile de diabet
 - E. Aproximativ 90% din toate cazurile de diabet
13. *Organul principal al homeostaziei glucozei este reprezentat de:
- A. Ficat
 - B. Rinichi
 - C. Creier
 - D. Țesut muscular
 - E. Țesut adipos
14. Peste 90% din cele aproximativ 200 g glucoză utilizată zilnic provine din:
- A. Glicogen hepatic
 - B. Gluconeogeneza hepatică
 - C. Gluconeogeneza renală
 - D. Glicogenoliza renală
 - E. Gluconeogeneza musculară
15. Următoarele afirmații privind hormonii incretinici (glucagon like peptide-1 și polipeptida insulinotrofică dependentă de glucoză) sunt adevărate:
- A. Sunt eliberați de tractul gastrointestinal după ingestia de alimente
 - B. Scad secreția de insulină din celula beta
 - C. Cresc secreția de glucagon
 - D. Încetinesc golirea gastrică
 - E. Sunt degradați în câteva minute predominant de enzima dipeptidil peptidaza-4
16. Transportorul de sodiu-glucoză 2:
- A. Este o proteină de transport a glucozei dependentă de sodiu
 - B. Este localizat în tubii renali proximali

- C. Este localizat în tubii renali distali
D. Readuce glucoza în circulație
E. Elimină glucoza din circulație
17. *Dintre următoarele tipuri de insuline, alegeți analogul de insulină cu durată lungă de acțiune:
A. Lispro
B. Aspart
C. Glargine
D. NPH
E. Glulizina
18. *Alegeți criteriul corect de diagnostic al diabetului zaharat, referitor la glicemia bazală (à jeun), conform Organizației Mondiale a Sănătății?
A. $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl)
B. $< 6,1$ mmol/l (110 mg/dl)
C. $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl)
D. $\geq 7,8$ mmol/l (140 mg/dl)
E. ≥ 10 mmol/l (180 mg/dl)
19. *Hipoglicemia severă este definită ca:
A. O valoare a glicemiei sub 4,0 mmol/l (70 mg/dl)
B. O valoare a glicemiei sub 3,0 mmol/l (54 mg/dl)
C. O valoare a glicemiei sub 5,6 mmol/l (100 mg/dl)
D. Hipoglicemia pentru care pacientul necesită ajutor din partea altei persoane pentru recuperare
E. O valoare a glicemiei între 3,0-4,0 mmol/l (54-70 mg/dl)
20. *Tratamentul de primă alegere la persoanele cu diabet zaharat tip 1 este reprezentat de:
A. Insulină în asociere cu sulfoniluree
B. Insulină în regim bazal
C. Metformin
D. Insulină în regim bazal-bolus
E. Regimul de insulină premixată de două ori pe zi
21. Criteriile de diagnostic pentru diabetul zaharat, conform Organizației Mondiale a Sănătății, cuprind:
A. Glicemia bazală (à jeun) $\geq 6,1$ mmol/l (110 mg/dl)
B. Glicemia la 2 ore în cadrul testului oral de toleranță la glucoză $\geq 7,8$ mmol/l (140 mg/dl)

- C. $HbA_{1c} \geq 6,5\%$ (48 mmol/mol)
D. Glicemia bazală (à jeun) $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl)
E. Glicemia în orice moment al zilei $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl)
22. Simptomele autonome ale hipoglicemiei sunt:
A. Transpirații
B. Tremurături
C. Scăderea capacității de concentrare
D. Tulburări de vorbire
E. Anxietate
23. Efectele adverse ale insulinoterapiei sunt reprezentate de:
A. Hipoglicemie
B. Scădere în greutate
C. Creștere în greutate
D. Lipohipertrofie
E. Diaree
24. Alegeți afirmațiile adevărate despre activitatea fizică la pacienții cu diabet zaharat:
A. Are ca și beneficiu scăderea necesarului de insulină
B. Duce la îmbunătățirea controlului glicemic
C. Reduce speranța de viață
D. Se recomandă efectuarea a cel puțin 150 minute de exerciții aerobice și antrenament de rezistență pe săptămână, distribuite pe o perioadă de cel puțin 3 zile
E. Exercițiul fizic neprogramat poate precipita un episod de hipoglicemie
25. Alegeți afirmațiile adevărate în ceea ce privește dieta în tratamentul pacienților cu diabet zaharat:
A. Are un rol nesemnificativ la pacienții cu diabet zaharat tip 1
B. Se încurajează consumul de alimente cu indice glicemic mare
C. Se recomandă reducerea consumului de carbohidrați rafinați și băuturi îndulcite cu zahăr
D. Dieta trebuie să fie individualizată în funcție de preferințele personale și culturale ale pacientului
E. Se recomandă înlocuirea grăsimilor saturate cu grăsimi nesaturate și limitarea aportului de acizi grași trans
26. Simptomele clasice de diabet zaharat sunt reprezentate de:
A. Poliurie
B. Disurie

- C. Polidipsie
 - D. Scădere ponderală
 - E. Gangrenă periferică
27. Tratamentul hipoglicemiei severe se realizează cu:
- A. Glucoză pe cale orală
 - B. Glucagon administrat intramuscular
 - C. Soluție de glucoză administrată intravenos
 - D. Ingestia a 15-20 g glucide cu absorbție rapidă
 - E. Consumul unei băuturi îndulcite cu zahăr
28. Factorii precipitanți ai hipoglicemiei la pacienții cu diabet zaharat sunt reprezentați de:
- A. Injectarea unei cantități de insulină mai mare decât este nevoie
 - B. Efortul fizic neprogramat
 - C. Excesul de carbohidrați
 - D. Consumul excesiv de alcool
 - E. Erorile de administrare a insulinei
29. Locurile obișnuite de administrare subcutanată a insulinei sunt reprezentate de:
- A. Peretele abdominal
 - B. Partile exterioare ale antebrațelor
 - C. Partea anterioară și superioară a coapsei
 - D. Partea anterioară a gambei
 - E. Fesele
30. Dintre următoarele preparate de insulină, alegeți analogii de insulină cu acțiune scurtă:
- A. Lispro
 - B. Degludec
 - C. Aspart
 - D. Detemir
 - E. Glulizin
31. Alegeți afirmațiile adevărate referitoare la insulină în tratamentul diabetului zaharat:
- A. La pacienții cu diabet zaharat tip 2, tratamentul cu insulină este indispensabil pentru supraviețuire
 - B. Majoritatea preparatelor de insulină au concentrația de 100 UI/ml
 - C. Utilizarea analogilor de insulină cu acțiune scurtă la persoanele cu diabet zaharat tip 1 reduce episoadele hipoglicemice totale și nocturne și îmbunătățește controlul glicemic
 - D. Un beneficiu semnificativ al tratamentului cu insulină este scăderea în greutate

- E. Insulina degludec este o insulină cu acțiune scurtă
32. Obiectivele controlului și tratamentului diabetului zaharat sunt:
- A. Scăderea riscului de apariție a complicațiilor pe termen lung
 - B. Evitarea reacțiilor adverse iatrogene, cum ar fi hipoglicemia
 - C. Prevenirea urgențelor diabetice, cum ar fi cetoacidoza diabetică
 - D. Obținerea unei glicemii à jeun $<4,0 \text{ mmol/l}$ (70 mg/dl)
 - E. Tratamentul simptomelor hiperglicemiei
33. Efectele adverse ale metforminului sunt reprezentate de:
- A. Hipoglicemie
 - B. Disconfort abdominal
 - C. Greață
 - D. Diaree
 - E. Creștere în greutate
34. *Administrarea metforminului trebuie oprită dacă rata de filtrare glomerulară estimată (RGFe) este:
- A. $< 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$
 - B. $> 35 \text{ ml/min/1,73m}^2$
 - C. $< 40 \text{ ml/min/1,73m}^2$
 - D. $> 40 \text{ ml/min/1,73m}^2$
 - E. $< 45 \text{ ml/min/1,73m}^2$
35. *Mecanismul de acțiune al sulfonilureelor este reprezentat de:
- A. Inhibarea enzimei dipeptidil-peptidază-4 (DPP4)
 - B. Actionează asupra celulelor β pentru a induce secreția de insulină
 - C. Creșterea excreției urinare de glucoză
 - D. Inhibarea alfa-glucozidazei
 - E. Creșterea efectului incretinic prin activarea receptorului de GLP-1
36. *Mecanismul de acțiune al tiazolidindionelor este reprezentat de:
- A. Creșterea excreției urinare de glucoză
 - B. Inhibarea enzimei dipeptidil-peptidază-4 (DPP4)
 - C. Acționează asupra celulelor β pentru a induce secreția de insulină
 - D. Reducerea rezistenței la insulină prin interacțiunea cu receptorul PPAR- γ
 - E. Inhibarea alfa-glucozidazei
37. Următoarele medicamente fac parte din clasa inhibitorilor transportorului sodiu-glucoză 2:

- A. Dapagliflozin
 - B. Sitagliptin
 - C. Empagliflozin
 - D. Dulaglutid
 - E. Canagliflozin
38. Inhibitorii transportorului de sodiu-glucoză 2 (SGLT2), pe lângă efectele lor asupra glicemiei, mai prezintă următoarele beneficii:
- A. Scad greutatea corporală
 - B. Cresc greutatea corporală
 - C. Îmbunătățesc disfuncția renală
 - D. Reduc riscul de evenimente cardio-vasculare aterosclerotice
 - E. Cresc riscul de insuficiență cardiacă
39. Efectele adverse ale inhibitorilor transportorului de sodiu-glucoză 2 (SGLT2) sunt reprezentate de:
- A. Hipoglicemie
 - B. Grețuri și varsături
 - C. Disconfort abdominal
 - D. Candidoză genitală
 - E. Deshidratare
40. Din clasa agoniștilor receptorilor de GLP-1 fac parte:
- A. Exenatid
 - B. Liraglutid
 - C. Dapagliflozin
 - D. Dulaglutid
 - E. Semaglutid
41. *Prima linie de tratament la majoritatea persoanelor cu diabet zaharat tip 2, ale căror glicemii rămân peste valorile țintă, în ciuda optimizării stilului de viață, este reprezentată de:
- A. Dulaglutid
 - B. Metformin
 - C. Sitagliptin
 - D. Dapagliflozin
 - E. Gliclazid
42. În cazul în care pacientul cu diabet zaharat tip 2 este diagnosticat cu boala cardio-vasculară aterosclerotică stabilită, este recomandată administrarea de:

- A. Agonist al receptorului de GLP-1 cu beneficii cardio-vasculare dovedite
 - B. Inhibitor al transportorului sodiu-glucoză 2 cu beneficii cardio-vasculare dovedite
 - C. Tiazolidindione
 - D. Meglitinide
 - E. Sulfoniluree
43. Următoarele medicamente fac parte din clasa inhibitorilor de dipeptidil-peptidază-4 (DPP4):
- A. Sitagliptin
 - B. Dapagliflozin
 - C. Saxagliptin
 - D. Empagliflozin
 - E. Vildagliptin
44. Studiile clinice au arătat că utilizarea MCG (monitorizarea continuă a glucozei) are următoarele beneficii:
- A. Îmbunătățește hemoglobina glicată (HbA1C)
 - B. Reduce variabilitatea glicemică
 - C. Crește variabilitatea glicemică
 - D. Scade riscul de hipoglicemie
 - E. Crește riscul de hipoglicemie
45. Efectele adverse ale sulfonilureelor sunt reprezentate de:
- A. Disconfort abdominal
 - B. Hipoglicemie
 - C. Creștere în greutate
 - D. Grețuri, vărsături
 - E. Infecții urinare
46. Riscul de hipoglicemie, în cazul administrării sulfonilureelor, este mai crescut în cazul:
- A. Administrării sulfonilureelor cu acțiune mai lungă
 - B. Aportului excesiv de alcool
 - C. Pacienților cu vârstă înaintată
 - D. În timpul infecțiilor intercurrente
 - E. Pacienților tineri
47. Principalele clase de medicamente utilizate în tratamentul diabetului zaharat tip 2 sunt reprezentate de:
- A. Biguanide (metforminul)
 - B. Inhibitori ai transportorului de sodiu-glucoză 2

- C. Statine
 - D. Fibrați
 - E. Agoniști ai receptorilor de GLP-1
48. Evaluarea pe termen lung a controlului metabolic se realizează prin:
- A. Determinarea hemoglobinei glicate (HbA1c)
 - B. Auto-monitorizarea glicemiei din sângele capilar
 - C. Monitorizarea continuă a glucozei
 - D. Determinarea fructozaminei
 - E. Determinarea glicemiei à jeun
49. *Pareza izolată a nervului cranian III apărută din cauza diabetului zaharat este caracteristică:
- A. Polineuropatiei simetrice distale
 - B. Neuropatiei acute dureroase
 - C. Mononevritei diabetice
 - D. Amiotrofiei diabetice
 - E. Neuropatiei autonome
50. *Artropatia Charcot reprezintă o complicație a:
- A. Arteriopatiei cronice a membrelor inferioare
 - B. Poliartritei reumatoide
 - C. Hiperuricemiei
 - D. Celulitei
 - E. Neuropatiei severe din diabetul zaharat
51. *Care dintre următorii agenți farmacologici utilizați în tratamentul diabetului zaharat reduc riscul de insuficiență cardiacă?
- A. Agoniștii receptorilor de GLP-1
 - B. Inhibitorii SGLT2
 - C. Tiazolidindionele
 - D. Inhibitorii DPP4
 - E. Sulfonilureicele
52. *Care dintre următorii agenți farmacologici antihipertensivi sunt asociați cu beneficii suplimentare în abordarea terapeutică a riscului cardiovascular la pacienții cu diabet zaharat?
- A. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
 - B. Blocantele canalelor de calciu
 - C. Diureticele tiazidice
 - D. Diureticele de ansă

E. Alfa-blocantele

53. Care dintre următoarele afirmații referitoare la semnele clinice precoce ale neuropatiei diabetice sunt adevărate?
- A. Sunt, în principal, senzitive
 - B. Sunt, în principal, motorii
 - C. Includ pierderea sensibilității vibratorii
 - D. Includ pierderea sensibilității termice
 - E. Includ de cele mai multe ori simptome debutate la nivelul mâinilor
54. Afectarea sistemului cardiovascular în cadrul neuropatiei autonome din diabetul zaharat se caracterizează prin apariția:
- A. Bradicardiei în repaus
 - B. Tahicardiei în repaus
 - C. Hipotensiunii posturale
 - D. Hipertensiunii posturale
 - E. Unor reflexe cardiovasculare alterate
55. O leziune cu etiologie predominant ischemică în cazul unui picior diabetic prezintă următoarele caracteristici distinctive:
- A. Este, de obicei, nedureroasă
 - B. Se asociază cu modificări trofice
 - C. Pulsurile periferice sunt ușor decelabile
 - D. La palpare, se decelează un tegument rece
 - E. Se asociază deseori cu un aspect de degete în gheară
56. Care dintre următoarele manifestări clinice pot fi întâlnite în neuropatia autonomă din diabetul zaharat?
- A. Gastropareza
 - B. Sindromul de tunel carpian
 - C. Atrofiile musculare interosoase
 - D. Vezica atonă
 - E. Scaunele diareice
57. Care dintre următorii agenți farmacologici pot fi utilizați pentru reducerea percepției durerii nevritice în neuropatia diabetică?
- A. Duloxetina
 - B. Gabapentinul
 - C. Valsartanul

- D. Pregabalinul
E. Dapagliflozinul
58. Boala cardiovasculară aterosclerotică la pacienții cu diabet zaharat are următoarele caracteristici:
- Tinde să afecteze vase mai proximale
 - Tinde să afecteze vase mai distale
 - Apare la o vârstă mai tânără
 - Apare la o vârstă mai înaintată
 - Este mai difuză
59. Care dintre următoarele afirmații referitoare la piciorul diabetic sunt adevărate?
- Screeningul afecțiunilor piciorului trebuie realizat cel puțin o dată la 5 ani
 - Se recomandă formarea unei echipe multidisciplinare destinate managementului piciorului diabetic
 - Screeningul afecțiunilor piciorului include anamneza referitoare la ulcerații anterioare sau actuale
 - Screeningul afecțiunilor piciorului include examinarea clinică a piciorului
 - O modalitate reproductibilă de evaluare a sensibilității este reprezentată de testarea cu ajutorul monofilamentului
60. Care dintre următorii agenți farmacologici pot fi utilizați la pacienții cu diabet zaharat pentru a atinge ținta terapeutică a LDL colesterolului?
- Statinele
 - Ezetimibul
 - Inhibitorii de α -glucozidază
 - Inhibitorii PCSK9
 - Meglitinidele
61. Principiile îngrijirii piciorului diabetic includ:
- Inspecția zilnică
 - Hidratarea pielii uscate
 - Verificarea încălțămintei pentru obiecte sau suprafețe ascuțite înainte de purtare
 - Verificarea temperaturii apei din baie înainte de a intra
 - Tratarea la domiciliu a infecțiilor și a calozităților, fără a apela la ajutor de specialitate
62. Care dintre următoarele afirmații referitoare la asocierea dintre infecții și diabetul zaharat sunt adevărate?
- Hiperglicemia nu are nici o influență asupra apariției și prognosticului infecțiilor

- B. Unele microorganisme sunt mai virulente în medii hiperglicemice
 - C. Infecțiile de tract urinar și bacteriuria asimptomatică sunt mai frecvente la pacienții cu neuropatie autonomă
 - D. Riscul de tuberculoză este mai scăzut la pacienții cu diabet zaharat
 - E. Anumite infecții virale cresc riscul apariției diabetului zaharat
63. Care dintre următorii agenți farmacologici sunt recomandați pentru efectele lor protectoare la pacienții cu diabet zaharat tip 2 și boală cardiovasculară?
- A. Sulfonilureicele
 - B. Agoniștii receptorilor de GLP-1
 - C. Inhibitorii SGLT2
 - D. Tiazolidindionele
 - E. Meglitinidele
64. Care dintre următoarele variante referitoare la cetoacidoza diabetică (CAD) sunt adevărate?
- A. Apare mai ales la persoanele cu diabet zaharat tip 1
 - B. Mortalitatea este mai crescută la persoanele vârstnice
 - C. Cea mai importantă anomalie biochimică în CAD este reprezentată de lipoliza din țesutul adipos și cetogeneza hepatică necontrolată
 - D. Nu apare la persoanele cu diabet zaharat tip 2
 - E. Este o urgență metabolică amenințătoare de viață
65. *Cetoza se definește prin:
- A. Valori crescute ale transaminazelor
 - B. Niveluri crescute de corpi cetonici plasmatici în absența acidozei
 - C. Niveluri crescute de corpi cetonici plasmatici în prezența acidozei
 - D. Scăderea sintezei proteice
 - E. Valori ale pH-ului seric >7,45
66. Referitor la starea hiperosmolară hiperglicemică, sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Are indicație absolută de insulinoterapie ulterioară
 - B. Semnele și simptomele caracteristice sunt deshidratarea și stuporul
 - C. Prima măsură terapeutică adoptată este administrarea insulinei
 - D. Este o complicație metabolică acută caracteristică pacienților cu diabet zaharat tip 2
 - E. pH-ul seric este normal.
67. Care sunt indicatorii cetoacidozei diabetice severe?
- A. Hiperpotasemie (>8 mmol/L) la prezentare
 - B. Bicarbonatul >15 mmol/L

- C. Cetonemie > 6 mmol/L
D. pH <7,3
E. Puls periferic >100 bătăi/minut sau <60 bătăi/minut
68. *În cetoacidoza diabetică tratamentul cu bicarbonat se administrează doar dacă pH-ul seric este:
A. Mai mare de 7,15
B. Între 7,20-7,35
C. Mai mic de 7,0
D. Între 7,0-7,25
E. Indiferent de valoarea acestuia
69. Care dintre următoarele afirmații referitoare la acidoza lactică sunt adevărate?
A. Poate apărea la pacienții tratați cu metformin
B. De obicei hiperglicemia și cetoza sunt semnificative
C. Gaura anionică este importantă
D. Mortalitatea este >50%
E. Nivelurile de acid lactic sunt normale
70. Cetoacidoza diabetică se caracterizează prin:
A. Hiperglicemie (>200 mg/dl) sau diabet zaharat cunoscut
B. Cetonemie (≥ 3 mmol/L) sau cetonurie semnificativă
C. Hipoglicemie (<70 mg/dl)
D. Bicarbonat (HCO_3^-) <15 mmol/L
E. pH venos >7,45.
71. *În tratamentul stării hiperosmolare hiperglicemice, pentru a preveni leziunile cerebrale, scăderea glicemiei nu trebuie să fie mai mare de:
A. 150 mg/dl pe oră
B. 200 mg/dl pe oră
C. 180 mg/dl pe oră
D. 90 mg/dl pe oră
E. 120 mg/dl pe oră
72. Care sunt corpii cetonici?
A. Acidul 3-hidroxibutiric
B. Acetona
C. Acidul ascorbic
D. Acidul aspartic

- E. Acidul acetoacetic
73. În ceea ce privește tratamentul cetoacidozei diabetice:
- A. Administrarea insulinei este obligatorie
 - B. Tratarea cauzei de fond nu este necesară
 - C. Administrarea heparinei cu greutate moleculară mică ar trebui luată în considerare în profilaxia trombembolismului, la pacienții vârstnici sau cu risc crescut, indiferent de absența sau prezența contraindicațiilor
 - D. Substituția pierderilor de fluide este prima măsură adoptată
 - E. Potasiul se administrează indiferent de valoarea serică a acestuia
74. Care sunt complicațiile acute metabolice ale diabetului zaharat?
- A. Retinopatia diabetică
 - B. Acidoza lactică
 - C. Cetoacidoza diabetică
 - D. Starea hiperosmolară hiperglicemică
 - E. Nefropatia diabetică
75. Care dintre următoarele afirmații în ceea ce privește starea hiperosmolară hiperglicemică sunt adevărate?
- A. Deficitul de insulină este mai puțin sever decât în cetoacidoza diabetică
 - B. Se întâlnește de obicei la pacienții cu diabet zaharat tip 1
 - C. Substituția de fluide este cel mai important aspect al tratamentului
 - D. Afectează de regulă pacienții vârstnici
 - E. Este obligatorie administrarea bicarbonatului
76. Care dintre următoarele afirmații referitoare cetoacidoza diabetică (CAD) sunt adevărate?
- A. Respirația de tip Kussmaul devine mai puțin marcată în acidoza foarte severă din cauza deprimării respiratorii
 - B. Prima măsură terapeutică adoptată este administrarea insulinei
 - C. Tabloul clinic include: greață, vărsături, astenie și obnubilare
 - D. Tratamentul ar trebui administrat într-o secție de terapie intensivă, dacă pacientul are CAD severă
 - E. Deficitul de insulină este marcat
77. Care dintre următoarele variante referitoare la cetonurie sunt adevărate?
- A. Reprezintă niveluri crescute de corpi cetonici în sânge
 - B. Apare după o perioadă de post la pacienții fără diabet zaharat
 - C. Face parte din criteriile de diagnostic ale cetoacidozei diabetice

- D. Poate fi întâlnită și în cazul pacienților cu diabet zaharat tip 1 relativ bine controlat
- E. Reprezintă niveluri detectabile de corpi cetonici în urină
78. În care din următoarele circumstanțe poate fi întâlnită cetoacidoza diabetică la persoanele cu diabet zaharat tip 2?
- Infecții
 - Alimentație deficitară
 - Diabet zaharat nou diagnosticat
 - Întreruperea tratamentului cu insulină
 - Pancreatita acută
79. *Care dintre următoarele afirmații referitoare la cetoacidoza diabetică (CAD) sunt adevărate?
- Este o complicație cronică a diabetului zaharat
 - Nu se întâlnește la pacienții cu diabet zaharat tip 1
 - Este o stare de anabolism necontrolat asociat cu un deficit marcat de insulină și o creștere a hormonilor de contrareglare
 - Pacienții cu CAD au risc de tromboembolism
 - De cele mai multe ori nu necesită niciun fel de tratament
80. Despre complicațiile microvasculare ale diabetului sunt adevărate următoarele:
- Vizează ochii
 - Vizează rinichii
 - Cresc riscul de infarct miocardic acut
 - Afectează preponderent pacienții cu diabet zaharat tip 1 în primii 10 ani de boală
 - Cresc riscul de accident vascular cerebral
81. *Care este principalul factor implicat în apariția complicațiilor microvasculare ale diabetului zaharat?
- Durata și gradul hipoglicemiei
 - Durata și gradul hiperglicemiei
 - Rasa
 - Polimorfismul genetic
 - Nici un răspuns nu este corect
82. *Care dintre următoarele complicații cronice ale diabetului zaharat este cea mai frecventă?
- Neuropatia diabetică
 - Nefropatia diabetică
 - Retinopatia diabetică
 - Maculopatia diabetică

- E. Piciorul diabetic
83. Selectați elementele definitorii ale retinopatiei diabetice forma preproliferativă:
- A. Dilatări/anse venoase
 - B. Anomalii microvasculare intraretinale
 - C. Hemoragii rotunde, multiple, profunde
 - D. Pete de vată
 - E. Neovascularizație
84. *Medicația antihipertensivă de elecție în boala renală diabetică este:
- A. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
 - B. Diuretice tiazidice
 - C. Blocanții canalelor de Ca
 - D. Beta-blocanți
 - E. Diuretice de ansă
85. *Care dintre următoarele afirmații referitoare la fotocoagularea laser sunt adevărate?
- A. Poate fi utilizată de la stadiile precoce ale retinopatiei diabetice pentru stoparea evoluției
 - B. Este folosită la aproximativ 50% din pacienții cu diabet zaharat
 - C. Se utilizează doar din stadiul de retinopatie proliferativă
 - D. Duce la îmbunătățirea vederii nocturne
 - E. Lărgeste câmpul vizual
86. În determinarea severității retinopatiei diabetice pot fi folosite:
- A. Angiografia cu fluoresceină
 - B. Tomografia în coerență optică
 - C. Microscopul digital
 - D. Oftalmoscopul
 - E. Autorefractometrul
87. Diabetul zaharat poate afecta globii oculari și în următoarele moduri:
- A. Dezvoltarea cataractei mai precoce decât în cadrul populației generale
 - B. Defecte de refracție ca urmare a episoadelor de hipoglicemie
 - C. Pareze oculare externe ce au, de regulă, caracter permanent
 - D. Pareze oculare externe ce au, de regulă, caracter temporar
 - E. O prevalență mai crescută a glaucomului cu unghi deschis
88. Cum se caracterizează nefropatia diabetică?
- A. Creștere treptată a excreției urinare de creatinină

- B. Creștere treptată a excreției urinare de albumină
C. Creștere treptată a tensiunii arteriale
D. Scădere treptată a tensiunii arteriale
E. Scădere a ratei de filtrare glomerulare.
89. Care dintre următoarele informații referitoare la nefropatia diabetică sunt adevărate?
A. Reprezintă cea mai frecventă cauză de deces prematur a pacienților tineri cu diabet zaharat
B. Este rapid progresivă la pacienții tineri
C. Se manifestă de regulă la 15-25 ani de la diagnosticul diabetului zaharat
D. Crește riscul cardiovascular
E. Rareori ajunge în fază terminală deoarece majoritatea pacienților decedează din cauza bolilor cardiovasculare
90. Care sunt mecanismele fiziopatologice implicate în nefropatia diabetică?
A. Hipertrofia renală datorată creșterii ratei de filtrare glomerulare este cea mai timpurie anomalie funcțională
B. Arteriola eferentă devine mai dilatată decât arteriola aferentă
C. Arteriola aferentă devine mai dilatată decât arteriola eferentă
D. Creșterea presiunii de filtrare intraglomerulară
E. Lezarea capilarelor glomerulare
91. Care dintre următoarele afirmații referitoare la albuminurie sunt adevărate:
A. Cantitatea de albumină urinară este prea mică pentru a fi detectată pe stripuri urinare standard în microalbuminurie
B. Din stadiu de proteinurie persistentă, boala de rinichi terminală apare în 5-10 ani dacă există o creștere a creatininei serice
C. Proteinuria marcată poate să inducă sindrom nefrotic transitoriu
D. Până la 50% dintre pacienții cu diabet zaharat tip 1 au nefropatie diabetică non-clasică
E. Un număr scăzut de pacienți cu diabet zaharat tip 2 au nefropatie diabetică non-clasică
92. Progresia nefropatiei diabetice poate fi încetinită prin:
A. Inițierea precoce a unui tratament antihipertensiv agresiv
B. Administrarea unor agenți antihiperglicemianți cu eliminare renală (glibenclamid, metformin)
C. Administrarea unor agenți terapeutici precum inhibitorii SGLT2, unde este posibil
D. Control glicemic atent
E. Administrarea unor agenți terapeutici antihipertensivi precum blocanții canalelor de Ca

93. Cum se face screening-ul nefropatiei diabetice?
- Prin testarea regulată a urinei pacienților cu diabet
 - Prin testarea regulată a nivelului creatininei serice
 - Prin testare o dată la 3 luni
 - Prin testare o dată la 6 luni
 - În cazul detectării microalbumiuriei, testul trebuie repetat de două ori
94. În maculopatia diabetică apar următoarele modificări:
- Exudate dure în cadrul suprafeței unui disc al maculei
 - Linii sau cercuri de exudate în cadrul suprafeței a două discuri ale maculei
 - Hemoragii multiple, rotunde
 - Fibroză retiniană
 - Pete de vată
95. Identificați afirmațiile adevărate referitoare la boala renală terminală în diabetul zaharat:
- Dializa peritoneală cronică în ambulatoriu poate fi preferată
 - Șunturile vasculare se calcifică repede
 - Hemodializa este preferată
 - Transplantul renal este imposibil
 - Transplantul renal este posibil, însă au o rată de eșec ușor mai crescută decât la pacienții fără diabet
96. *Care dintre cele de mai jos face parte dintre manifestările non-articulare ale Poliatritei reumatoide (PR)?
- Sindromul Raynaud
 - Nodulii reumatoizi
 - Nodulii Heberden
 - Corpii hematoxilini
 - Esofagul de sticlă
97. *Care articulații sunt cel mai frecvent afectate în Poliatrita reumatoidă (PR)?
- Sacroiliace
 - Mici ale mâinii
 - Mari
 - Interfalangiene distale
 - Coloanei toracale
98. *Ce este factorul reumatoid (FR)?
- Celulă lupică

- B. Un polimorfonuclear neutrofil
C. Imunoglobulină
D. Un limfocit
E. Eozinofil
99. *În Poliartrita reumatoidă (PR), care este durata artritei inclusă în criteriile de diagnostic pozitiv?
A. 3 săptămâni
B. 4 săptămâni
C. 1 săptămână
D. 6 săptămâni
E. 5 săptămâni
100. *Pentru a stabili diagnosticul cert de Poliartrită reumatoidă (PR), conform criteriile ACR/EULAR din 2010, câte puncte trebuie să fie prezente la același pacient?
A. 5 din 10
B. 3 din 6
C. 6 din 10
D. 4 din 6
E. 6 din 7
101. *Ce articulații sunt de obicei cruțate în Poliartrita reumatoidă (PR)?
A. Metatarsofalangiene
B. Interfalangiene proximale
C. Interfalangiene distale
D. Ale genunchilor
E. Metatarsofalangiene
102. *Care dintre cele de mai jos nu fac parte din tratamentul Poliartritei reumatoide (PR)?
A. Metotrexat
B. Leflunomidă
C. Glucocorticoizi
D. Sulfonilureice
E. Antiinflamatoare nesteroidiene
103. Care dintre afirmațiile refritoare la Poliartrita reumatoidă (PR) sunt adevărate?
A. Este o boală reumatică inflamatorie cronică
B. Determină inflamație articulară și leziuni tisulare
C. Afectează în special articulațiile sacroiliace

- D. Se însoțește de manifestări sistemice multiple
E. Debutează de obicei prin durere lomosacrată sau fesieră
104. Autoimunitatea este argumentată de prezența?
A. Factorului reumatoid (FR)
B. HLA B27
C. Ac anti-proteine citrinate (ACPA-anti-citrullinated protein antibodies)
D. Celula lupică
E. Sindrom Raynaud
105. În etiologia Poliartritei reumatoide (PR) sunt implicați:
A. Factorii genetici
B. Hipertensiunea arterială
C. Autoimunitatea
D. Fumatul
E. Agenții infecțioși
106. Ce presupune Sindromul Felty?
A. Poliartrită reumatoidă (PR)
B. Sclerodermie
C. Splenomegalie
D. Neutropenie
E. Sindrom Raynaud
107. Criteriile de diagnostic ale Poliartritei reumatoide (PR), conform ACR/EULAR din 2010 cuprind?
A. Afectarea articulară
B. Prezența celulei lupice
C. Durata sinovitei
D. Reactanții de fază acută (markerii sindromului inflamator- VSH, PCR)
E. Prezența anemiei.
108. Poliartrita reumatoidă (PR):
A. Este mai frecventă la sexul feminin
B. Este o boală degenerativă
C. Este o boală inflamatorie cronică
D. Afectează cel mai frecvent articulațiile coloanei vertebrale
E. Afectează, cel mai frecvent articulațiile mici ale mâinilor

109. În Poliartrita reumatoidă (PR) cele afectate articulații sunt:
- Metacarpofalangiene
 - Interfalangiene proximale
 - Interfalangiene distale
 - Metatarsofalangiene
 - Lombo-sacrate
110. Ce deformări articulare pot să apară în Poliartrita reumatoidă (PR)?
- Deformare în butonieră
 - Tofi gutoși
 - Deformare în gât de lebădă
 - Noduli Heberden
 - Dactilită
111. Ce investigații sunt necesare în vederea stabilirii diagnosticului de Poliartrită reumatoidă (PR)?
- Reacții de fază acută (VSH, PCR)
 - Hemoglobina glicozilată
 - Radiografii articulare
 - Serologia (FR, ACPA)
 - Analiza lichidului sinovial
112. Tratamentul Poliartritei reumatoide (PR) presupune:
- Glucocorticoizi
 - Bronhodilatatoare
 - Antiinflamatoare nesteroidiene
 - Biguanide
 - Metotrexat
113. Tipuri de afectare clinică în Poliartrita reumatoidă (PR):
- Cronică
 - Artrită mutilantă
 - Rapid progresivă
 - Palindromică
 - Tranzitorie
114. Nodulii reumatoizi subcutanați care apar în Poliartrita reumatoidă (PR) sunt:
- Fermi
 - Moi

- C. Foarte dureroși
D. Uneori lasă să curgă o magmă albă
E. Apar în general în punctele de presiune
115. Ce efecte adverse pot apare după administrarea de glucocorticoizi?
A. Diabet zaharat
B. Creșteri ale valorilor colesterolului total
C. Osteoporoză
D. Creșterea valorilor tensiunii arteriale
E. Creșterea valorilor acidului uric
116. Care dintre afirmațiile de mai jos referitoare la Metotrexat sunt adevărate?
A. Nu se însoțește de efecte adverse
B. Este un medicament de bază în Poliartrita reumatoidă (PR)
C. Face parte din tratamentul hipertensiunii arteriale
D. Poate determina alterarea testelor hepatice, necesitând monitorizarea acestora
E. Poate modifica hemoleucograma sanguină
117. Care dintre preparatele de mai jos sunt agenți biologici utilizați în tratamentul Poliartritei reumatoide (PR)?
A. Metformin
B. Tocilizumab
C. Abatacept
D. Rituximab
E. Enalapril
118. Conform definiției ACR/EULAR 2011 remisiunea Poliartritei reumatoide (PR) presupune:
A. Distrofie unghială
B. Numărul articulațiilor dureroase (inclusiv picioarele și gleznele) < 1
C. Afectarea articulațiilor sacroiliace
D. Număr articulații tumefiate (inclusiv picioare și glezne) <1
E. PCR <1 mg/L
119. Ce manifestări non-articulare poate determina Poliartrita reumatoidă (PR)?
A. Pleurezie
B. Afectare interfalangiană distală
C. Sclerită
D. Vasculită cutanată
E. Endocardită

120. La nivelul picioarelor în Poliatrită reumatoidă (PR) apar următoarele modificări:
- A. Degete „în ciocan”
 - B. Picioarul devine plat
 - C. Calusuri și ulcere sub capetele metatarsiene
 - D. Prăbușirea bolții medioplantare
 - E. Sindesmofite
121. Caracteristicile afectării articulare în Poliatrită reumatoidă (PR) sunt:
- A. Durerea și redoarea sunt mai importante în cursul dimineții
 - B. debutează cu lombalgie bilaterală
 - C. Durerea și redoarea apar după efortul fizic
 - D. Articulațiile afectate sunt de obicei calde și dureroase
 - E. Apare o limitare a mișcării
122. Ce deformări articulare pot apare la nivelul mâinilor în Poliatrită reumatoidă (PR)?
- A. Deviere ulnară
 - B. Noduli Heberden la nivelul articulațiilor interfalangiene distale
 - C. Deformare „în gât de lebădă”
 - D. Deformare „în butonieră”
 - E. Subluxație atlanto-axială
123. *Care este aspectul radiologic al artritei psoriazice?
- A. Eroziuni marginale articulare
 - B. Subluxația halucelui
 - C. Sindesmofite
 - D. Eroziuni centrale articulare cu aspect de „toc în călimară”
 - E. Calcificarea ligamentelor interspinoase la nivelul coloanei vertebrale
124. *Care este ținta terapeutică în hiperuricemie?
- A. Scăderea și menținerea valorii acidului uric sub 6,05 mg/dl la toți pacienții
 - B. Scăderea valorii acidului uric sub 8 mg/dl la pacienții cu boală cronică de rinichi
 - C. Scăderea valorii acidului uric sub 7 mg/dl
 - D. Scăderea și menținerea valorii acidului uric sub 7 mg/dl la pacienții cu atacuri recurente de gută
 - E. Menținerea valorii acidului uric la pacienții vârstnici asimptomatici
125. *Care dintre următoarele afirmații referitoare la pegloticaza sunt adevărate?
- A. Este administrată per os

- B. Este indicată pacienților hipertensivi cu gută
 - C. Este indicată pacienților cu gută și sindrom metabolic
 - D. Este rezervată pacienților cu gută severă, refractară
 - E. Se injectează în articulația afectată
- 126.* Diagnosticul foarte precoce al spondilitei anchilozante este posibil prin:
- A. Radiografie convențională
 - B. Rezonanță magnetică nucleară cu gadolinu
 - C. Ultrasonografie Doppler
 - D. Elastografie
 - E. Angiografie
- 127.*În spondilita anchilozantă, pentru controlul simptomelor se recomandă de primă intenție tratament cu:
- A. Glucocorticoizi oral
 - B. Glucocorticoizi administrați intravenos
 - C. Antiinflamatoare nesteroidiene
 - D. Metotrexat
 - E. Allopurinol
128. Care din următoarele sunt manifestări clinice ale artritei psoriazice?
- A. Dactilita
 - B. Poliartrita inițial asimetrică
 - C. Afectarea precoce a coloanei vertebrale cervicale
 - D. Afectarea precoce a coloanei vertebrale lombare
 - E. Spondiloza cervicală
129. Recomandările terapeutice în artrita psoriazică includ:
- A. Metotrexatul, cu eficiență dovedită asupra încetirii dezvoltării leziunilor articulare
 - B. Antiinflamatoarele nesteroidiene sau analgezicele pentru ameliorarea durerii
 - C. Agenți anti-TNF-alfa la pacienții fără răspuns terapeutic la metotrexat
 - D. Hidroxiclorochina ca primă opțiune terapeutică
 - E. Injecții intra-articulare cu glucocorticoizi
130. Care sunt cauzele declanșatoare a artritei reactive?
- A. Dizenteria bacilară
 - B. Candidoza
 - C. Chlamydia trachomatis
 - D. Uretrita nespecifică la bărbat

E. Cervicita nespecifică la femeie

131. Manifestările clinice din artrita reactivă cuprind:

- A. Poliartrita acută simetrică
- B. Entezita tendonului lui Ahile
- C. Sacroiliita și spondilita la persoane susceptibile
- D. Plăci și pustule proeminente dureroase și adesea confluențe
- E. Balanita circinată

132. Care sunt spondilartritele asociate cu HLA-B27?

- A. Spondilita anchilozantă
- B. Artrita reactivă
- C. Artrita infecțioasă
- D. Artrită enteropatică asociată bolilor inflamatorii intestinale
- E. Artrita gutoasă

133. Metabolismul crescut al purinelor apare în:

- A. Leucemii
- B. Policitemia vera
- C. Deficitul de glucozo-6-fosfatază
- D. Carcinoame
- E. Hiperparatiroidism primar

134. Care dintre următorii agenți inhibă xantin-oxidaza:

- A. Pegloticaza
- B. Benzbromarona
- C. Alopurinol
- D. Febuxostat
- E. Losartan

135. Tabloul clinico-biologic al spondilitei anchilozante poate include:

- A. HLA B27 prezent la peste 95% din pacienți
- B. Lombalgie neameliorată de repaus
- C. Noduli reumatoizi
- D. Uveită anterioară
- E. Limitarea mobilității coloanei vertebrale în plan sagittal

136. Din tabloul spondilitei anchilozante fac parte următoarele modificări:

- A. Tumefacția articulațiilor metacarpo-falangiene

- B. Durere fesierăși/sau lombalgie însoțite de redoare mai accentuate dimineața, care se ameliorează după efort
- C. Entezite
- D. Xantelasme
- E. Limitarea expansiunii cutiei toracice în inspir
137. În etiopatogenia spondilitei anchilozante se consideră că sunt implicați:
- A. Factori genetici
- B. Factorul reumatoid
- C. Celulele lupice
- D. HLA-B27
- E. Microbiomul intestinal
138. Referitor la lombalgie următoarele criterii sunt sugestive pentru diagnosticul de spondilită anchilozantă:
- A. Vârsta de debut >65 de ani
- B. Debutul insidios
- C. Ameliorarea la efort
- D. Nu se ameliorează la repaus
- E. Ameliorarea după repaus prelungit
139. Următoarele manifestări extra-spinale care pot fi prezente în spondilita anchilozantă:
- A. Sindrom Raynaud
- B. Dureri toracice anterioare cauzate de inflamația joncțiunii costocondrale
- C. Tulburări de conducere cardiacă
- D. Insuficiența aortică
- E. Boală pulmonară interstițială
140. În spondilita anchilozantă avansată, pot fi prezente următoarele modificări radiografice:
- A. Fuziunea articulațiilor sacroiliace
- B. Osteofite generalizate
- C. Fuziunea articulațiilor apofizelor spinale
- D. Calcificarea ligamentelor interspinoase
- E. Sindesmofite generalizate
141. În spondilita anchilozantă, afectarea articulară periferică are următoarele caracteristici:
- A. Este asimetrică
- B. Este oligo-articulară, fiind afectate predominant articulațiile mari
- C. Constă în poliartrita simetrică a articulațiilor mici ale mâinii

- D. Afectarea șoldului duce la deformări fixe în flexie a șoldurilor și deteriorarea în continuare a posturii
- E. La adolescenți monoartrita poate fi modalitatea de debut a unei spondilite anchilozante
142. *Pentru obținerea remisiunii în formele severe de LES cu afectare neurologică sau renală se folosesc:
- A. AINS
 - B. Ciclofosfamida
 - C. Corticosteroizii
 - D. Imunomodulatoare
 - E. Inhibitorii α -adrenergici
143. *Următoarea afirmație despre LES este adevărată:
- A. Este mai frecvent la femei
 - B. Este mai frecvent la bărbați
 - C. Vârsta maximă de debut este între 60-70 ani
 - D. Prevalența nu variază în funcție de grupurile etnice
 - E. Este mai des întâlnit în rândul caucazienilor
144. LES cu afectare cutanată și renală se caracterizează prin:
- A. Prezența anticorpilor de tip IgM
 - B. Prezența anticorpilor de tip IgG
 - C. Influx de neutrofile, limfocite
 - D. Prezența depozitelor de complement
 - E. Influx de macrofage
145. Afectarea articulară din cadrul LES prezintă următoarele caracteristici:
- A. Prezența artralgiilor asimetrice la nivelul articulațiilor mici
 - B. Eroziunile osoase sunt frecvente
 - C. Aspect clinic normal al articulațiilor
 - D. Prezența artralgiilor simetrice la nivelul articulațiilor mici
 - E. Discretă tumefacție la nivelul țesuturilor moi periarticulare
146. În cadrul LES, la nivel tegumentar se pot întâlni următoarele:
- A. Leziuni vasculitice la nivelul degetelor
 - B. Eritemul în formă de fluturi la nivelul frunții
 - C. Alopecie cicatricială
 - D. Echimoze
 - E. Fenomen Raynaud

147. Autoanticorpii întâlniți în LES sunt:

- A. AcANCA
- B. AcANA
- C. Ac anti topoizomeraza-1
- D. Ac anti ADN-dc
- E. Ac anti-SM

RĂSPUNSURI CAP. II - DIABET, NUTRIȚIE, BOLI METABOLICE ȘI REUMATOLOGIE

1	A, D, E	40	A, B, D, E	79	D	118	B, D, E
2	D, E	41	B	80	A, B	119	A, C, D, E
3	D	42	A, B	81	B	120	A, B, C, D
4	B, D, E	43	A, C, E	82	C	121	A, D, E
5	B, C	44	A, B, D	83	A, B, C	122	A, C, D
6	A, B, E	45	B, C	84	A	123	D
7	A, B, D	46	A, B, C, D	85	C	124	A
8	A, E	47	A, B, E	86	A, B, D	125	D
9	B	48	A, D	87	A, D, E	126	B
10	B, D, E	49	C	88	B, C, E	127	C
11	A, C, E	50	E	89	A, C, D, E	128	A, B, C
12	B	51	B	90	A, C, D, E	129	B, C, E
13	A	52	A	91	A, C	130	A, C, D, E
14	A, B	53	A, C, D	92	A, C, D	131	B, C, E
15	A, D, E	54	B, C, E	93	A, E	132	A, B, D
16	A, B, D	55	B, D	94	A, B	133	A, B, D
17	C	56	A, D, E	95	A, B, E	134	C, D
18	A	57	A, B, D	96	B	135	A, B, D, E
19	D	58	B, C, E	97	B	136	B, C, E
20	D	59	B, C, D, E	98	C	137	A, D, E
21	C, D, E	60	A, B, D	99	D	138	B, C, D
22	A, B, E	61	A, B, C, D	100	C	139	B, C, D, E
23	A, C, D	62	B, C, E	101	C	140	A, C, D, E
24	A, B, D, E	63	B, C	102	D	141	A, B, D, E
25	C, D, E	64	A, B, C, E	103	A, B, D	142	B
26	A, C, D	65	B	104	A, C	143	A
27	B, C	66	B, D, E	105	A, C, D, E	144	B, C, D
28	A, B, D, E	67	C, E	106	A, C, D	145	C, D, E
29	A, C, E	68	C	107	A, C, D	146	A, C, E
30	A, C, E	69	A, C, D	108	A, C, E	147	B, D, E
31	B, C	70	A, B, D	109	A, B, D		
32	A, B, C, E	71	D	110	A, C		
33	B, C, D	72	A, B, E	111	A, C, D, E		
34	A	73	A, D	112	A, C, E		
35	B	74	B, C, D	113	A, C, D, E		
36	D	75	A, C, D	114	A, E		
37	A, C, E	76	A, C, D, E	115	A, C, D		
38	A, C, D	77	B, D, E	116	B, D, E		

39 D, E

78 A, C, D, E

117 B, C, D

CAP. III - ENDOCRINOLOGIE

1. *Care dintre următoarele afecțiuni poate determina hipotiroidism secundar?
 - A. Tiroidita Hashimoto
 - B. Agenezia tiroidiană
 - C. Tiroidita postpartum
 - D. Hipopituitarismul
 - E. Deficitul de iod
2. Care dintre următoarele reprezintă cauză de hipotiroidie?
 - A. Terapia cu iod radioactiv
 - B. Tratamentul cu Propafenona
 - C. Deficitul de iod
 - D. Tiroidita postpartum
 - E. Boala Graves-Basedow
3. Următoarele afirmații referitoare la hipotiroidismul atrofic sunt adevărate:
 - A. Anticorpilor anti-tiroidieni sunt absenți.
 - B. Este asociat cu alte boli autoimune.
 - C. Determină infiltrarea limfoidă a glandei, atrofie și fibroză.
 - D. Reprezintă o cauză rară de hipotiroidism.
 - E. Este mai frecvent la bărbați.
4. Selectați afirmațiile corecte referitoare la tiroidita Hashimoto:
 - A. Este mai frecventă la femei
 - B. Anticorpilor anti-TPO sunt absenți
 - C. Terapia cu levotiroxina poate reduce gușa
 - D. Anticorpilor anti-TPO sunt prezenți
 - E. Gușa este absent
5. Care dintre următoarele semne și simptome fac parte din tabloul clinic al pacientului cu hipotiroidism?
 - A. Bradicardia
 - B. Miopatie proximală
 - C. Intoleranța la căldură
 - D. Constipația
 - E. Creșterea ponderală

6. Despre screening-ul hipotiroidismului congenital se poate afirma:
 - A. Folosește picătura de salivă pentru a detecta nivelul de TSH
 - B. Se realizează de rutină la nou-născuți
 - C. Se efectuează pentru a detecta niveluri scăzute de TSH
 - D. Se efectuează pentru a detecta niveluri crescute de TSH
 - E. Terapia cu Levotiroxină este indicată după primii doi ani de viață de la detectarea valorilor anormale de TSH
7. În cazul comei mixedematoase, măsurile terapeutice suplimentare ar trebui să includă:
 - A. Iod intravenos
 - B. Reîncălzire treptată
 - C. Hidrocortizon 100 mg iv la 8 ore
 - D. Administrare de glucoză orală
 - E. Calciu gluconic iv
8. *Ca și tratament, în hipotiroidismul primar:
 - A. Levotiroxina (T₄, tiroxina) se administrează până la atingerea eutiroidismului apoi se sistează
 - B. Levotiroxina (T₄, tiroxina) se administrează toată viața
 - C. Doza inițială este de 50 μg la pacienții tineri și apți
 - D. Doza inițială este de 100 μg la pacienții vârstnici/ pacienți cu patologie cardiacă/ stare fragilă
 - E. Doza poate fi crescută rapid, deoarece tratamentul nu prezintă riscul de dezvoltare a unor ”simptome” tireotoxice
9. Printre cauzele hipertiroidismului se numără:
 - A. Tratamentul cu Amiodarona
 - B. Iodul exogen
 - C. Gușă multinodulară toxică
 - D. Dishormonogeneza
 - E. Tiroidita Hashimoto
10. Boala Basedow-Graves:
 - A. Este o cauză rară de hipertiroidie
 - B. Are o etiologie virală
 - C. Prezintă ca și caracteristică afectarea oculară tiroidiană
 - D. Anticorpilor anti-TPO sunt patognomonici acestei boli

- E. Unele bacterii Gram negative conțin situsuri care leagă TSH-ul și pot declanșa patologia prin “mimetism molecular”
11. *Indicați afirmația FALSĂ cu privire la tireotxicoza indusă de amiodaronă:
- În tipul I, hipertiroidismul este declanșat de conținutul bogat în iod al medicamentului
 - În tipul II, hipertiroidismul este rezultatul efectului distructiv direct al medicamentului
 - În tipul II se poate instala hipotiroidismul după câteva luni
 - Tipul I nu se asociază cu boala Graves preexistentă
 - Raportul T4:T3 mai mare decât uzual se poate observa în ambele tipuri
12. În tabloul clinic al hipertiroidismului, sunt incluse următoarele:
- Bradycardia sinusală, întâlnită foarte rar în rândul vârstnicilor
 - Copiii prezintă mai degrabă creștere în greutate
 - Copiii se prezintă frecvent cu o rată de creștere scăzută
 - Retracția palpebrală și privirea fixă se regăsesc în hipertiroidismul de orice cauză
 - Tirotoxicoza apatică la unii pacienți vârstnici
13. Sunt adevărate următoarele afirmații despre hipertiroidism:
- Tratamentul este instituit de cele mai multe ori fără confirmare biochimică
 - TSH-ul seric este suprimat (<0.05 mU/L)
 - fT4 sau fT3 prezintă un nivel scăzut
 - Anticorpii anti-receptor TSH (TRAb) sunt specifici bolii Graves
 - Anxietatea nu reprezintă un diagnostic diferențial
14. Următoarele afirmații despre tratamentul hipertiroidismului sunt adevărate:
- Se poate realiza prin medicație anti-tiroidiană, iod radioactiv sau chirurgical
 - După instituirea medicației antitiroidiene, beneficiile clinice sunt evidente imediat, din prima zi de tratament.
 - Beta-blocantele se utilizează pentru un control simptomatic parțial rapid
 - Propiltiouracilul blochează, suplimentar, conversia T4 în T3
 - Pacienții cu guși nodulare sau multinodulare voluminoase vor necesita, în general, un tratament radical
15. *Efectul advers major al terapiei medicamentoase cu antitiroidiene de sinteză, în hipertiroidie, este:
- Gușa
 - Cardiotireoza
 - Agranulocitoza

- D. Agravarea oftalmopatiei
E. Osteoporoza
16. Referitor la tratamentul cu iod radioactiv (IRA) al hipertiroidismului este adevărat că:
A. Eutiroidismul se instalează, de regulă, după 2-3 luni
B. Poate agrava oftalmopatia tiroidiană
C. Prezintă risc neoplazic crescut
D. Toți pacienții necesită o a doua doză de iod radioactiv, din cauza persistenței tirotoxicozei
E. Se poate administra în timpul alăptării
17. Despre criza tiroidiană (“furtuna tiroidiană”) se poate afirma că:
A. Tratamentul este o urgență
B. Reprezintă o agravare rapidă a hipotiroidismului
C. Se manifestă prin hiperpirexie, tahicardie severă, agitație extremă, insuficiență cardiacă și disfuncție hepatică.
D. Nu poate să apară în urma tratamentului cu iod radioactiv
E. Ocazional, poate conduce la cardiomiopatie tirotoxică cu modificări ischemice pe ECG
18. Următoarele afirmații despre tratamentul hipertiroidismului din sarcină sunt adevărate:
A. Iodul radioactiv poate fi utilizat în trimestrele doi și trei de sarcină
B. Propilturacilul (PTU) este preferat în primul trimestru de sarcină
C. Carbimazolul este recomandat în primul trimestru de sarcină
D. Tratamentul de tip “blocare și substituție” este contraindicat
E. Tiroidectomia poate fi practică la nevoie, de preferat în trimestrul al doilea al sarcinii
19. *Pentru predicția tirotoxicozei neonatale, în cazul unei gravide cu boală Graves în sarcină, este utilă măsurarea directă a:
A. TSH
B. fT4
C. ATPO (anticorpi anti TPO)
D. TRAb (anticorpi anti receptor TSH)
E. fT3
20. Carcinomul tiroidian medular se caracterizează prin următoarele:
A. Este o tumoră neuroendocrină a celulelor C producătoare de calcitonină din tiroidă
B. Este adeseori asociat cu sindromul MEN1

- C. Metoda uzuală de terapie constă în tiroidectomie totală cu evidare ganglionară largă
- D. Tumora răspunde foarte bine la tratament
- E. Recent, tratamentul biologic cu vandetanib și cabozantinib a demonstrat beneficii în carcinoamele medulare avansate

21. În carcinoamele papilare și foliculare:

- A. Tratamentul de elecție este cel chirurgical:tiroidectomie totală sau cvasi-totală pentru boală localizată
- B. Se recomandă ablația cu iod radioactiv a țesutului tiroidian rezidual postoperator pentru majoritatea persoanelor cu cancer tiroidian diferențiat
- C. Mai puțin de 50% dintre tumori vor capta iodul
- D. Pentru a reduce la minim riscul recurenței, pacienții sunt tratați postoperator cu doze substitutive de levotiroxină
- E. Evoluția pacientului este monitorizată clinic și biochimic, utilizându-se ca marker tumoral tiroglobulina serică.

22. *Care dintre următoarele afirmații referitoare la carcinomul tiroidian este adevărată?

- A. Carcinomul medular derivă din celulele foliculare tiroidiene
- B. Tipul medular este cel mai frecvent dintre carcinoamele diferențiate
- C. Măsurarea tireoglobulinei postoperator prezintă sensibilitate maximă când TSH-ul este inhibat
- D. În cancerele tiroidiene diferențiate, avansate local și metastatic, rezistente la iod radioactiv, cel mai eficient este sorafenibul, administrat per os.
- E. Tratamentul cu vandetanib a demonstrat beneficii în carcinoamele anaplastice avansate.

RĂSPUNSURI CAP. III - ENDOCRINOLOGIE

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

CAP. IV - GASTROENTEROLOGIE

1. Tabloul clinic în boala de reflux gastroesofagian poate cuprinde următoarele simptome:
 - A. Pirozis
 - B. Disfagie
 - C. Regurgitarea alimentelor și acidului la nivelul cavității orale
 - D. Durere retrosternală după consumul de alimente picante, lichide fierbinți
 - E. Rinoree și tuse
2. Printre complicațiile bolii de reflux gastro-esofagian se pot menționa:
 - A. Hernia hiatală
 - B. Acalazia
 - C. Strictura peptică
 - D. Esofagul Barrett
 - E. Perforația esofagian
3. *Vă rugăm selectați varianta corectă cu factorii de risc pentru boala de reflux gastro-esofagian:
 - A. Obezitatea, sarcina, alcoolul, fumatul
 - B. Sarcina, ingerarea de alcool, ciocolata, blocantele de calciu
 - C. Nitrații, antimuscarinice, sclerodermia
 - D. Sarcina, sclerodermie, mese copioase
 - E. Toate variantele de mai sus
4. *Antagoniștii receptorilor H2 sunt următoarele medicamente, cu excepția:
 - A. Cimetidină
 - B. Ranitidină
 - C. Famotidină
 - D. Omeprazol
 - E. Nizatidină
5. *Caracterele clasice de durere din boala de reflux sunt următoarele cu excepția:
 - A. Se ameliorează la ingestia de antiacide
 - B. Se agravează la ingestia de băuturi fierbinți
 - C. Este însoțită de dispnee
 - D. Se agravează la ingestia de alcool
 - E. Iradiază rareori către membrele superioare

6. Selectați investigațiile paraclinice utile pentru a susține diagnosticul de boală de reflux gastro-esofagian:
 - A. Computer tomografie de torace cu substanță de contrast
 - B. Gastroscopie
 - C. pH-metrie
 - D. Manometrie cu Impedanță
 - E. Laringoscopie
7. Selectați clasele de medicamente folosite în boala de reflux gastro-esofagian:
 - A. Inhibitori de pompă de protoni
 - B. Blocante de calciu
 - C. Preparate pe bază de alginat
 - D. Antagoniștii receptorilor H₂
 - E. Gastroplicatura endo-luminală
8. Care dintre afirmațiile de mai jos sunt adevărate cu privire la inhibitorii pompei de protoni:
 - A. reprezentanți ai clasei de inhibitori de pompă de protoni sunt: omeprazolul, esomeprazolul, pantoprazolul, rabeprazolul, lansoprazolul
 - B. reduc secreția acidă cu până la 75%
 - C. aproximativ 60% dintre pacienți devin asimptomatici după 4 săptămâni
 - D. doza de administrare este de 3-4 ori/zi, timp de 6 săptămâni
 - E. tratamentul pe termen lung, poate crește riscul infecției cu Clostridium Difficile
9. Vă rugăm selectați afirmațiile corecte despre Esofagul Barrett:
 - A. Epiteliul scuamos esofagian este înlocuit cu epiteliu pavimentos stratificat
 - B. Clasificarea endoscopică Praga este folosită pentru a clasifica leziunile esofagiene
 - C. Aproximativ 0,12-0,5 dintre pacienții cu Esofag Barrett vor dezvolta anual adenocarcinom esofagian
 - D. În situația în care la rebiopsiere se decelează persistenta displaziei de grad scăzut, se poate recomanda ablația prin radiofrecvență
 - E. În cazul unei displazii de grad înalt, fără o leziune vizibilă endoscopic, se recomandă rebiopsierea într-un interval de 3 luni
10. Selectați afirmațiile corecte despre stricturile peptice:
 - A. Reprezintă o complicație a bolii de reflux gastro-esofagian
 - B. Apare de regulă după vârsta de 30 ani
 - C. Se manifestă prin disfagie continuă
 - D. Cazurile severe necesită dilatare endoscopică

E. Cazurile ușoare răspund la tratament cu IPP

11. Următoarele metode trebuie utilizate pentru diagnosticul Esofagului Barrett:
 - A. Impedanță și pH-metrie
 - B. Computer tomografie de torace
 - C. Endoscopie digestivă superioară
 - D. Examen histopatologic
 - E. Capsula Bravo
12. Esofagita de reflux grad D conform clasificării Los Angeles prezintă următoarele modificări endoscopice:
 - A. Discontinuități (eroziuni) ale mucoasei limitate la pliuri care nu depășesc 5 mm
 - B. Cel puțin o discontinuitate (eroziune) a mucoasei mai lungă de 5 mm, limitată la nivelul pliurilor, fără continuitate între vârfurile a două pliuri
 - C. Discontinuități (eroziuni) confluențe ale mucoasei
 - D. Discontinuități (eroziuni) care interesează peste 75% din circumferința esofagului
 - E. Discontinuități (eroziuni) ale mucoasei care se continuă între vârfurile pliurilor, dar nu sunt circumferențiale
13. Selectați afirmațiile corecte referitoare la succesiunea Esofag Barrett- adenocarcinom esofagian:
 - A. Metaplazia intestinală: de la epiteliu scuamo-celular la epiteliu pavimentos
 - B. Displazie de grad scăzut ulterior displazie de grad înalt
 - C. Displazie de grad înalt ulterior adenocarcinom in situ
 - D. Metaplazie intestinală ulterior adenocarcinom in situ
 - E. Displazie de grad înalt ulterior metaplazie intestinală
14. În cadrul unui Esofag Barrett cu displazie de grad înalt:
 - A. Dacă este vizibilă leziunea, poate fi rezecată endoscopic
 - B. Dacă este decelată displazia de grad înalt, fără să fie însă vizibilă leziunea endoscopic, se recomandă repetarea biopsiilor nu mai târziu de 3 luni
 - C. Dacă este vizibilă endoscopic leziunea, se recomandă tratament medicamentos cu doză dublă de inhibitori de pompă de protoni
 - D. Ecoendoscopia poate fi folosită pentru a stadializa mai bine aceste leziuni
 - E. Dacă leziunea este nodulară, se recomandă intervenție chirurgicală de tip Nissen
15. Selectați afirmațiile corecte referitoare la tratamentul în boala de reflux gastro-esofagian (BRGE):

- A. Antagoniștii receptorilor H2 pot fi folosiți în combinație cu inhibitori de pompă de protoni (IPP) la pacienții cu forme mai severe de boală
 - B. Antagoniștii dopaminergici sunt utili deoarece reduc peristaltismul
 - C. Pacienții cu forme severe de boală, pot să urmeze tratamet cu IPP în doză dublă
 - D. Preparatele pe baza de Alginat sunt medicamentele de prima linie în BRGE
 - E. Fundoplicatura laparoscopică Nissen are o rată de success de peste 90%
16. Următoarele afirmații privind infecția cu Helicobacter Pylori sunt adevărate:
- A. Prevalența infecției este ridicată în țările dezvoltate
 - B. Efectul citotoxic direct se datorează producției de urează al bacteriei
 - C. Gastrita antrală este o consecință obișnuită a infecției cu H. pylori
 - D. 50-60% din populația infectată cu H. pylori dezvoltă ulcere duodenale
 - E. Ulcerele apar mai frecvent atunci când tulpina infecțioasă exprimă genele CagA și VacA
17. Evaluarea endoscopică a pacientului suspect de boală ulceroasă peptică testat pozitiv pentru infecția cu H. pylori este necesară în următoarele situații:
- A. Decelarea unei formațiuni palpabile la nivelul epigastrului
 - B. Pierdere involuntară din greutate
 - C. Simptome tipice ale bolii ulcerose peptice la pacienții cu vârsta sub 55 de ani
 - D. Prezența vărsăturilor persistente
 - E. La toți pacienții înaintea începerii terapiei de eradicare a infecției H. Pylori
18. *Următoarele afirmații privind infecția cu Helicobacter Pylori sunt adevărate cu excepția:
- A. Este o bacterie gram negativă
 - B. Colonizează stratul de mucus de la nivelul antrului gastric
 - C. Aderă în mod specific la celulele epiteliale gastrice
 - D. Se poate întâlni și la nivelul jejunului în zonele de metaplazie gastrică
 - E. Este dobândită de obicei în perioada copilăriei
19. Consecințele infecției cu Helicobacter Pylori pot fi:
- A. Gastrita antrală
 - B. Cancerul gastric
 - C. Ulcerul duodenal
 - D. Halena
 - E. Cancerul duodenal
20. Factorii implicați in apariția ulcerului duodenal sunt:
- A. Fumatul

- B. Secreția crescută de gastrină
 - C. Obezitatea
 - D. Alimentația picantă
 - E. Infecția cronică cu *Helicobacter Pylori*
21. *Următoarele sunt metode de detecție a infecției cu *Helicobacter Pylori*, cu excepția:
- A. Testul respirator cu uree marcată ^{13}C
 - B. Dozarea anticorpilor fecali
 - C. Testul rapid din proba bioptică ce detectează activitatea ureazică
 - D. Examenul histopatologic al biopsiilor prelevate
 - E. Testele serologice cu detecția Ac IgG
22. Care sunt “semnele de alarmă” ce fac obligatorie evaluarea endoscopică:
- A. Vârsta peste 50 de ani
 - B. Anemia feriprivă
 - C. Scădere ponderală involuntară
 - D. Hematemeza
 - E. Vărsături persistente
23. Complicațiile bolii ulceroase peptice sunt următoarele:
- A. Insuficiența evacuatorie gastrică
 - B. Perforația
 - C. Ocluzia intestinală
 - D. Hemoragia digestivă
 - E. Ulcerul Vurling
24. *Următoarele afirmații privind regimurile terapeutice de eradicare a *Helicobacter Pylori* sunt adevărate cu excepția:
- A. Rezistența microbiană la metronidazol și claritromicină este în creștere
 - B. Terapiile de salvare includ antibiotice din clasa cefalosporinelor
 - C. Metronidazolul are efecte adverse frecvente
 - D. Complanța la tratament este esențială
 - E. Subcitratul de bismuth este greu de tolerat de către pacienți
25. Tabloul clinic din boala ulceroasă - selectați afirmațiile corecte:
- A. Durerea are un caracter colicativ, predominant nocturn
 - B. Alimentația ameliorează întotdeauna simptomatologia ulceroasă
 - C. Durerea persistentă sugerează o complicație
 - D. În cazul unui ulcer perforat, durerea va iradia în hipocondrul și flancul stang

- E. Ulcerele gastice și duodenale pot fi asimptomatice
26. Care din afirmațiile de mai jos sunt adevărate cu privire la Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS):
- A. AINS inhibă secreția de prostaglandine la nivel local și sistemic
 - B. Inhibitorii specifici COX-2 produc leziuni mucoasei gastrice mai severe decât AINS convenționale
 - C. Aproximativ 50% dintre consumatorii de AINS vor dezvolta leziuni ale mucoasei gastrice
 - D. Aproximativ 10% dintre consumatori vor prezenta simptome
 - E. AINS și Helicobacter Pylori reprezintă factori de risc sinergici
27. La pacienții cu boală ulceroasă ce necesită tratament cu Antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Trebuie evaluată prezența infecției cu H. Pylori, iar dacă este prezentă se va institui terapia de eradicare
 - B. Se preferă AINS COX-1 selective
 - C. Se poate asocia terapie citoprotectoare
 - D. Terapia citoprotectoare (Misoprostol) este mai bine tolerată decât terapia cu inhibitori de pompă de protoni
 - E. Se va asocia administrarea de inhibitori de pompă de protoni
28. Selectați afirmațiile corecte cu privire la terapia de eradicare a bacteriei Helicobacter Pylori (HP):
- A. în zonele cu rezistență crescută la Claritromicină se recomandă terapia cu: Subcitraț de Bismut, Tetraciclină, Metronidazol, IPP toate timp de 7 zile
 - B. Include Esomeprazol, Claritromicină, Amoxicilină, de două ori /zi, toate timp de 14 zile
 - C. Terapia secvențială este de asemenea folosită în zonele cu rezistență crescută la Claritromicină
 - D. Tratamentul pe o perioadă de 2 săptămâni, scade rata de succes terapeutic
 - E. Se recomandă dozarea antigenului fecal la 2 săptămâni de la terminarea terapiei de eradicare a HP
29. Selectați afirmațiile corecte referitoare la insuficiența evacuatorie gastrică secundară bolii peptice:
- A. Insuficiența evacuatorie gastrică secundară bolii peptice are o incidență crescută
 - B. Vărsăturile din insuficiența evacuatorie gastrică sunt în jet, de obicei nedureroase
 - C. Diagnosticul se stabilește prin scintigrafie

- D. Vărsăturile psihogene sunt frecvente și în cantitate mare
E. Stenoza poate fi pre-pilorică, pilorică sau duodenală
30. Selectați afirmațiile corecte referitoare la tratamentul chirurgical din boala peptică:
- A. Gastrectomia sau vagotomia nu mai sunt proceduri de elecție în ulcerul peptic
 - B. Ulcerul recurent exclude o malignitate la acest nivel
 - C. Deficitul de Vit B12 este frecvent întâlnit la pacienții cu gastrectomie
 - D. Diareea este o complicație preponderent a vagotomiei
 - E. Sindromul de Dumping este o complicație ce apare la pacienții cu gastrectomie parțială și gastro-jejuno anastomoză
31. Următoarele afirmații sunt adevărate referitor la etiopatogeneza bolilor inflamatorii intestinale (BII):
- A. Implică interacțiunea dintre factori de mediu, microbiota intestinală, susceptibilitate genetică și răspunsul imun
 - B. Pacienții fumători au un risc crescut de a dezvolta boala Crohn
 - C. Consumul de AINS este asociat cu perioade de remisiune la pacienții diagnosticați anterior cu BII
 - D. Istoricul familial pozitiv de BII reprezintă un factor de risc independent pentru dezvoltarea BII
 - E. Igiena mai precară și habitatul mai aglomerat prezintă un risc mai scăzut de a dezvolta boala Crohn
32. Mecanismele prin care microbiota intestinală este legată de etiologia bolilor inflamatorii intestinale (BII) includ:
- A. Afectarea funcției de barieră a mucoasei intestinale
 - B. Organisme patogene specifice
 - C. Antigene bacteriene
 - D. Disbioză intestinală
 - E. Colita limfocitară microscopică
33. Următoarele afirmații referitoare la modificările care apar în bolile inflamatorii intestinale (BII) sunt adevărate:
- A. Colita ulcerativă (CU) poate afecta rectul și se poate extinde la nivelul colonului sigmoid, descendent, transvers, ascendent, cec și ileon terminal, leziunile fiind discontinue
 - B. Boala Crohn (BC) poate afecta orice segment al tractului gastrointestinal, de la cavitatea bucală până la anus

- C. Prezența fistulelor și a abceselor intra-abdominale se asociază mai frecvent cu BC
- D. În BC, inflamația se extinde în toate straturile (transmural) intestinului, iar în CU apare o inflamație superficială doar a mucoasei
- E. Specific pentru CU este prezența granuloamelor și a anticorpilor anti- citoplasmă neutrofile (ANCA)

34. Manifestările extraintestinale ale bolilor inflamatorii intestinale sunt reprezentate de:
- A. Dermatită atopică
 - B. Colangită sclerozantă
 - C. Eritem nodos
 - D. Artrită periferică
 - E. Glaucom
35. Următoarele afirmații sunt adevărate despre tabloul clinic al bolii Crohn (BC):
- A. Simptomele majore sunt diareea, greață, vărsături, durere abdominală și febră
 - B. Aproximativ 30% dintre pacienți vor necesita rezecție intestinală în primii 5 ani de la stabilirea diagnosticului
 - C. BC poate debuta ca și urgență, cu durere acută abdominală și rectoragie
 - D. BC se poate complica cu abcese și fistule perianale
 - E. Durerea abdominală din BC poate fi colicativă sugerând o posibilă stenoză
36. Investigațiile utile în evaluarea bolii Crohn (BC) sunt:
- A. Endoscopie digestivă superioară și endoscopie digestivă inferioară
 - B. Teste sanguine care pot releva anemie, valori ridicate ale proteinei C reactive, leucocitoză, hipoalbuminemie
 - C. Calprotectina fecală
 - D. Teste serologice care pot releva anticorpi perinucleari ANCA pozitivi și anticorpi ASCA negativi
 - E. Ecografie, RMN, capsulă endoscopică, ecoendoscopie
37. Următoarele afirmații sunt adevărate referitor la endoscopia digestivă în boala Crohn (BC):
- A. Endoscopia digestivă superioară este recomandată la toți pacienții cu BC
 - B. Evaluarea endoscopică a ileonului terminal este esențială la toți pacienții cu suspiciune de BC
 - C. Capsula endoscopică este contrindicată de prezența stricturilor intestinului subțire
 - D. Colonoscopia evidențiază modificări care variază de la ulcerații ușoare, neuniforme, aftoide la ulcerații larg răspândite și profunde cu aspect de piatră de pavaj
 - E. Biopsia endoscopică nu este necesară întotdeauna

38. Următoarele afirmații sunt adevărate referitor la tratamentul din boala Crohn (BC):
- A. Inducția remisiei se poate realiza prin administrarea de glucocorticoizi, aminosalicilați, tiopurine
 - B. Scopul tratamentului este inducerea și menținerea remisiunii clinice precum și vindecarea mucosală
 - C. Agenții anti-TNF folosiți în BC sunt infliximab, vedolizumab, ustekinumab
 - D. Terapiile de menținere a remisiunii includ azatioprina, mercaptopurina sau metotrexatul
 - E. Antibioticele se pot folosi doar în tratamentul complicațiilor
39. Indicațiile tratamentului chirurgical în boala Crohn (BC) sunt:
- A. Retard de creștere la copii în ciuda tratamentului medicamentos
 - B. Eșecul tratamentului cu aminosalicilați
 - C. Complicații ale BC (ocluzie intestinală, perforație, fistula enterocutanată)
 - D. Colangita sclerozantă
 - E. Eșecul tratamentului cu tiopurine
40. Tratamentul pentru inducția remisiei în Boala Crohn poate fi efectuat cu:
- A. Azatioprina
 - B. Metotrexat
 - C. Antibioterapia: ciprofloxacina sau metronidazol
 - D. Glucocorticoizi oral sau i.v.
 - E. Anticorpi anti-TNF
41. Tabloul clinic în colita ulcerativă poate cuprinde:
- A. Diaree cu sânge și mucus, însoțită uneori de discomfort în abdomenul inferior
 - B. Anorexie cu scădere în greutate.
 - C. Într-un atac acut diareea apare doar pe parcursul zilei
 - D. Diareea are caracter urgent fiind însoțită de incontinență
 - E. Simptomul major în colita ulcerativă este reprezentat de constipație
42. Următoarele afirmații despre megacolonul toxic sunt adevărate:
- A. Diagnosticul diferențial include colita infecțioasă (ex. C. difficile și citomegalovirus)
 - B. Este o complicație majoră asociată formelor severe, acute de CU
 - C. Radiografia abdominală pe gol evidențiază un colon dilatat cu diametru mai mare de 6 cm ce conține gaze
 - D. Tratamentul conservator este de elecție

- E. Se impune intervenție chirurgicală de urgență la toți pacienții, și la cei la care dilarea toxică se remite după 48 de ore
43. Examenul obiectiv în colita ulcerativă poate releva:
- A. Abdomen destins sau sensibil la palpare
 - B. Tușeul rectal poate evidenția prezența sângelui
 - C. Adesea rectul este cruțat
 - D. Foarte rar rectul este cruțat
 - E. Anusul prezintă frecvent modificări
44. Următoarele afirmații despre investigațiile în colita ulcerativă sunt adevărate:
- A. Testele sangvine pot evidenția leucocitoză, trombocitoză și anemie feriprivă
 - B. pANCA este întotdeauna negativ
 - C. Endoscopia digestivă inferioară cu biopsie din mucoasă este standardul de aur în CU
 - D. Colonoscopia nu permite evaluarea extinderii bolii
 - E. La pacienții cu colită cronică cromosondoscopia este utilizată pentru excluderea displaziei
45. Următoarele afirmații despre tratamentul în colita ulcerativă sunt adevărate:
- A. Pilonul principal al tratamentului formelor ușoare și moderate cu orice extensie este un aminosalicilat cu acțiune topică în lumenul colonic
 - B. Modul de acțiune al 5-ASA în BII este necunoscut
 - C. În proctită supozitoarele 5-ASA sunt tratamentul de primă linie
 - D. Pilonul principal al tratamentului formelor ușoare și moderate este reprezentat de corticoterapia orală
 - E. Pilonul principal al tratamentului formelor ușoare și moderate este reprezentat de antiinflamatoarele nesteroidiene
46. Definiția episodului sever de colită ulcerativă cuprinde următoarele:
- A. Frecvența scaunelor mai mare de 4 pe zi
 - B. Temperatură mai mare de 37.5 grade C
 - C. Bradicardie
 - D. Anemie (hemoglobina mai mică de 10 g/l)
 - E. Hipoalbuminemie
47. Următoarele afirmații legate de terapia de salvare în colita ulcerativă sunt adevărate:
- A. Continuarea monoterapiei cu corticosteroidi este recomandată scăzând mortalitatea
 - B. Terapii de salvare cu beneficii dovedite cuprind ciclosporina și infliximabul
 - C. Se recomandă continuarea corticoterapiei și după inițierea terapiei de salvare.

- D. Terapia de salvare se impune la pacienții cu CRP mai mic de 45mg/l și mai puțin de 8 scaune pe zi
- E. Terapia de salvare trebuie instituită doar de către medici gastroenterologi cu experiență ce fac parte dintr-o echipă multidisciplinară
48. Următoarele afirmații despre episodul sever de colită ulcerativă sunt adevărate:
- A. Se recomandă internare în spital
 - B. Se recomandă excluderea unei infecții intestinale
 - C. Nu se recomandă anticoagulare proficlastică
 - D. Se recomandă Hidrocortizon 100mg de 4 ori pe zi
 - E. Este necesară monitorizare zilnică
49. Următoarele afirmații despre cancerul în BII sunt adevărate:
- A. Pacienții cu boală Crohn sau colită ulcerativă au o incidență crescută în dezvoltarea displaziei și a cancerului de colon
 - B. Pacienții cu boală inflamatorie intestinală nu trebuie să intre într-un program de screening special
 - C. Riscul de displazie nu este legat de extensia bolii
 - D. Riscul de dispazie nu este legat de durata bolii
 - E. Prezența colagitei sclerozante primare crește riscul de apariție a cancerului de colon la pacienții cu BII
50. Următoarele sunt forme de colită inflamatorie microscopică:
- A. CU microscopică
 - B. Boala celiacă
 - C. Boala Crohn
 - D. Colita limfocitară microscopică
 - E. Colita colagenoasă microscopică
51. *Care dintre următoarele modificări macroscopice este specifică colitei ulcerative?
- A. Intestinul afectat este deseori îngroșat și îngustat
 - B. Prezența fistulelor și abceselor intraabdominale
 - C. Nu se asociază cu ileita de reflux
 - D. În formele severe, mucoasa adiacentă inflamației poate căpăta aspectul de polipi postinflamatori
 - E. Un semn precoce este ulcerarea aftoid
52. *Artropatia de tip I din BII se caracterizează prin:
- A. durează luni-ani

- B. se asociază cu alte manifestări extraintestinale
 - C. este independentă de activitatea bolii inflamatorii intestinale
 - D. se asociază de regulă cu uveita
 - E. este mai comună în colita ulcerativă
53. *Terapii de menținere în boala Crohn sunt următoarele, cu excepția:
- A. Infliximab
 - B. Azatioprina
 - C. Prednison
 - D. Metotrexat
 - E. Mercaptopurina
54. *Intervenția chirurgicală standard în boala Crohn în cazul afectării întregului colon și a rectului este:
- A. Proctocolectomie cu anastomoză ileorectală
 - B. Stricturoplastie
 - C. Colectomie subtotală cu ileostomă terminală
 - D. Colectomie totală cu anastomoză ileorectală
 - E. Proctocolectomie cu ileostomă terminală
55. *Următoarea substanță este o integrină:
- A. Infliximab
 - B. Adalimumab
 - C. Vedolizumab
 - D. Tofacitinib
 - E. Golimumab
56. *În cazul unei colite ulcerative care răspunde la corticoterapia intravenoasă, după câte zile trebuie înlocuită cu corticoterapie orală:
- A. 3 zile
 - B. 5 zile
 - C. 7 zile
 - D. 30 zile
 - E. 10 zile
57. *Una din următoarele situații nu este o indicație pentru tratamentul chirurgical în colita ulcerativă:
- A. Eșecul tratamentului medical
 - B. Megacolon toxic

- C. Corticodependența / răspuns incomplet la tratament medical
D. Colita ce afectează întreg colonul
E. Hemoragia
58. *Care dintre următoarele afirmații legate de infecția cronică VHB este adevărată?
A. Faza 1 este denumită infecție VHB cronică AgHBe pozitivă.
B. Faza 2 este denumită de infecție VHB cronică AgHBe negativă
C. Faza 3 este denumită infecție VHB cronică AgHBe pozitivă.
D. Faza 5 este denumită de infecție VHB cronică AgHBe negativă.
E. Infecția cronică VHB progresează printr-o serie de cinci faze distincte.
59. *Care din următoarele afirmații sunt false legate de virusul hepatitic C?
A. Virusul hepatitei C este un virus ARN monocatenar din familia Flaviviridae.
B. Pacienții cu infecție cronică VHC sunt de obicei asimptomatici.
C. Infecția cronică VHC progresează printr-o serie de patru faze distincte.
D. Diagnosticul pornește de la evidențierea anticorpilor VHC în ser.
E. Tratamentul pentru infecția VHC este în prezent bazată pe agenții antivirali cu acțiune directă care sunt administrați oral.
60. *Următoarea afirmație legată de infecția cronică virală D este falsă:
A. Virusul delta nu este capabil singur de replicare dar este activat de prezența VHB.
B. Virusul delta este capabil singur de replicare și nu este activat de prezența VHB.
C. Infecția cu virusul hepatitei D se poate dezvolta ca și co-infecție sau ca suprainfecție cu VHB
D. Vindecările spontane sunt puțin frecvente
E. Între 60-70% dintre pacienți vor dezvolta ciroză, mai rapid decât în monoinfecția VHB
61. *Care din următoarele afirmații legate de hepatopatiile cronice este falsă?
A. Pacienții cu infecție cronică VHC sunt de obicei asimptomatici
B. Infecția cronică VHB progresează printr-o serie de patru faze distincte
C. Vindecările spontane în hepatitele cronice HVD sunt puțin frecvente
D. Tratamentul pacienților cu hepatită cronică virală D activă se face cu interferonpegylat-alfa-2a pentru 12 luni
E. Tratamentul pacienților cu hepatită cronică virală D activă se face cu agenții antivirali cu acțiune directă administrați oral
62. *Care din următoarele afirmații legate de hepatitele virale este falsă?

- A. Infecția cronică VHC determină progresia lentă a fibrozei care conduce, în decursul a zeci de ani, la ciroză
 - B. Profilaxia infecției cu virusul hepatic B este condiționată de vaccinare
 - C. Virusul hepatitic E se transmite pe cale intravenoasă
 - D. Prezența Ac anti VHA IgM indică o infecție acută a cu virusul hepatitei A
 - E. Prognosticul este excelent în hepatita acută virală A majoritatea pacienților vindecându-se complet
63. *Hepatita virală A se caracterizează prin:
- A. Transmitere fecal-orală
 - B. Boala nu prezintă infecțiozitate maximă chiar înaintea debutului icterului.
 - C. Hepatita acută virală se poate croniciza
 - D. O infecție anicterică este rară la copii și nu conferă imunitate pe viață
 - E. Pentru stabilirea diagnosticului de certitudine este necesară determinarea viremiei
64. Faza 1 de infecție VHB cronică AgHBe pozitivă este caracterizată prin:
- A. Nivel înalt de replicare virală cu AgHBe pozitiv, care nu este asociată cu un răspuns mediat imun de injurie hepatică
 - B. Cauzează distrucție hepatică
 - C. Nu cauzează distrucție hepatică
 - D. Necesită tratament
 - E. Tratamentul nu este necesar
65. Care dintre următoarele afirmații legate de faza 2 de infecție VHB cronică AgHBe pozitivă sunt adevărate:
- A. Nu asociază distrucția hepatică
 - B. Asociază frecvent distrucția hepatică, cu transaminaze fluctuant crescute (ALT) în prezența unor niveluri crescute de infecție AgHBe pozitivă
 - C. Este cunoscută și sub denumirea de faza imunotolerantă
 - D. Tratamentul în această fază este necesar și poate conduce la seroconversie de la AgHBe pozitiv la AgHBe negativ
 - E. Este cunoscută și sub denumirea de fază imunoactivă
66. Care dintre următoarele afirmații legate de faza de purtător inactiv sunt adevărate:
- A. Corespunde fazei 3 de infecție VHB cronică AgHBe negative
 - B. Se caracterizează prin niveluri scăzute de ADN-VHB (<2.000 UI/ml), absența AgHBe și valori normale ale ALT
 - C. Corespunde fazei 4 de infecție VHB cronică AgHBe negative

- D. Se caracterizată prin niveluri crescute de replicare virală (ADN VHB $10^5/10^6$), dar cu AgHBe negativ și ALT crescut
- E. Corespunde fazei 2 de infecție VHB cronică AgHBe pozitivă
67. Tratamentul hepatitei cronice HBV se realizează cu:
- A. Interferonul pegylat alfa-2a {180 μ g o dată pe săptămână s.c.}
 - B. Interferonul pegylat alfa-2a {180 μ g o dată pe luna s.c.}
 - C. Analogi nucleotidici/nucleozidici (Tenofovir, Entecavir)
 - D. Analogi nucleotidici/nucleozidici administrați subcutanat
 - E. Analogi nucleotidici/nucleozidici administrați oral
68. Care este semnificația markerilor virali în hepatita B?
- A. AgHBs pozitiv semnifică expunere anterioară (veche) la hepatita B
 - B. Prezența anticorpilor Anti-HBs reprezintă imunitate la VHB expunere anterioară la infecție vindecată vaccinare
 - C. AgHBs pozitiv semnifică infecție acută sau cronică
 - D. Prezența anticorpilor Anti-HBc Ig M în titru înalt semnifică hepatită B acută
 - E. Prezența anticorpilor Anti-HBc IgG reprezintă expunere anterioară (veche) la hepatita B
69. Care sunt posibilele manifestări extrahepatice în infecția cronică cu virusul C?
- A. Evoluția către ciroză hepatică
 - B. Artrita
 - C. Crioglobulinemia cu sau fără glomerulonefrită
 - D. Porfirie cutană tardă
 - E. Hipertensiune arterială esențială
70. Care din următoarele afirmații sunt adevărate legate de tratamentul infecției cronice cu virusul hepatitic C?
- A. Scopul tratamentului este de a elimina ARN VHC din ser pentru oprirea progresiei bolii hepatice active
 - B. Scopul tratamentului este de a elimina ARN VHC din ser pentru a preveni dezvoltarea HCC
 - C. Tratamentul pentru infecția VHC este în prezent bazat pe agenții antivirali cu acțiune directă care sunt administrați subcutanat
 - D. Tratamentul pentru infecția VHC este în prezent bazat pe agenții antivirali cu acțiune directă care sunt administrați oral
 - E. Regimurile actuale bazate pe agenții antivirali cu acțiune directă elimină virusul la mai mult de 95% din pacienți.

71. Care din următoarele afirmații sunt adevărate legate de infecția cronică cu virusul hepatitic C?
- A. Diagnosticul infecției cronice cu HCV este efectuat prin evidențierea anticorpilor VHC și a ARN VHC în ser
 - B. Pacienții cu infecție cronică VHC sunt de obicei asimptomatici uneori cu creșteri moderate ale transaminazelor (de obicei ALT)
 - C. Pot fi întâlnite manifestări extrahepatice, incluzând artrita, crioglobulinemia cu sau fără glomerulonefrită și porfirie cutanea tarda
 - D. Infecția cronică VHC determină progresia rapidă a fibrozei care conduce, în decursul a câtorva luni la ciroză
 - E. Factorii asociați cu o progresie rapidă a fibrozei VHC includ consumul de alcool, co-infecția cu HIV, obezitatea, diabetul și infecția cu genotipul 3
72. Care din următoarele afirmații sunt adevărate legate de infecția cronică cu virusul hepatitic C?
- A. Comparativ cu infecția VHB, VHC cauzează rar cancer hepatic în absența cirozei
 - B. Comparativ cu infecția VHB, VHC cauzează mai frecvent cancer hepatic în absența cirozei
 - C. Tratamentul pentru infecția VHC este în prezent bazat pe agenții antivirali cu acțiune directă care sunt administrați oral
 - D. Durata tratamentului cu agenți antivirali cu acțiune directă variază în funcție de gradul de fibroză, de la 8 la 12 săptămâni
 - E. Regimurile terapeutice actuale bazate pe agenți antivirali cu acțiune directă elimină virusul la mai mult de 95% din pacienți
73. Manifestările clinice la pacienții cu infecție cronică VHC cuprind:
- A. Starea generală de rău nespecifică ușoară
 - B. Oboseală
 - C. Manifestări extrahepatice, incluzând artrita, crioglobulinemia cu sau fără glomerulonefrită
 - D. Manifestări extrahepatice, incluzând artrita, crioglobulinemia cu sau fără pielonefrită
 - E. Eritem nodos
74. Care din următoarele afirmații legate de infecția cu virusul hepatitei D sunt adevărate?
- A. Infecția cu virusul hepatitei D se poate dezvolta ca și co-infecție sau ca suprainfecție a VHB
 - B. Diagnosticul de coinfecție este confirmat prin descoperirea Ac anti VHD IgM serici pozitivi în prezența Ac anti HBc IgM

- C. Diagnosticul de suprainfecție este efectuat prin descoperirea ARN VHD sau a anticorpilor IgM anti VHD în același timp cu Ac anti HBc IgG
- D. Tratamentul pacienților cu boală hepatică activă se face cu interferonpegylat-alfa-2a pentru 12 luni
- E. Diagnosticul de coinfecție este confirmat prin descoperirea Ac anti VHD IgG serici pozitivi în prezența Ac anti HBc IgG
75. Virusul hepatitei E (VHE) prezintă următoarele caracteristici:
- A. Diagnosticul este susținut de prezența anticorpilor anti VHE de tip IgG sau IgM
- B. ARN VHE poate fi pus în evidență în ser sau scaun prin PCR
- C. Infecția VHE poate conduce la o infecție cronică la pacienții imunocompromiși
- D. Transmiterea virusului se face prin sânge / produse de sânge
- E. Transmiterea virusului se realizează enteral de obicei prin intermediul apei contaminate iar 30% din câini, porci și rozătoare poartă virusul
76. Virusul hepatitei A (VHA) prezintă următoarele caracteristici:
- A. Transmiterea infecției se face în principal pe cale fecal-orală și apare datorită ingestiei alimentelor și apei contaminate
- B. Perioada de incubatie este scurtă (2-3 săptămâni)
- C. Infecția VHA poate conduce la o infecție cronică la pacienții imunocompromiși
- D. Simptomatologia este nespecifică și include greața și anorexia
- E. Tratamentul se realizează cu Interferon sau analogi nucleotidici.
77. Următoarele afirmații sunt adevărate legate de profilaxia infecției cu virusul hepatic B:
- A. Imunizarea activă presupune administrarea de vaccin recombinant, produs prin inserția în drojdie a unei plasmide care conține gena AgHBs
- B. Vaccinarea anti HBV cuprinde administrarea de trei injecții (la 0, 1 și 6 luni) la nivelul mușchiului deltoid
- C. Vaccinarea anti HBV cuprinde administrarea de trei injecții (la 0, 1 și 12 luni) la nivelul mușchiului deltoid
- D. Rapelul poate deveni necesar după aproximativ 10 ani
- E. Profilaxia activă și pasivă (combinată) prin vaccinare și imunoglobuline ar trebui administrată la personalul sanitar cu contaminare accidentală prin înțepare cu ac la toți nou-născuții din mame AgHBs pozitive
78. Virusul hepatitei D prezintă următoarele caracteristici:
- A. Este o hepatită cronică relativ rar întâlnită vindecările spontane sunt puțin frecvente.
- B. Diagnosticul este efectuat prin descoperirea anticorpilor anti-delta la un pacient cu boală hepatică cronică AgHBs pozitivă.

- C. Confirmare diagnosticului realizează prin efectuarea PCR ARN VHD.
- D. Tratamentul infecției se realizează cu analogi nucleotidici/nucleozidici.
- E. Infecția cu virusul hepatitei D se poate dezvolta ca și co-infecție sau ca suprainfecție asociată virusului hepatic C.
79. Terapia antivirală orală de elecție pentru VHB este reprezentată de următoarele medicamente:
- Entecavir
 - Glecaprevir
 - Tenofovir
 - Interferon pegylat alfa-2a
 - Sofosbuvir/Ledipasvir
80. Selectați afirmațiile corecte referitoare la terapia antivirală orală pentru infecția VHC:
- Agenții antivirali cu acțiune directă elimină virusul la mai mult de 95% din pacienți
 - Aceste medicamente ținesc enzimele din interiorul virusului, de obicei polimeraza, proteina NS5a sau proteaza NS3/4
 - Durata tratamentului variază între 8-12 săptămâni în funcție de prezența sau absența cirozei
 - Terapia de „salvare” se poate realiza cu sofosbuvir/velpatasvir și cu inhibitorul pangenotipic de protează voxilaprevir
 - Terapia antivirală orală se realizează cu analogi nucleotidici (Entecavir/Tenofovir)
81. Tratamentul infecției VHC poate include următorii agenți antivirali, cu excepția:
- Sofosbuvir/ Ledipasvir
 - Glecaprevir
 - Entecavir
 - Lamivudina
 - Sofosbuvir/ Velpatasvir
82. *Cauze intrahepatice de hipertensiune portală sunt următoarele, cu excepția:
- Colangita biliară primitivă
 - Sindromul Budd-Chiari
 - Ciroză
 - Tromboza venei porte
 - Fibroză hepatică congenitală
83. *Selectați patologia în care gradientul albumină ser-ascită este crescut >11g/L:
- Pancreatită

- B. Hipertensiune portală
 - C. Tuberculoză peritoneală
 - D. Sindrom nefrotic
 - E. Carcinomatoză peritoneală
84. *Selectați medicația vasoconstrictoare ce poate fi administrată unui pacient cu ciroză hepatică și hemoragie variceală:
- A. Propranolol
 - B. Terlipresina
 - C. Carvedilol
 - D. Eplerenona
 - E. Rifaximina
85. *Tabloul clinic din hemocromatoză include următoarele manifestări, cu excepția:
- A. Pigmentarea bronzantă a pielii
 - B. Diabet zaharat
 - C. Hepatomegalie
 - D. Prurit supărător fluctuant
 - E. Hipogonadismul secundar
86. *Rifaximina este:
- A. Diuretic de ansă
 - B. Antibiotic semisintetic cu efect benefic în profilaxia secundară a encefalopatiei portosistemice
 - C. Agent vasoconstrictor cu rol în tratamentul hemoragiei variceale
 - D. Cefalosporină de generația a III-a
 - E. Toate variantele sunt greșite
87. *Ce investigație serologică este caracteristică pentru diagnosticul de colangita biliară primitivă?
- A. Autoanticorpii pANCA (anticorpi anti-citoplasma polinuclearelor neutrofile)
 - B. Anticorpii anti-nucleari (ANA) (titru >1:80):
 - C. Anticorpii anti-mușchi neted (anti-actină). (titru >1:80):
 - D. Anticorpii anti-ficat/rinichi de tip microzomal (antiLKM1)
 - E. Anticorpi mitocondriali - AMA (în titru>1:160) anticorpul M2 este 98% specific
88. *Următoarele cauze de ciroză hepatică sunt mai puțin comune, cu excepția:
- A. Fibroza chistică
 - B. Sindromul Budd-Chiari

- C. Ficatul gras non-alcoolic (NAFLD)
D. Ciroza biliară secundară
E. Colangita biliară primitivă
89. *Diureticul de elecție folosit în ciroza hepatică este:
A. Furosemid
B. Spironolactona
C. Eplerenona
D. Vaptanii
E. Nici o variantă nu este corectă
90. *Selectați afirmația corectă referitoare la colangita sclerozantă primitivă:
A. Modificările biliare tipice pot fi identificate prin M RCP
B. Acidul ursodeoxicolic reprezintă terapia de elecție
C. Reprezintă o cauză comună pentru apariția cirozei hepatice
D. Anticorpilor anti-mitocondriali serici (AMA) se regăsesc la aproape toți pacienții
E. Manifestările autoimune precum sclerodermia, tiroidita apar cu frecvență crescută
91. Clasificarea Child-Pugh modificată cuprinde următorii parametri:
A. Valoarea trombocitelor
B. Prezența și severitatea ascitei
C. Gradul varicelor esofagiene
D. Nivelul albuminei serice (g/L)
E. Timpul de protrombină (secunde peste normal)
92. Colangita biliară primitivă se caracterizează biologic prin:
A. Fosfatază alcalină serică crescută
B. Colesterolul seric este scăzut
C. Anticorpilor mitocondriali sunt prezenți la peste 95% dintre pacienți
D. IgM seric poate fi foarte crescut
E. Anticorpilor mitocondriali sunt negativi
93. Complicațiile cirozei hepatice sunt reprezentate de:
A. Ascită
B. Sindromul hepatopulmonar
C. Crioglobulinemia
D. Encefalopatia portosistemică
E. Carcinomul hepatocelular

94. Tratamentul pacientului cu hemoragie variceală include:
- A. Endoscopia de urgență cu bandare variceală sau scleroterapia varicelor
 - B. Transfuzie de sânge cu o hemoglobină țintă de 90 g/L
 - C. Sondă Sengstaken ca primă opțiune de hemostază
 - D. Terapie cu vasoconstrictoare
 - E. Antibioterapie profilactică
95. Factorii precipitanți ai encefalopatiei portosistemice sunt:
- A. Constipația
 - B. Hemoragia gastrointestinală
 - C. Regimul bogat în lipide
 - D. Proceduri chirurgicale
 - E. Medicație deprimantă a sistemului nervos central
96. Următoarele afirmații cu privire la ciroza hepatică sunt false:
- A. Hepatita autoimună, boala Wilson, colangita biliară primitivă sunt cauze frecvente de ciroză hepatică
 - B. Ecografia este utilă pentru depistarea HCC
 - C. Endoscopia este utilă doar pentru tratamentul episodului acut de sângerare variceală
 - D. Scăderea albuminei și a sodiului seric sunt indicatori de prognostic nefavorabil în ciroză
 - E. Prognosticul poate fi apreciat cu ajutorul clasificării Child-Pugh sau a scorului MELD
97. Cirroza macronodulară prezintă următoarele caracteristici:
- A. Nodulii de regenerare au dimensiuni variabile
 - B. Este adesea cauzată de hepatite virale cronice
 - C. Nodulii de regenerare au de obicei dimensiuni < 3 mm
 - D. Este adesea cauzată de alcool
 - E. Este adesea cauzată de boli ale arborelui biliar
98. Selectați indicatorii de prognostic nefavorabil în ciroză din următoarele analize de laborator:
- A. Sodiu seric scăzut <125 mmol/L
 - B. Albumina serică scăzută
 - C. Timp de protrombină prelungit >6 sec peste valoarea normală
 - D. Creatinina serică crescută
 - E. Timp de protrombină prelungit >3 sec peste valoarea normală

99. Selectați cauzele frecvente pentru apariția cirozei hepatice:
- Colangita biliară primitivă
 - Abuzul de alcool
 - Hepatita cronică B±D
 - Ficatul gras non-alcoolic
 - Hepatita cronică C
100. Următoarele patologii prezintă indicație pentru transplantul hepatic:
- Insuficiență hepatică acută de orice cauză
 - Hepatita acută alcoolică severă
 - Pacienții cu colangită biliară primitivă atunci când bilirubina serică este crescută constant $>100 \mu\text{mol/L}$
 - Pacienții cu ciroză în stadiu final (Child gradul C scorul MELD ≥ 20 scorul UKELD ≥ 49)
 - Pacienții cu ciroză în stadiu final (Child gradul A scorul MELD ≥ 20 scorul UKELD ≥ 49)
101. Scorul MELD cuprinde următorii parametri biologici, cu excepția:
- INR
 - Creatinina serică
 - Bilirubina serică
 - Albumina serică
 - AST
102. Tratamentul ascitei la pacientul cu ciroză hepatică include:
- Restricția hidrică dacă sodiul seric este $<128 \text{ mmol/L}$
 - Paracenteza este tratamentul de primă intenție
 - Diuretice
 - Paracenteza pentru ascita sub tensiune sau când terapia diuretică este insuficientă
 - Medicamentele care scad retenția de sodiu (AINS, corticosteroizi).
103. Următoarele afirmații referitoare la peritonita bacteriană spontană (PBS) sunt corecte:
- Paracenteza diagnostică trebuie efectuată întotdeauna.
 - cele mai frecvente microorganisme infectante sunt Escherichia coli, Klebsiella sau enterococii.
 - PBS apare la până la 50% dintre pacienții cu ascită.
 - Tratamentul include antibiotic cu spectru larg și asociere de perfuzii cu soluții de albumină umană.
 - Prevenția secundară cu norfloxacin 400 mg pe zi prelungește supraviețuirea.

104. Tabloul clinic din encefalopatia portosistemică poate include:
- A. Fetor hepaticus
 - B. Flapping tremor
 - C. Ascită în tensiune
 - D. Apraxia constructivă
 - E. Scăderea calității funcției intelectuale
105. Aspectul serocitrin al lichidului de ascită poate să apară în cadrul următoarelor patologii:
- A. Ciroză
 - B. Pancreatita cronică
 - C. Insuficiență cardiacă congestivă
 - D. Obstrucția canalului limfatic principal
 - E. Sarcină ectopică ruptă
106. Selectați contraindicațiile absolute pentru transplantul hepatic:
- A. Lipsa angajamentului psihologic din partea pacientului
 - B. Metastazele hepatice (cu excepția celor neuroendocrine)
 - C. Tromboza venoasă splanhnică extinsă
 - D. Vârsta sub 70 ani
 - E. Tumori maligne extrahepatice
107. Următoarele afirmații despre șuntul portosistemic transjugular intrahepatic (TIPS) sunt adevărate:
- A. Reduce presiunea hepatică sinusoidală și din vena portă prin crearea unei șuntări eficiente
 - B. Crește riscul de encefalopatie portală
 - C. Se utilizează dacă șuntul portosistemic chirurgical nu este posibil
 - D. Este utilizat atunci când sângerarea variceală nu poate fi controlată acut sau la resângerare
 - E. Stenoza sau tromboza de stent sunt frecvente
108. Prevenirea sângerării variceale recurente – profilaxia secundară poate fi efectuată cu ajutorul următoarelor medicamente:
- A. Terlipresina
 - B. Somatostatina
 - C. Propranolol
 - D. Carvedilol

E. Metoprolol

109. Tratatamentul encefalopatiei portosistemice include:
- Identificarea și eliminarea oricărei cauze precipitante
 - Administrarea de purgative
 - Administrarea de antibiotice precum Neomicina
 - Oprirea sau reducerea terapiei diuretice
 - Tratarea infecției
110. Selectați afirmațiile corecte despre sindromul hepatorenal:
- Apare la pacienții cu ciroză avansată, hipertensiune portală, icter și ascită
 - Terapia diuretică trebuie continuată, uneori fiind necesară creșterea dozelor de diuretic
 - În patogeneză au fost incriminați eicosanoizii
 - Hipovolemia intravasculară trebuie corectată de preferință cu albumină
 - Transplantul hepatic este cea mai bună opțiune
111. Următoarele patologii pot fi asociate colangitei biliare primitive:
- Sclerodermia
 - Keratoconjunctivita sicca
 - Tiroidita
 - Rectocolita ulcero-hemoragică
 - Boala celiacă
112. Următoarele afirmații privind hemocromatoza ereditară sunt adevărate:
- Reprezintă depunerea excesivă de fier în diferite organe
 - 30% dintre pacienții cu ciroză vor dezvolta carcinom hepatocelular
 - Testarea genetică este rareori necesară pentru diagnosticul de certitudine
 - Testele de laborator pot evidenția fierul seric crescut, feritina crescută și biochimie hepatică adesea normală
 - Biopsia hepatică este obligatorie pentru diagnostic
113. Boala Wilson se caracterizează prin următoarele afirmații:
- Este o afecțiune autozomal recesivă
 - Scăderea ceruloplasminei serice prezintă la peste 80% dintre pacienți
 - Un semn specific este inelul Kayser-Fleischer
 - Cupremia și ceruloplasmina sunt de obicei crescute
 - Cuprul urinar este scăzut

114. Conform clasificării Child-Pugh se acordă 2 puncte modificării următorilor parametri:
- A. Encefalopatie absentă
 - B. Ascită moderată/severă
 - C. Albumină (g/L) 28-35
 - D. Ascită mică
 - E. Encefalopatie ușoară/moderată
115. Investigațiile utilizate pentru stabilirea etiologiei cirozei sunt:
- A. Determinarea markerilor virali
 - B. Ecografia abdominală
 - C. Determinarea imunoglobulinelor serice
 - D. Fibroscan
 - E. Determinarea autoanticorpilor serici
116. Măsurile terapeutice în cadrul unei hemoragii variceale la pacientul cirotic sunt:
- A. Tratament diuretic
 - B. Terapia vasoconstrictoare
 - C. Bandarea/ligatura elastică a varicelor esofagiene
 - D. Scleroterapia varicelor esofagiene
 - E. Hemocliparea varicelor esofagiene
117. Patogeneza sindromului ascitic în ciroza hepatică include:
- A. Retenția de sodiu și apă
 - B. Scăderea albuminei serice
 - C. Hipertensiunea portală
 - D. Sindromul hepatorenal
 - E. Infecțiile bacteriene

RĂSPUNSURI CAP. IV - GASTROENTEROLOGIE

- | | | |
|---------------|---------------|----------------|
| 1 A, C, D | 40 D, E | 79 A, C |
| 2 C, D | 41 A, B, D | 80 A, B, C, D |
| 3 E | 42 A, B, C | 81 C, D |
| 4 D | 43 A, B, D | 82 D |
| 5 C | 44 A, C, E | 83 B |
| 6 B, C, D | 45 A, B, C | 84 B |
| 7 A, C, D | 46 B, E | 85 D |
| 8 A, C, E | 47 B, E | 86 B |
| 9 B, C, D, E | 48 A, B, D, E | 87 E |
| 10 A, D, E | 49 A, E | 88 C |
| 11 C, D | 50 A, D, E | 89 B |
| 12 C, D | 51 D | 90 A |
| 13 B, C | 52 B | 91 B, D, E |
| 14 A, B, D | 53 C | 92 A, C, D |
| 15 A, C, E | 54 E | 93 A, B, D, E |
| 16 B, C, E | 55 C | 94 A, D, E |
| 17 A, B, D | 56 B | 95 A, B, D, E |
| 18 D | 57 D | 96 A, C |
| 19 A, B, C | 58 A | 97 A, B |
| 20 A, B, E | 59 C | 98 A, B, C, D |
| 21 B | 60 B | 99 B, C, D, E |
| 22 B, C, D, E | 61 E | 100 A, B, C, D |
| 23 A, B, D | 62 C | 101 D, E |
| 24 B | 63 A | 102 A, C, D |
| 25 C, E | 64 A, C, E | 103 A, B, D, E |
| 26 A, C, E | 65 B, D, E | 104 A, B, D, E |
| 27 A, C, E | 66 A, B | 105 A, B, C |
| 28 B, C | 67 A, C, E | 106 A, B, E |
| 29 B, E | 68 B, C, D, E | 107 A, B, D |
| 30 A, C, D, E | 69 B, C, D | 108 C, D |
| 31 A, B, D, E | 70 A, B, D, E | 109 A, B, D, E |
| 32 A, B, C, D | 71 A, B, C, E | 110 A, C, D, E |
| 33 B, C, D | 72 A, C, D, E | 111 A, B, C, E |
| 34 B, C, D | 73 A, B, C | 112 A, B, D |
| 35 D, E | 74 A, B, C, D | 113 A, B, C |
| 36 A, B, C, E | 75 A, B, C, E | 114 C, D, E |
| 37 A, B, C, D | 76 A, B, D | 115 A, C, E |
| 38 B, D, E | 77 A, B, E | 116 B, C, D |
| 39 A, C | 78 A, B, C | 117 A, B, C |

FACULTATEA DE MEDICINĂ

B-ța Eftimie Murgu, nr. 2, cod 300041, Timișoara, România

Tel: +40256220484

Email: decanat.mg@umft.ro

www.umft.ro

CAP. V - NEFROLOGIE

1. *Sindromul Fanconi se asociază cu:
 - A. Disfuncție de tub contort distal
 - B. Disfuncție de duct colector
 - C. Pseudohipoaldosteronism
 - D. Sindromul secreției inadecvate de hormon antidiuretic hipofizar (SIADH)
 - E. Glucozurie, fosfaturie, aminoacidurie
2. *Factorul care influențează principal reglarea volumului extracelular este:
 - A. Nivelul ureei plasmatice - electrolit osmotiv activ
 - B. Concentrația sodiului
 - C. Nivelul potasiului – electrolit predominant extracelular
 - D. Ioni de magneziu
 - E. Nivelul de acizi organici
3. *Următorul medicament poate cauza retenție de sodiu, mai ales la pacienții cu funcție renală deja afectată:
 - A. Estrogenii
 - B. Diureticele de ansă
 - C. Amiloridul
 - D. Triamterenul
 - E. Blocanții de canale de calciu
4. *Diureticele cu efect de economisire a potasiului au următoarea utilizare clinică:
 - A. Hiperaldosteronism (primar și secundar)
 - B. Hipercalciurie
 - C. Alcaloza metabolică
 - D. Glaucom
 - E. Sindromul secreției inadecvate de ADH
5. *Care dintre următoarele este cauza de hiponatremie cu hipovolemie:
 - A. Hipotiroidismul
 - B. Polidipsia psihogenă
 - C. Sindromul secreției inadecvate de hormon antidiuretic hipofizar
 - D. Diareea
 - E. Insuficiența hepatică

6. *Este element cheie în tratamentul hiponatremiei:
 - A. Dacă pacientul este hipovolemic- considerați diuretic de ansă
 - B. Dacă pacientul are SIADH- soluție salină 0,9%
 - C. Dacă pacientul are hiponatremie simptomatică, se recomandă soluția salină 3%
 - D. Corecția trebuie să depășească 8 mmol în primele 24 h
 - E. Corecția lentă a hiponatremiei determină demielinizarea osmotică
7. *Următoarea afirmație este corectă cu privire la hipernatremie:
 - A. În hipernatremia severă nu se utilizează inițial soluție salină 0,9%
 - B. Poate apărea în contextul diabetului ininsipid nefrogen
 - C. Poate apărea în boala Addison
 - D. Poate apărea în hipotiroidism
 - E. Se va asocia cu osmolalitatea plasmatică redusă
8. *Cea mai frecventă cauză de hipokaliemie cronică este:
 - A. Tratamentul cu diuretice (mai ales tiazidice)
 - B. Sindromul Gordon
 - C. Hipoaldosteronismul hiporeninemic
 - D. Injuria renală acută
 - E. Rabdomioliza
9. *Este cauza de hiperkaliemie prin creșterea eliberării K din celule:
 - A. Administrarea de amilorid
 - B. Tratamentul cu ciclosporina
 - C. Sindromul Gordon
 - D. Liza tumorală
 - E. Deficitul de aldosteron
10. *Cel mai puternic predictor al mortalității la pacienții cu hiponatremie simptomatică este:
 - A. Hipopotasemia asociată
 - B. SIADH asociat
 - C. Hipoxia asociată
 - D. Acidoza asociată
 - E. Leziunea acută de rinichi asociată
11. *Intrarea potasiului în celula din mediul extracelular este stimulată de:
 - A. Acidoză
 - B. Lezarea celulară
 - C. Insulina

- D. Stimularea alfa-adrenergică
E. Rabdomioliza
12. *Tratamentul hipokaliemiei implică următoarele măsuri:
A. Tratamentul alcaloziei cu bicarbonat de sodiu hiperton 8,4%
B. Administrarea desmopresinei
C. Corticoterapie de urgență
D. Spironolactona/eplerenonă
E. Administrare de insulină și glucoză
13. Următoarele afirmații sunt adevărate despre apa totală din organism:
A. Reprezintă 50-60% la femei
B. Lichidul intracelular reprezintă 35% din masa slabă
C. Lichidul interstițial reprezintă 12%
D. Plasma reprezintă 4-5%
E. Lichidul cefalo-rahidian reprezintă 12%
14. Lichidul intracelular:
A. Conține în principal K
B. Conține în principal Na
C. Ionii de magneziu sunt osmotici activi
D. Ionii de magneziu sunt osmotici inactivi
E. Ionii de calciu sunt principalul factor osmotik intracelular
15. Compoziția electrolitică a plasmii este:
A. Na=142 mmol/l
B. K=2mmol/l
C. Ca^{2+} =2.5mmol/l
D. HCO_3^- =26mmol/l
E. Proteine=16mmol/l
16. Compoziția electrolitică a lichidului interstițial este:
A. Na=144 mmol/l
B. K=4 mmol/l
C. Ca^{2+} =2.5 mmol/l
D. HCO_3^- =30 mmol/l
E. Proteine=55 mmol/l
17. Compoziția electrolitică a lichidului intracelular este:

- A. $\text{Na}^+=10 \text{ mmol/l}$
 - B. $\text{K}^+=160 \text{ mmol/l}$
 - C. $\text{Ca}^{2+}=1.5 \text{ mmol/l}$
 - D. $\text{HCO}_3^-=26 \text{ mmol/l}$
 - E. Proteine=55 mmol/l
18. Receptorii de volum extrarenali sunt la nivelul:
- A. Atriului stang
 - B. Venelor toracice majore
 - C. Corpului sinusului carotidan
 - D. Arcului aortic
 - E. Arteriolelor glomerulare aferente
19. O încărcare cu sare va duce la:
- A. Creșterea volumului circulant efectiv
 - B. Scăderea volumului extracelular
 - C. Crește presiunea de perfuzie renală
 - D. Scade secreția de renină
 - E. Crește secreția de aldosteron
20. Un aport scăzut de sare va duce la:
- A. Creșterea volumului circulant efectiv
 - B. Scăderea volumului extracelular
 - C. Crește presiunea de perfuzie renală
 - D. Scade secreția de renină
 - E. Crește secreția de aldosteron
21. În următoarele afecțiuni apar edeme:
- A. Insuficiența cardiacă
 - B. Hipertensiune arterială
 - C. Ciroza hepatică
 - D. Hipoalbuminemie
 - E. Sindromul acut de deshidratare
22. Funcțiile majore ale tubului contort proximal sunt:
- A. Reabsorbție solviți
 - B. Secreție/absorbție de urați
 - C. Secreția medicamentelor
 - D. Secreția de potasiu

- E. Secreția de renina
23. Boli asociate cu patologie a tubului contort proximal:
- A. Sindrom Fanconi
 - B. Sindrom Barter
 - C. Sindrom Gitelman
 - D. Acidoza tubulară renală tip 2
 - E. Acidoza tubulară renală tip 1
24. La nivelul ductului colector are loc:
- A. Secreție de sodiu
 - B. Absorbție de sodiu
 - C. Secreție de apă
 - D. Absorbție de apă
 - E. Secreție de potasiu
25. Boli asociate cu patologia tubului colector:
- A. Sindrom Fanconi
 - B. Sindrom Barter
 - C. Sindrom Liddle
 - D. Pseudohiperaldosteronism tip 1
 - E. Diabet insipid nefrogen
26. După principiile lui Starling, distribuția volumului extracelular depinde de:
- A. Tonusul venos
 - B. Permeabilitate capilară
 - C. Tensiunea arterială
 - D. Presiunea oncotică
 - E. Drenajul limfatic
27. Care sunt efectele nedorite ale diureticelor de ansă?
- A. Retenție de urați
 - B. Hipopotasemie
 - C. Hiperpotasemie
 - D. Scaderea toleranței la glucoză
 - E. Creșterea toleranței la glucoză
28. Care dintre următoarele medicamente pot cauza retenție de sodiu?
- A. Diureticele

- B. Estrogenii
 - C. Mineralocorticoizii
 - D. Antiinflamatoarele nesteroidiene
 - E. Tiazolidindionele
29. Diuretice cu efect de economisire al potasiului sunt:
- A. Acetazolamida
 - B. Lixivaptan
 - C. Bumetanida
 - D. Amilorid
 - E. Triamteren
30. Care sunt cauze de hiponatremie cu volum extracelular normal?
- A. Sindromul secreției inadecvate de hormone antidiuretic hipofizar
 - B. Eliberarea anormală de hormone antidiuretic
 - C. Vărsături
 - D. Boala renală tubulointerstițială
 - E. Bolile psihice
31. Care sunt cauze de hipokaliemie?
- A. Diuretice de ansă
 - B. Sindrom Conn
 - C. Sindrom Gitelman
 - D. Acidoza tubulară renală tip 1 și 2
 - E. Injuria renală acută
32. Care dintre următoarele acțiuni sunt specifice managementului de urgență în hiperkaliemie?
- A. Monitorizare ECG și acces i.v.
 - B. Administrare de patiromer
 - C. Corectarea acidozei severe
 - D. Administrarea de 10 ml gluconate de calciu 10% i.v. în 5 minute
 - E. Hemodializa sau dializa peritoneală
33. Hipotensiunea posturală poate apărea în următoarele situații:
- A. Diabet zaharat
 - B. Boala Parkinson
 - C. Administrarea de nitrați
 - D. Repaus la pat prelungit

- E. Aport crescut de sare
34. Dintre efectele nedorite ale diureticelor de ansă se numără:
- A. Hipopotasemia
 - B. Hipercalciuria
 - C. Hipermagneziemia
 - D. Ototoxicitate
 - E. Hiperpotasemie
35. Următoarele afirmații sunt adevărate privitor la diureticele economisitoare de potasiu de tipul antagoniștilor de aldosteron:
- A. Cresc reabsorbția de sodiu
 - B. Nu se recomandă în insuficiența cardiacă
 - C. Antagonizează efectul fibrotic al aldosteronului asupra inimii
 - D. Eplerenona este lipsită de proprietăți antiandrogenice
 - E. Sunt reprezentați de metolazol și indapamid
36. Hiponatremia cu euvolemie poate apărea în următoarele situații clinice:
- A. Hipotiroidism
 - B. Tratament antidepresiv
 - C. Boala Addison
 - D. Hemoragie acută
 - E. Diureza osmotică
37. Pentru evitarea sindromului de demielinizare osmotică se recomandă:
- A. Corecția rapidă a potasiului seric
 - B. Corecția rapidă a hiponatremiei
 - C. Creșterea lentă a Na seric
 - D. Creșterea plasmatică a sodiului cu maxim 8 mmol/L/zi
 - E. Administrarea diureticelor tiazidice sau de ansă
38. Următoarele pot fi cauze de hipokaliemie:
- A. Diaree severă
 - B. Sintromul Liddle
 - C. Rabdomioliza
 - D. Cetoacidoza diabetică
 - E. Acidoza tubulară renală tipurile 1 și 2
39. Următoarele afirmații sunt adevărate în ceea ce privește tratamentul hiperkaliemiei:

- A. Ionii de calciu protejează de efectele hiperkaliemiei, dar nu modifică concentrația potasiului
- B. Patiomerul leagă potasiul în tractul gastrointestinal
- C. E necesară corecția alcalozei metabolice concomitente cu NaHCO_3 1,26%
- D. Se administrează Insulină + glucoză intravenos
- E. Poate necesita efectuarea hemodializei
40. Cauzele hiponatremiei cu hipovolemie și sodiu urinar sub 20 mmol/l sunt:
- A. Vărsăturile
- B. Diureticele
- C. Boala renală tubulo-interstițială
- D. Hemoragiile
- E. Diareea
41. Cauze de hipernatremie pot fi:
- A. Deficit de hormon antidiuretic
- B. Deficit de aport hidric
- C. Polidipsia psihogenă
- D. Boala Addison
- E. Hipotiroidismul
42. Următoarele investigații se modifică în hipernatremie:
- A. Osmolalitate plasmatică este scăzută
- B. Osmolalitate urinară mai mică decât cea plasmatică indică diabetul insipid
- C. Osmolalitatea urinară crește după administrarea desmopresinei în diabetul pituitar
- D. Osmolalitatea urinară este scăzută în diureza osmotică
- E. Osmolalitatea urinară este crescută în socul termic
43. Sindromul Liddle are următoarele caracteristici:
- A. Hipokaliemie și acidoză
- B. Hipokaliemie și alcaloză
- C. Producție redusă de renină
- D. Hipertensiune arterială
- E. Producție redusă de aldosteron
44. Din punct de vedere clinic, hipokaliemia se poate asocia cu:
- A. Creșterea frecvenței extrasistolelor atriale și ventriculare
- B. Slăbiciune musculară
- C. Sindrom de demielinizare osmotică

- D. Poliurie, polidipsie, sete
E. Febra
45. Următoarele sunt cauze de hiperkaliemie prin creșterea eliberării K din celule:
A. Deficitul de aldosteron
B. Sindromul Gordon
C. Liza tumorală
D. Cetoacidoza diabetică
E. Rabdomioliza
46. Următoarele sunt cauze de hiponatremie cu hipervolemie:
A. Diabetul insipid hipofizar
B. Diabetul insipid nefrogen
C. Insuficiența cardiacă
D. Insuficiența hepatică
E. Hipoalbuminemia
47. Care sunt semnele clinice de scădere a volumului extracelular:
A. Hipotensiune posturală
B. Turgorul cutanat
C. Presiunea jugulară venoasă crescută
D. Venospasticitate periferică
E. Hipertensiune arterială
48. *În ecuația Henderson-Hasselbalch, pK are valoarea de:
A. 5,9
B. 6
C. 6,1
D. 6,2
E. 6,3
49. *În acidoza respiratorie apare următoarea modificare:
A. pH crescut
B. pCO₂ foarte scăzut
C. pCO₂ normal
D. HCO₃⁻ crescut
E. HCO₃⁻ scăzut
50. *Următoarea caracteristică se întâlnește în acidoza tubulară de tip 4:

- A. Hipokalemie
 - B. Nivel plasmatic redus de clor și crescut de bicarbonat
 - C. Nivel bazal scazut de aldosterone în 24 de ore
 - D. Test anormal de stimulare al hormonului adrenocorticotrop
 - E. Corecția hiperkalemiei cu 0,1m furosemide
51. *Valoarea normală a gaurii anionice este de:
- A. -2 – 2 mmol/L
 - B. 2-6mmol/l
 - C. 5-12 mmol/l
 - D. 12-16mmol/L
 - E. 15-21mmol/L
52. *Acidul carbonic este disociat în dioxid de carbon și apa în prezența:
- A. Anhidrazei carbonice
 - B. Amilazei carbonice
 - C. Glutaraldehidoxidazei carbonice
 - D. Lipazei carbonice
 - E. Aldosteronului
53. Celulele principale de la nivelul tubului colector:
- A. Au receptori pentru absorbția Na
 - B. Reabsorb Na și H₂O și secretă K
 - C. Reabsorb K și secretă Na și H₂O
 - D. Răspund la acțiunea aldosteronului
 - E. Sunt rezistente la acțiunea aldosteronului
54. Cauze de acidoză metabolică sunt:
- A. Acidoza tubulară renală tip 2
 - B. Catabolism accentuat al lizinei
 - C. Bronhopneumopatia cronică obstructivă
 - D. Tratament cu acetazolamide
 - E. Acidoza tubulară renală de tip 4
55. Cauzele acidozei tubulare renale distale de tip 1 sunt:
- A. Sindrom Marfan
 - B. Sindrom Ehler-Danlos
 - C. Consum de Amfotericina B
 - D. Consum de AINS

- E. Sindrom Henderson-Hasselbalch
56. Acidoza cronică din boala renală cronică:
- A. Scade capacitatea de excreție a amoniacului
 - B. Crește capacitatea de excreție a H^+
 - C. Poate duce la osteodistrofie renală
 - D. Se corectează de obicei prin dializă
 - E. Boala tubulară produce retenție de bicarbonat
57. Acidoza tubulară renală de tip 1 (“distală”) este caracterizată prin:
- A. Alcaloză
 - B. Acidoză
 - C. Producție urinară scăzută de amoniu
 - D. Producție urinară crescută de amoniu
 - E. Imposibilitatea de a scădea pH-ul urinar sub 5,3 în ciuda prezenței acidozei sistemice
58. Următoarele sunt cauze de acidoză metabolică cu gaura anionică crescută:
- A. Cetoacidoza diabetică
 - B. Supradozajul de salicilați
 - C. Depleția de potasiu/exces de mineralocorticoizi
 - D. Statusul hipercalcemic
 - E. Ingestia de etilenglicol
59. Despre reabsorbția renală a bicarbonatului putem afirma următoarele:
- A. HCO_3^- plasmatic este în mod normal menținut la valoarea de aproximativ 25 mmol/L
 - B. Tubul contort distal este responsabil de aproximativ 85-90% din reabsorbția bicarbonatului filtrat
 - C. Reabsorbția bicarbonatului este catalizată de pompa de Na^+/K^+ -ATPază
 - D. Este prezentă o mai mare cantitate de anhidrază carbonică intraluminal la nivelul tubului distal
 - E. HCO_3^- plasmatic este în mod normal menținut la valoarea de aproximativ 45 mmol/L
60. Cauzele acidozei metabolice cu gaura anionică normală sunt:
- A. Acidoza tubulară renală distală (tip 1)
 - B. Acidoza tubulară renală tip 4
 - C. Creșterea producției de HCl
 - D. Catabolismul scăzut al argininei și lizinei
 - E. Ingestia de clorură de amoniu

61. Cationii prezenți în mod normal în plasma sunt:
- Cl^-
 - HCO_3^-
 - Na^+
 - K^+
 - Mg^{2+}
62. Care circumstanțe favorizează sinteza de amoniac la nivelul celulelor tubilor proximali?
- Hiperpotasemia
 - Hipopotasemia
 - Alcaloza respiratorie
 - Acidoza systemică
 - Alcaloza metabolică
63. Următoarele modificări gazometrice sunt întâlnite în alcaloza metabolică:
- HCO_3^- scăzut
 - HCO_3^- crescut
 - PaCO_2 scăzut
 - PaCO_2 crescut
 - pH normal sau crescut
64. Următoarele modificări gazometrice sunt întâlnite în acidoza metabolică:
- HCO_3^- scăzut
 - HCO_3^- crescut
 - PaCO_2 scăzut
 - PaCO_2 crescut
 - pH normal sau crescut
65. Următoarele modificări gazometrice sunt întâlnite în acidoza respiratorie:
- HCO_3^- scăzut
 - HCO_3^- crescut
 - PaCO_2 scăzut
 - PaCO_2 crescut
 - pH normal sau crescut
66. Următoarele modificări gazometrice sunt întâlnite în alcaloza respiratorie:
- HCO_3^- scăzut
 - HCO_3^- crescut
 - PaCO_2 - scăzut

- D. PaCO_2 - crescut
E. pH normal sau crescut
67. *Leziunea structurală inițială în nefropatia diabetică este reprezentată de:
- Glomeruloscleroză avansată
 - Apariția materialului hialin
 - Îngroșarea membranei bazale glomerulare
 - Semilune
 - Glomeruloscleroza nodulară (leziunea Kimmerlstiell-Wilson)
68. *Tratamentul nefropatiei diabetice constă în:
- Începerea imunosupresiei
 - Corticoterapie
 - Corticoterapie + imunosupresie
 - Controlul glicemic atent
 - Azatioprina
69. *Majoritatea pacienților cu glomerulopatie membranoasă idioapatică prezintă următorul tip de autoanticorpi:
- Anticorpi antinucleari
 - Anticorpi anti-Sm
 - Anticorpi anti membrane bazală glomerulară
 - ANCA
 - PLA2R
70. *Următorul tip de glomerulonefrită rapid progresivă (GNRP) prezintă model imunofluorescent negativ:
- Vasculitele sistemice asociate ANCA
 - GNRP mediat de complex imun idiopatic
 - Nefropatia IgA
 - GN mezangiocapilară
 - Sindromul Goodpasture
71. *Principalele celule implicate în sindromul nefrotic sunt:
- Celulele endoteliale
 - Podocitele
 - Acantocitele
 - Celulele mezangiale
 - Miofibroblastii

72. *Leziunile Kimmelstiel-Wilson sunt caracteristice următoarei clase de nefropatie diabetică (conform Clasificării Societății de Patologie Renală (Rena Pathology Society):
- A. III
 - B. IIa
 - C. IIb
 - D. I
 - E. Ib
73. *Sindromul nefrotic se caracterizează prin următoarele, cu excepția:
- A. Hipoalbuminemie
 - B. Edeme
 - C. Dislipidemie
 - D. Proteinurie >3,5g/zi
 - E. Proteinurie <3,5g/zi
74. *Conform clasificării Societății de Patologie Renală, clasa IIb a nefropatiei diabetice prezintă:
- A. Expansiune mezangială ușoară
 - B. Leziune Kimmelstiel-Wilson
 - C. Glomeruloscleroză globală
 - D. Expansiune mezangială severă
 - E. Îngroșare izolată a MBG
75. *Semiluna se definește ca:
- A. Depozite mezangiale de IgA1 polimerice
 - B. Îngroșare a MBG
 - C. Depunere de amiloid în mezangiu
 - D. Depozite eozinofilice în mezangiu
 - E. Agregat de macrofage și celule epiteliale în spațiul Bowman
76. *Cu privire la tipurile de GNRP, modelul imunofluorescent negativ (GNRP pauci-imun) include:
- A. Crioglobulinemie
 - B. Vasculite sistemice asociate ANCA
 - C. Lupus eritematos sistemic
 - D. Sindromul Goodpasture
 - E. Sindromul Alport

77. *Pozitivarea anticorpilor PLA2R sugerează:
- A. Vasculita sistemică ANCA pozitiv
 - B. Glomerulonefrită anti-MBG
 - C. Glomerulonefrită membranoasă idiopatică
 - D. Nefropatie diabetică
 - E. Nefropatie asociată HIV
78. Bariera de filtrare glomerulară este alcătuită din:
- A. Epiteliul vascular
 - B. Membrana bazală glomerulară
 - C. Podocite
 - D. Endoteliul fenestrat
 - E. Matrice mezangială
79. Următoarele fac parte din cele patru sindroame glomerulare majore cel mai frecvent descrise:
- A. Sindromul nefrotic
 - B. Sindromul poliuric
 - C. Hematurie asimptomatică
 - D. Prezentări mixte nefritice/nefrotice
 - E. Sindromul nefritic
80. Se consideră glomerulopatii asociate sindromului nefrotic:
- A. Nefropatia membranoasă
 - B. Nefropatia diabetică
 - C. Glomerulonefrită acută
 - D. Vasculita ANCA
 - E. Nefropatia cu leziuni minime
81. Următoarele afirmații sunt adevărate cu privire la glomeruloscleroza focală și segmentară:
- A. Tratamentul de prima linie la adulți presupune administrare de Ciclofosamidă, Clorambucil sau Azatioprină
 - B. Varianta histologică clasică a GSFS presupune prezența de segmente sclerotice dispune în întreg glomerulul
 - C. GSFS primară se prezintă de obicei prin proteinurie masivă, hematurie, hipertensiune și insuficiență renală
 - D. Nu recidivează pe rinichiul transplantat
 - E. Prednisolon 0,5-2mg/kg pe zi este utilizat ca tratament la majoritatea pacienților

82. Următoarele se consideră cauze de glomerulonefrită membranoasă secundară:
- A. Hepatita C
 - B. Cancerele
 - C. Sarcoidoză
 - D. AINS
 - E. Diabetul
83. Următoarele afirmații cu privire la amiloidoză sunt adevărate:
- A. Imagistic rinichii sunt de dimensiuni reduse
 - B. În colorația Roșu de Congo depozitele eozinofilice se colorează roz
 - C. Macroglosia apare în aproximativ 10% din cazurile cu amiloidoză AL
 - D. Afectarea cardiacă este frecventă în amiloidoză AA
 - E. Amiliodozele familiale au transmitere autosomal dominantă
84. Tratatamentul glomerulopatiei membranoase presupune:
- A. Administrare de corticosteroizi orali singuri
 - B. Administrare IECA în doza maximă tolerată
 - C. Administrare de Clorambucil (lunile 2,4,6) alternativ cu Prednisolon oral (lunile 1,3,5)
 - D. Administrarea de Rituximab este eficientă în inducerea remisiunii
 - E. Administrare de Azatioprină pentru inducerea remisiunii
85. Următoarele tipuri de GNRP se încadrează în modelul liniar imunofluorescent:
- A. GNRP mediat de complex imun idiopatic
 - B. Sindromul Goodpasture
 - C. Vasculite sistemice asociate ANCA
 - D. GNRP mediat de anticorpi idiopatic anti-MBG
 - E. Lupus eritematos sistemic
86. Nefrita acută se prezintă clasic ca :
- A. Proteinurie
 - B. Hipertensiune
 - C. Hematurie macroscopică sau microscopică cu cilindrii eritrocitari la microscopia urinară
 - D. Edem
 - E. Leucociturie
87. Se consideră boli asociate frecvent sindromului nefritic acut:
- A. Lupus eritematos sistemic
 - B. Sindromul Henoch-Schonlein

- C. Glomeruloscleroză focală și segmentară
D. Glomerulonefrita poststreptococică
E. Nefropatia diabetică
88. Următoarele afirmații despre Nefropatia cu IgA sunt false:
A. Apare mai frecvent la copii și bărbați tineri
B. Majoritatea cazurilor prezintă sindrom nefrotic intens
C. Amigdalectomia poate reduce proteinuria și hematuria la cei cu amigdalita recurentă
D. Tratamentul presupune administrare de corticosteroizi oral
E. Este interzisă administrarea IECA sau BRA
89. Tabloul clinic în Sindromul Alport cuprinde:
A. Hematurie
B. Proteinurie <1-2g/zi
C. Purpura
D. Surditate neurologică
E. Boala renală progresivă
90. Următoarele se consideră vasculite de vase mici care interesează rinichii:
A. Arterita Takayasu
B. Granulomatoza cu poliangită
C. Granulomatoza eozinofilică cu poliangită
D. Poliangita microscopică
E. Boala Kawasaki
91. Tratamentul glomerulonefritei anti-MBG implică:
A. Schimburi plasmatiche pentru îndepărtarea anticorpilor anti-MBG circulanți
B. Ciclofosfamida pentru a suprima sinteza suplimentară a anticorpilor
C. Micofenolat de mofetil pentru inducerea remisiunii
D. Corticosteroizi pentru suprimarea inflamației produsă de anticorpii deja depuși în țesut
E. Inhibitori SGLT2
92. Următoarele afirmații despre vasculitele de vase mici ANCA pozitive sunt adevărate:
A. Clinic se poate manifesta prin erupții purpurice sau ulceratii vasculitice
B. Medicamentele pot induce cel mai frecvent vasculita asociată cu MPO-ANCA
C. Nu asociază hemoragie pulmonară
D. Anticorpii ANCA nu pot apărea împreună cu anticorpii anti-MBG
E. Histologia este „standardul de aur” pentru diagnostic și prognostic

93. Tratatamentul bolii fulminante în vasculitele ANCA pozitive presupune:
- Intensificarea imunosupresiei
 - Asocierea plasmaferezei
 - Reducerea dozei de Prednisolon
 - Ciclosporina oral în doze maxime
 - Azatioprina pentru inducerea mai rapidă a remisiunii
94. Următoarele afirmații despre GNMC tip 1 sunt adevărate:
- Microscopic - aspect de „spița de roată”
 - Se poate instala secundar unei infecții cronice (abcès, endocardita)
 - La pacienții cu GNMC tip 1 idiopatic, fără afectare renală și fără proteinurie nu se administrează tratament
 - Mai este numită boala cu depozite dense
 - Nivelul seric al C 4 este scăzut
95. Caracteristicile renale extraglomerulare ale nefritei lupice includ:
- Nefrita tubulointerstitială
 - Valori C3 scăzute
 - Tromboza venoasă renală
 - Stenoza arterei renale
 - Hemoptizie
96. Conform clasificării nefritei lupice - Clasa IV-NL difuză - se caracterizează prin:
- >90% glomerului sclerozați
 - Progresie către sindrom nefrotic, hipertensiune și insuficiență renală
 - >50% din glomeruli cu leziuni segmentale și globale
 - Are un curs benign
 - Forma de manifestare cea mai frecventă și severă
97. Următoarele afirmații cu privire la tratamentul nefriei lupice se consideră adevărate:
- Nefrita lupică clasa V nu necesită tratament specific
 - Steroizii și dozele mari de ciclofosamidă cu administrare intravenoasă sau MMF pot fi folosiți ca terapie de inducție
 - În terapia de menținere a remisiunii este utilizat MMF sau Azatioprina
 - Nefrita lupică mezangială minimă necesită medicație imunosupresivă
 - Rituximabul nu este util în nefritele lupice refractare severe
98. Caracteristicile clinice sistemice în boala renală crioglobulinemică sunt:
- Artralgiile

- B. Fenomenele Raynaud
 - C. Polineuropatie
 - D. Sindrom Alport
 - E. Purpura
99. Următoarele afirmații cu privire la glomerulonefrită anti-MBG sunt adevărate:
- A. 2/3 din pacienți cu sindrom Goodpasture prezintă hemoragie pulmonară asociată
 - B. Ac. AntiMBG nu sunt prezenți în serul pacienților
 - C. Prognosticul este legat direct de gradul afectării glomerulare la debutul tratamentului
 - D. Aspectul tipic al sindromului Goodpasture la imunofluorescență este dat de prezența depozitelor liniare de anticorpi anti-MBG
 - E. Nu se utilizează corticosteroizi orali pentru tratament
100. Renoprotecția se realizează prin:
- A. Menținerea TA<130/80mmHg
 - B. Menținerea proteinuriei/24h > 1g/24h
 - C. Administrarea de statine
 - D. Administrare de anticoagulant
 - E. Întreruperea fumatului
101. Tabloul clinic caracteristic sindromului Henoch-Schonlein cuprinde:
- A. Colici abdominale
 - B. GN
 - C. Neuropatie periferică
 - D. Dureri articulare
 - E. Eritem malar
102. Proteinurie tranzitorie poate apărea în:
- A. Stări febrile
 - B. Insuficiența cardiacă congestivă
 - C. Sindrom Goodpasture
 - D. Boli infecțioase
 - E. Sindrom Alport
103. Urmatoarele sunt incluse sub termenul de gamapatie monoclonala cu semnificatie renala:
- A. Amiloidoza AL
 - B. Nefropatia lupica
 - C. GN crioglobulinemica

- D. Sindromul Henoch Schonlein
- E. GN fibrilara

104. Nefrita lupică – clasa IV- se caracterizează prin:
 - A. Progresie către sindromul nefrotic
 - B. Sunt prezente depozite subepiteliale
 - C. Implicarea a < 50% din glomeruli
 - D. Este cea mai frecventă formă de nefropatie lupică
 - E. Este o boală renală ușoară
105. Următoarele afirmații despre tratamentul nefritei lupice sunt adevărate:
 - A. Nefrita lupică de tip I necesită tratament cu steroizi
 - B. În terapia de menținere a remisiunii se poate utiliza ciclosporina
 - C. Rituximab-ul poate fi util în nefritele lupice refractare severe
 - D. Ca terapie a fazei de inducție în tipul II se folosește ciclofosfamida
 - E. Biopsia și histologia renală ghidează terapia
106. Vasculita cu imunoglobulina A (Sindromul Henoch Schonlein) cuprinde:
 - A. Odinofagia
 - B. Eruipția cutanată caracteristică
 - C. Durerile articulare
 - D. Glomerulonefrita
 - E. Colici abdominale
107. Următoarele sunt incluse sub termenul de gamapatie monoclonală cu semnificație renală:
 - A. Amiloidoza AL
 - B. Nefropatia membranoasă idiopatică
 - C. Nefropatia C3 cu paraproteinemie
 - D. Nefrita lupică tipul III, IV
 - E. Nefrita lupică sclerozantă avansată
108. Suspiciunea clinică a unei cauze non-diabetice a nefropatiei poate fi cauzată de:
 - A. Un istoric atipic
 - B. Absența retinopatiei diabetice
 - C. Hematurie
 - D. Albuminurie
 - E. Proteinuria de rang nefritic

109. Măsurile terapeutice de renoprotecție în nefropatia diabetică cuprind:
 - A. Atingerea unei ținte a tensiunii arteriale < 140/90 mmHg
 - B. Ținta proteinuriei < 0,3 g/24 ore
 - C. Ținta HbA1c < 6%
 - D. Efectuarea a 6 ședințe de plasmafereză
 - E. Controlul dislipidemiei
110. Următoarele medicamente pot induce vasculita asociată cu MPO-ANCA:
 - A. Propiltiouracil
 - B. Minociclina
 - C. Heparina nefracționată
 - D. Hidroxicloroquina
 - E. Ciclofosfamida
111. *Antiinflamatoarele non-steroidiene pot produce uneori următorul tip de glomerulopatie asociată cu nefropatie tubulo-interstițială:
 - A. Glomeruloscleroza focală și segmentară
 - B. Glomerulopatia cu leziuni minime
 - C. Glomerulonefrita membrano-proliferativă
 - D. Glomerulonefrita rapid progresivă
 - E. Nefropatia cu IgA
112. *Următoarele boli sistemice pot cauza nefrita tubulo-interstițială cronică:
 - A. Hiperoxaluria
 - B. Hiperuricemia
 - C. Hiperpotasemia
 - D. Sarcoidoza
 - E. Nefropatia de reflux
113. Următoarele afirmații despre NTI acută produsă de infecții sunt adevărate:
 - A. NTI poate complica infecții sistemice cu virusuri
 - B. NTI nu poate complica infecții sistemice cu bacterii
 - C. NTI nu poate complica infecții sistemice cu virusuri
 - D. Tratatamentul implică eradicarea infecției
 - E. În cazul pacienților transplantați, protocolul de imunosupresie trebuie ajustat
114. Sunt cauze metabolice de nefrită tubulo-interstițială cronică:
 - A. Siclemia
 - B. Hipouricemia

- C. Siclemia
D. Nefrocalcinoza
E. Hiperoxaluria
115. Tabloul clinic al nefropatiei analgetice poate cuprinde:
A. Hematurie
B. Infecții de tract urinar
C. Obstrucție de tract urinar
D. Ulcerații
E. Erizipel
116. Tratamentul nefropatiei analgetice presupune:
A. Folosirea unei alternative de tratament anti-algic sau antipiretic, precum diclofenacul sodic
B. Evitarea AINS
C. Inițierea terapiei cu Febuxostat
D. Incetinirea progresiei bolii
E. Inițierea pulsurilor de Ciclofosamidă
117. *Conform clasificării KDIGO (2012) a bolii cronice de rinichi, rata de filtrare glomerulară de 33 ml/min/1,73m², corespunde urmatorului stadiu:
A. G2
B. G3a
C. G3b
D. G4
E. G5
118. *Ținta hemoglobinei la pacienții cu anemie secundară bolii cronice de rinichi este cuprinsă între:
A. 80-100 g/l
B. 100-120 g/l
C. 120-140 g/l
D. > 140 g/l
E. 90-100 g/l
119. *Mecanismul principal al anemiei din boala cronică de rinichi este reprezentat de:
A. Pierderea gastro-intestinală
B. Deficitul de vitamina B12
C. Deficitul de folați

- D. Deficitul de eritropoetină
E. Hemoliza
120. *Pentru tratamentul dialitic de urgență se utilizează urmatorul abord vascular:
A. Cateter venos central tunelizat
B. Fistula arterio-venoasa radio-cefalică
C. Fistula arterio-venoasabrahio-cefalică
D. Cateter venos central temporar
E. Grefon sintetic arterio-venos
121. *Pentru corecția acidozei metabolice din boala cronică de rinichi se va administra:
A. Paricalcitol
B. Bicarbonat de sodiu
C. Clorura de potasiu
D. Eritropoetina
E. Chelatori de fosfat
122. *Un pacient cu boala cronică de rinichi, RFG 28 ml/min, raport albumina/creatinina urinară 25 mg/mmol este în stadiul:
A. G3aA3
B. G3bA1
C. G4A2
D. G5A1
E. G3bA1
123. *Ținta hemoglobinei serice la pacienții cu BCR:
A. Este de peste 120 g/L
B. Este între 100-120 g/L
C. Se atinge strict prin administrare de transfuzii
D. Se atinge strict prin administrare de agenți stimulatori ai eritropoiezei
E. Se atinge strict prin administrarea de fier
124. *La pacienții cu BCR se recomandă evitarea administrării:
A. Fier intravenos
B. Antiinflamatoare nesteroidiene
C. Agenților calcimimetici
D. Chelatorilor intestinali de fosfor
E. Agenților stimulatori ai eritropoiezei

125. *Este complicație tardivă a transplantului renal:
- Necroza tubulară acută
 - Ocluzia anastomozei venoase
 - Rejetul acut
 - Stenoza anastomozei arteriale
 - Tulburările limfo-proliferative
126. Următoarele modificări apar în tulburarea mineral osoasă asociată bolii cronice de rinichi:
- Modificări ale calciului
 - Modificări ale potasiului
 - Modificări ale fosforului
 - Modificări ale PTH-ului
 - Modificări ale sodiului
127. Agenții calcimimetici utilizați în boala cronică de rinichi au următoarele proprietăți:
- Se utilizează în tratamentul hiperpotasemiei
 - Suprimă nivelul de PTH
 - Previn malnutriția protein-calorică la pacienții cu boală cronică de rinichi
 - Au rol în scăderea produsului fosfo-calcic
 - Favorizează calcificările vasculare
128. Pruritul la pacienții cu boală cronică de rinichi se datorează:
- Hiperpotasemiei
 - Deficitului de eritropoetina
 - Acumulării produșilor de nitrogen reziduali rezultați din catabolismul proteic
 - Hiperparatiroidismului
 - Acidozei metabolice
129. Pentru a reduce fosforul la pacienții cu boală cronică de rinichi se aplică următoarele:
- Glucosa tamponată cu insulină
 - Diuretice tiazidice
 - Chelatori intestinali de fosfor
 - Restricție dietetică
 - Bicarbonat de sodiu administrat intravenos
130. Următoarele medicamente trebuie evitate la pacienții cu boală cronică de rinichi, datorită nefrotoxicității:
- Cefalosporinele de generația a III- a și a IV-a

- B. Blocantele canalelor de calciu
C. Furosemidul
D. Antiinflamatoarele non-steroidiene
E. Gentamicina
131. Conform clasificării KDIGO (2012) a bolii cronice de rinichi, pacienții sunt stadializați pe baza:
A. Ratei de filtrare glomerulară estimate
B. Greutății corporale
C. Albuminuriei
D. Indicelui gleznă-braț
E. Ratei de excreție a ureei
132. Următoarele boli vasculare sunt implicate în etiologia bolii cronice de rinichi:
A. Nefropatia endemic balcanică
B. Boala litiazică
C. Nefroscleroza hipertensivă
D. Boala renovasculară
E. Vasculite ale vaselor mici și medii
133. Tratamentul tulburării mineral osoase asociate bolii cronice de rinichi are ca scop următoarele modificări biochimice:
A. Reducerea fosforului seric
B. Controlul PTH-ului
C. Reducerea potasiului seric
D. Obținerea unui calciu seric normal
E. Scăderea creatininei serice
134. Următoarele anomalii endocrine pot fi întâlnite la pacienții cu boală cronică de rinichi:
A. Hiperprolactinemia
B. Amenoreea
C. Creșterea nivelului seric de testosteron
D. Scăderea spermatogenezei
E. Anomalii complexe în secreția și acțiunea hormonului de creștere
135. Următoarele afirmații privind pericardita uremică sunt adevărate:
A. Apare încă din stadiile incipiente (G1 și G2) ale bolii cronice de rinichi
B. Prezintă risc de tamponadă pericardică
C. Poate reprezenta un semn al dializei ineficiente

- D. Este un semn al uremiei severe
E. Poate să se remită cu dializa intensivă
136. Factorii de risc care conduc la dezvoltarea calcifilaxiei la pacienții cu boală cronică de rinichi sunt:
- A. Nivelul scăzut al fosforului seric
 - B. Hiperparatiroidismul
 - C. Utilizarea warfarinei
 - D. Utilizarea calcimimeticelor
 - E. Nivelul crescut al potasiului seric
137. Următoarele afirmații privind sindromul de dezechilibru de dializă sunt adevărate:
- A. Apare frecvent la pacienții care efectuează dializa peritoneală
 - B. Apare atunci când rata de eliminare a ureei în timpul ședințelor de dializă este prea rapidă
 - C. Apare atunci când se efectuează ședințe de hemodializă de scurtă durată
 - D. Poate fi evitat prin corecția graduală a uremiei prin ședințe de hemodializă scurte
 - E. Poate provoca edem cerebral
138. Următoarele imunosupresoare fac parte din clasa inhibitorilor de calcineurine:
- A. Prednison
 - B. Azatioprina
 - C. Ciclosporina
 - D. Tacrolimus
 - E. Daclizumab
139. Medicamentele utilizate în boala cronică de rinichi cu rolul de a scădea nivelul PTH-ului seric sunt reprezentate de:
- A. Alfacalcidol
 - B. Paricalcitol
 - C. Prednison
 - D. Cinacalcet
 - E. Blocanți ai canalelor de calciu
140. Următoarele boli glomerulare pot conduce la boala cronică de rinichi:
- A. Boala polichistică renală
 - B. Amiloidoza
 - C. Nefropatia de reflux
 - D. Glomeruloscleroza focală

- E. Nefrocalcinosis
141. Complicațiile abordului vascular la pacienții hemodializați cronic sunt reprezentate de:
- A. Malfuncție de cateter venos central
 - B. Tromboza de fistulă arterio-venoasă
 - C. Peritonita bacteriană spontană
 - D. Sângerare la nivelul abordului vascular
 - E. Osteoliza
142. Dializa peritoneală poate conduce la următoarele complicații:
- A. Peritonita sclerozantă
 - B. Peritonita bacteriană
 - C. Infecția orificiului de ieșire al cateterului
 - D. Infecția tunelului subcutan (tunelita)
 - E. Tromboza de fistulă arterio-venoasă
143. Inhibitorii de calcineurine, utilizați la pacienții cu transplant renal, pot conduce la următoarele efecte adverse:
- A. Nefrotoxicitate
 - B. Depleție severă a limfocitelor B
 - C. Hipertensiune arterială
 - D. Hiperparatiroidism primar
 - E. Amiloidoză renală
144. Rejetul acut la pacienții cu transplant renal este caracterizat prin:
- A. Apare o alterare a funcției renale în primele 3 luni
 - B. Apare cel mai frecvent la pacienții cu polichistoză renală
 - C. Biopsia renală este utilă pentru că poate confirma diagnosticul și de asemenea poate evidenția severitatea și tipul rejetului
 - D. Rejetul celular poate răspunde la doze mari de corticoizi intravenoși
 - E. De obicei apare după 10 ani de evoluție a bolii
145. Complicațiile precoce care pot surveni la pacienții transplantați renal sunt reprezentate de:
- A. Tumori maligne datorate tratamentului imunosupresor
 - B. Rejetul acut
 - C. Ocluzia sau stenoza anastomizei arteriale
 - D. Ocluzia anastomizei venoase
 - E. Osteoporoza

146. Următoarele afirmații privind anomaliile metabolice care apar la pacienții cu boala cronică de rinichi sunt adevărate:
- A. Uratul este reținut pe măsură ce rata de filtra glomerulară scade
 - B. Necesarul de insulină la pacienții diabetici crește pe măsură ce boala cronică de rinichi avansează
 - C. Colchicina poate fi folosită în timpul atacurilor acute de gută
 - D. Doze scăzute de Alopurinol sunt eficiente pentru prevenirea atacurilor de gută
 - E. Pot apărea anomalii ale metabolismului lipidelor
147. Factorii de risc pentru dezvoltarea calcifilaxiei la pacienții cu boală cronică de rinichi sunt reprezentați de:
- A. Hiperparatiroidismul
 - B. Tratamentul cu eritropoetină
 - C. Nivelul crescut al fosforului seric
 - D. Tratamentul cu chelatori de fosfați
 - E. Guta
148. Următoarele afirmații privind anemia din boala cronică de rinichi sunt adevărate:
- A. Mecanismul principal este deficitul de eritropoetină
 - B. De obicei anemia este hipocromă, microcitară
 - C. Tratamentul anemiei se face cu agenți stimulatori ai eritropoiezei umane sintetici
 - D. Ținta hemoglobinei la pacienții aflați în tratament trebuie să depășească 120 g/l
 - E. Hemodializa poate să cauzeze un anumit grad de hemoliză care să conducă la anemie
149. Complicațiile tardive care pot apărea la pacienții transplantați renal sunt reprezentate de:
- A. Bolile limfoproliferative
 - B. Rejetul acut
 - C. Osteoporoza
 - D. Recurența bolii renale de fond
 - E. Bolile cardiovasculare
150. Următoarele afirmații privind stadializarea bolii cronice de rinichi sunt adevărate:
- A. Boala cronică de rinichi prezintă 4 stadii
 - B. Stadiul G3 corespunde unei rate de filtrare glomerulară sub 15 ml/min/1,73m²
 - C. Pacienții sunt stadializați atât pe baza ratei de filtrare glomerulară cât și a albuminuriei

- D. Stadiul G3b corespunde unei rate de filtrare glomerulară cuprinsă între 30 - 44 ml/min/1,73m²
- E. Stadiul G2 corespunde unei rate de filtrare glomerulară cuprinsă între 60 - 89 ml/min/1,73m²

RĂSPUNSURI CAP. V - NEFROLOGIE

1 E	40 A, D, E	79 A, C, D, E	118 B
2 B	41 A, B	80 A, B, E	119 D
3 A	42 B, C, E	81 B, C, E	120 D
4 A	43 B, C, D, E	82 A, B, C, D	121 B
5 D	44 A, B	83 B, C, E	122 C
6 C	45 C, D, E	84 B, C, D	123 B
7 B	46 C, D, E	85 B, D	124 B
8 A	47 A, B, D	86 A, B, C, D	125 E
9 D	48 C	87 A, B, D	126 A, C, D
10 C	49 D	88 B, D, E	127 B, D
11 C	50 C	89 A, B, D, E	128 C, D
12 E	51 D	90 B, C, D	129 C, D
13 B, C, D	52 A	91 A, B, D	130 D, E
14 A, D	53 A, B, D	92 A, B, E	131 A, C
15 A, C, D, E	54 A, B, D, E	93 A, B	132 C, D, E
16 A, B, C, D	55 A, B, C, D	94 B, C	133 A, B, D
17 A, B, C, E	56 A, C, D	95 A, C, D	134 A, B, D, E
18 A, B, C, D	57 B, C, E	96 B, C, E	135 B, C, D, E
19 A, C, D	58 A, B, E	97 B, C	136 B, C
20 B, E	59 A, C	98 A, B, C, E	137 B, D, E
21 A, C, D	60 A, B, C, E	99 A, C, D	138 C, D
22 A, B, C	61 C, D, E	100 A, C, E	139 A, B, D
23 A, D	62 B, D	101 A, B, D	140 B, D
24 B, D, E	63 B, D, E	102 A, B, D	141 A, B, D
25 C, D, E	64 A, C	103 A, C, E	142 A, B, C, D
26 A, B, D, E	65 B, D	104 A, D	143 A, C
27 A, B, D	66 A, C, E	105 B, C, E	144 A, C, D
28 B, C, D, E	67 C	106 B, C, D, E	145 B, C, D
29 D, E	68 D	107 A, C	146 A, C, D, E
30 A, B, E	69 E	108 A, B, C	147 A, C
31 A, B, C, D	70 A	109 B, E	148 A, C, E
32 A, D	71 B	110 A, B	149 A, C, D, E
33 A, B, C, D	72 A	111 B	150 C, D, E
34 A, B, D	73 E	112 D	
35 C, D	74 D	113 A, D, E	
36 A, B, C	75 E	114 D, E	
37 C, D	76 B	115 A, B, C	

38 A, B, E

77 C

116 B, D

39 A, B, D, E

78 B, C, D

117 C

CAP. VI - PNEUMOLOGIE

1. *Simptomele în astmul bronșic nu includ:
 - A. Wheezing
 - B. Senzație de constricție toracică
 - C. Ortopnee
 - D. Dispnee
 - E. Tuse
2. *Astmul poate fi clasificat în funcție de:
 - A. Factorii săi declanșatori
 - B. Vârsta de debut
 - C. Subtipul inflamator
 - D. Răspunsul la tratament
 - E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte
3. *Treapta terapeutică 2 în astmul bronșic conține:
 - A. Terapie de tip add-on, inițială
 - B. Doze mici de corticosteroid inhalator (CSI)
 - C. Doze medii de corticosteroid inhalator (CSI)
 - D. Antagonist ai receptorului de leukotriene
 - E. β 2-agonist cu durată lungă de acțiune (BADLA)
4. *Afirmația falsă în legătură tratamentul cu corticosteroizi inhalatori la pacienții cu astm bronșic este:
 - A. Toți pacienții care prezintă simptome persistente regulate (chiar și ușoare) necesită tratament cronic cu corticosteroizi inhalatori
 - B. Dipropionatul de beclometazonă (BDP) este cel mai utilizat corticosteroid inhalator
 - C. Dozele de beclometazonă sunt de 50, 100, 200 și 250 μ g/puff
 - D. Alți corticosteroizi inhalatori includ formoterolul și salmeterolul
 - E. Doza de corticosteroid inhalator ar trebui redusă pe o treaptă inferioară odată ce astmul este controlat
5. Alegeți afirmațiile corecte în legătură cu astmul bronșic:
 - A. Obstrucția difuză a căilor aeriene, este ireversibilă spontan sau cu tratament
 - B. Prezintă hiperreactivitatea bronșică (HRB) la o gamă variată de stimuli
 - C. Inflamația bronșică este data de limfocite T, mastocite și eozinofile

- D. Inflamația bronșică se asociază cu edem, hipertrofia celulelor musculare netede, formarea de dopuri de mucus
- E. În astmul cu evoluție de lungă durată, inflamația poate fi însoțită de obstrucție bronșică difuză ireversibilă
6. Factorii declanșatori pentru astmul bronșic pot fi:
- A. Sensibilizării ocupaționali
 - B. Poluarea atmosferică și particulele, vaporii și fumurile iritante
 - C. Emoțiile și dieta
 - D. Medicamentele: statine și antibiotice
 - E. Factorii genetici
7. Controlul factorilor externi în tratamentul astmului bronșic implică:
- A. Dacă sunt identificați factori declanșatori alergici specifici, aceștia trebuie evitați pe cât posibil
 - B. Imunoterapia sublinguală (SLIT) cu acarieni din praful de casă nu este recomandată la copii
 - C. Fumatul activ și pasiv ar trebui evitat
 - D. Medicamentele de tip inhibitorii de ciclo-oxigenază-2 (COX-2) trebuie evitate
 - E. În jur de o treime din indivizii cu sensibilizare la agenți ocupaționali ar putea fi vindecați dacă ar evita permanent expunerea
8. Simptomele în astmul bronșic:
- A. Sunt episodice
 - B. Nu se agravează în timpul nopții, în special în astmul necontrolat
 - C. Tusea este un simptom frecvent (ce uneori predomină, în special la copii)
 - D. Episoadele de astm variază mult ca frecvență și durată
 - E. Există un număr restrâns de factori declanșatori pentru episoadele de astm.
9. Tratamentul de probă cu corticosteroizi orali la un pacient cu suspiciune de astm bronșic:
- A. Vizează pacienții care prezintă obstrucție bronșică difuză ușoară
 - B. Constă în administrarea de prednison oral 30 mg zilnic timp de 2 săptămâni, cu măsurarea funcției pulmonare înainte și imediat după cură
 - C. Reversibilitatea obstrucției bronșice este documentată prin ameliorare substanțială a VEMS (>15%) și prezice un răspuns favorabil la administrarea corticosteroizilor inhalatori
 - D. Durata curei este de 6 săptămâni corticosteroizii orali, care se pot opri brusc fără scăderea tratată a dozei

- E. La cei cu răspuns favorabil, corticosteroizi orali trebuie înlocuiți cu corticosteroizi inhalatori
10. Pacienții cu exacerbare astmatică severă au următoarele caracteristici:
- A. Frecvența respiratorie ≤ 25 respirații/min
 - B. Tahicardie ≥ 110 bătăi/min
 - C. Absența pulsului paradoxal
 - D. PEF de 33-50% din valoarea prezisă sau valoarea individuală maximală cea mai bună
 - E. Incapacitatea de a termina o propoziție în timpul unei singure respirații.
11. Explorările funcționale pulmonare din astmul bronșic se caracterizează prin:
- A. Măsurătorile debitului expirator de vârf (PEF) efectuate la trezire, înainte de administrarea unui bronhodilatator, înainte de culcare și după administrarea unui bronhodilatator sunt utile pentru demonstrarea variabilității limitării fluxului de aer
 - B. Variația diurnă a PEF reprezintă un indicator bun al activității astmului și este utilă în evaluarea pe termen lung a bolii și a răspunsului acesteia la tratament.
 - C. Spirometria este utilă, în special în evaluarea reversibilității obstrucției căilor aeriene
 - D. Diagnosticul de astm poate fi pus prin demonstrarea unei creșteri mai mari de 20% a VEMS ului pe spirometrie, după administrarea de bronhodilatator
 - E. Testul de difuziune a monoxidului de carbon (CO) nu are valori normale în astm
12. Selectați afirmațiile false despre tratamentul exacerbării astmatice severe în spital:
- A. Nu se administrează oxigen 40-60%
 - B. Se repetă nebulizarea cu 5 mg de salbutamol sau 10 mg de terbutalină și ulterior se administrează la fiecare 12h ore
 - C. Se asociază bromură de ipratropium 0.5 mg prin nebulizare la salbutamol/Terbutalină.
 - D. Se administrează hidrocortizon 200 mg i.v.
 - E. Se continuă administrarea de prednison oral cu 40-60 mg pe zi pentru cel puțin 5 zile
13. Selectați afirmațiile false despre obiectivele tratamentului în astmul bronșic:
- A. Elimina simptomele
 - B. Restabilirea funcției pulmonare normale sau la cele mai bune valori posibile
 - C. Creșterea riscului de exacerbări severe
 - D. Permite o creștere normală a copiilor
 - E. Creșterea absenteismului de la școală sau de la locul de muncă

14. Tratatamentul astmului:
- A. Astmul ar trebui să fie auto-gestionat de către pacient, cu monitorizare regulată utilizând un PEFmetru
 - B. Terapia antiinflamatorie (de control) nu ar trebui inițiată la formele ușoare.
 - C. Bronhodilatatoarele cu durată scurtă de acțiune (ex. salbutamol și terbutalină) ar trebui folosite doar pentru ameliorarea simptomelor încă persistente
 - D. Folosirea crescândă a medicației bronhodilatatoare pentru ameliorarea simptomelor din ce în ce mai frecvente este un indicator de evoluție favorabilă a bolii
 - E. Se administrează în trepte terapeutice
15. Medicația de salvare cu durată lungă de acțiune/medicație de control include:
- A. β_2 agonști inhalatori (ex. salbutamol, terbutalină)
 - B. β_2 agonști inhalatori cu durată lungă de acțiune (ex. salmeterol, formoterol)
 - C. Corticosteroizi inhalatori (ex. beclometazonă, budesonid, fluticazonă)
 - D. Combinații de β_2 agonist cu durată lungă de acțiune și corticosteroid inhalator (ex. salmeterol și fluticazonă)
 - E. Corticosteroizi orali (ex. prednison 40 mg zilnic)
16. Caracteristicile care indică o exacerbare amenințătoare de viață foarte severă sunt:
- A. PaO_2 crescută $>85\text{mmHg}$
 - B. $PaCO_2$ crescută $>45\text{ mmHg}$
 - C. Hipoxemie severă: $PO_2 < 60\text{ mmHg}$, în pofida oxigenoterapiei
 - D. Un pH arterial scăzut sau în scădere
 - E. Gazometrie în parametrii normali
17. *Rata medie de declin a funcției pulmonare la pacienții cu BPOC este:
- A. 100 mL/an
 - B. 20 mL/an
 - C. 80 mL/an
 - D. 40-50 mL/an
 - E. 30 mL/an
18. *Infecțiile respiratorii la pacienții cu BPOC:
- A. Rareori determină episoade de exacerbare a bolii
 - B. În mod cert sunt responsabile de obstrucția progresivă a căilor aeriene
 - C. Se recomandă tratamentul antibiotic prompt și vaccinare antigripală și antipneumococică
 - D. Toate afirmațiile de mai sus sunt corecte
 - E. Nici una din afirmațiile de mai sus nu este corectă

19. *Care dintre următoarele medicamente nu aparțin clasei de bronhodilatatoare:
- Salbutamol
 - Tiotropium
 - Roflumilast
 - Anticolinergice de lungă durată
 - Teofilina
20. *Referitor la ventilația non invazivă la domiciliu, următoarea afirmație este falsă:
- Este în mod obișnuit utilizată în timpul nopții
 - Furnizează presiune negativă la diferite niveluri în inspir și expir
 - Îmbunătățește calitatea vieții
 - Ameliorează supraviețuirea la pacienții care o folosesc
 - Prelungește supraviețuirea la pacienții cu boli neuromusculare
21. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la BPOC:
- Se caracterizează prin obstrucția complet reversibilă a căilor aeriene
 - Obstrucția este de obicei progresivă
 - Se asociază cu un răspuns inflamator anormal al plămânilor la particule și gaze nocive
 - Inhalarea fumului rezultat din arderea combustibililor de tip biomasă este principalul factor etiologic în țările dezvoltate
 - Există o predispoziție individuală de a face boala
22. Biopsiile endobronșice de la pacienți cu BPOC au demonstrat predominanța următoarelor tipuri de celule inflamatorii:
- Bazofile
 - Neutrofile
 - Reticulocite
 - Limfocite CD8+
 - Mastocite
23. Emfizemul poate fi clasificat în funcție de distribuție în:
- Emfizem centro-acinar
 - Emfizem pan-acinar
 - Emfizem neregulat
 - Emfizem peri-acinar
 - Emfizem para-acinar
24. Tabloul clinic al BPOC cuprinde:

- A. Tusea cronică
 - B. Hemoptizia
 - C. Expectorația sero-mucoasă
 - D. Dispneea
 - E. Durerea toracică
25. Printre efectele sistemice ale BPOC se numără:
- A. Hipertensiunea arterială
 - B. Insuficiența renală
 - C. Depresia
 - D. Osteoporoza
 - E. Insuficiența cardiacă dreaptă
26. La examenul obiectiv al pacientului cu BPOC se pot evidenția:
- A. Hipocratism digital
 - B. Pectus excavatum
 - C. Polipnee și expir prelungit
 - D. Excursii costale respiratorii ample
 - E. Utilizarea mușchilor respiratori accesorii
27. Diagnosticul BPOC se bazează pe istoricul de:
- A. Dispnee
 - B. Tuse seacă
 - C. Fumat
 - D. Tuse productivă
 - E. Junghi toracic
28. În BPOC, testele funcționale pulmonare arată:
- A. Restricție difuză a căilor aeriene
 - B. Obstrucție difuză a căilor aeriene
 - C. Factorul de transfer al CO normal
 - D. Obstrucție reversibilă (modificarea VEMS>12%)
 - E. Raportul VEMS/CVF scăzut
29. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul BPOC sunt adevărate:
- A. Se recomandă sevrajul tabagic
 - B. Vaccinarea antipneumococică este contraindicată
 - C. Se utilizează numai bronhodilatatoare de scurtă durată
 - D. Utilizarea anticolinergicilor cu durată lungă de acțiune previne declinul VEMS

- E. Preparatele de teofilină cu durată lungă de acțiune aduc un beneficiu redus în BPOC
30. Recomandările pentru utilizarea oxigenoterapiei la domiciliu includ:
- A. BPOC cu $\text{PaO}_2 > 55$ mmHg (7.3 kPa) când pacientul e stabil clinic
 - B. BPOC asociat cu policitemie secundară, hipoxemie nocturnă, edeme periferice, hipertensiune pulmonară, având PaO_2 între 55 și 60 mmHg
 - C. Pneumopatie difuză cu $\text{PaO}_2 > 60$ mmHg (8 kPa) și pacienți cu dispnee invalidantă și $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg (8 kPa)
 - D. Cancer pulmonar cu dispnee invalidantă
 - E. Prezența apneei obstructive în somn în pofida terapiei cu presiune pozitivă continuă, după evaluare de către un specialist
31. Următoarele afirmații referitoare la exacerbarile BPOC sunt adevărate:
- A. Pot fi precipitate doar de infecții bacteriene
 - B. Simptomele sunt: dispnee, bronhospasm acut și tuse
 - C. Pot determina doar insuficiență respiratorie de tip II
 - D. În insuficiența respiratorie de tip II, nivelul PaCO_2 este scăzut și pacientul este dependent de stimulul hipoxic
 - E. La pacienții cu risc de hipercapnie, oxigenoterapia se ajustează pentru a menține saturația în intervalul 88-92%
32. În caz de exacerbare a BPOC la un pacient cu $\text{pH} < 7.35$, $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg (8 kPa), $\text{PaCO}_2 > 49$ mmHg (6.5 kPa):
- A. Se administrează oxigenoterapie pentru a menține saturația țintă în intervalul normalului
 - B. Se va continua tratamentul cu nebulizări și corticosteroizi
 - C. Se va repeta gazometria arterială peste 15-20 minute
 - D. Se administrează oxigenoterapie pentru a menține saturația țintă – 88-92%
 - E. Dacă pH -ul se menține < 7.35 și $\text{PaCO}_2 > 49$ mmHg (6.5 kPa) se va lua în considerare ventilația non-invazivă
33. *Complicațiile locale ale pneumoniei sunt următoarele, cu excepția:
- A. Revărsat lichidian pleural
 - B. Empiem
 - C. Sepsis
 - D. Abces pulmonar
 - E. Pneumonie în organizare

34. *Pneumonia cu Legionella se caracterizează prin următoarele, cu excepția:
- A. Limfopenie fără leucocitoză marcată
 - B. Hhiponatremie
 - C. Hipoalbuminemie
 - D. Nivele mari ale transaminazelor serice.
 - E. Leucocitoză
35. *Una dintre cele mai frecvente infecții oportuniste întâlnite în practica clinică este dată de:
- A. Streptococcus pneumoniae
 - B. Legionella
 - C. Mycoplasma
 - D. Pneumocystis jirovecii
 - E. Bacterii anaerobe
36. Printre cauzele pneumoniei lent rezolutive se numără:
- A. Tratamentul antimicrobian corect și complet
 - B. Pleurezia de însoțire
 - C. Trombembolismul pulmonar
 - D. Absența comorbidităților
 - E. Bronșiectaziile
37. În cazul unui pacient cu pneumonie comunitară și scor CURB-65=2:
- A. Mortalitatea este 5%
 - B. Nu sunt necesare teste microbiologice
 - C. Nu este necesară spitalizarea
 - D. Se recomandă recoltarea hemoculturilor
 - E. Se recomandă spitalizarea
38. Cauzele abcesului pulmonar sunt:
- A. Pneumonia comunitară tratată corect
 - B. Pneumonia de aspirație
 - C. Pneumonia cu Streptococcus pneumoniae
 - D. Emboli septici ce conțin stafilococi
 - E. Aspirație de corp străin
39. Dezvoltarea empiemului se asociază cu:
- A. Complicații cum ar fi pahipleurita, spitalizarea prelungită, risc de deces
 - B. Revărsat exudativ cu pH în lichidul pleural < 7,2

- C. Revărsat exudativ cu pH în lichidul pleural $> 7,2$
D. Febră persistentă
E. Prezența revărsatului exudativ simplu
40. Micro-organismele implicate în pneumonia nosocomială sunt:
A. *Haemophilus influenzae*
B. Bacterii Gram-negative (*Pseudomonas* spp., *Escherichia* spp., *Klebsiella* spp.)
C. Bacterii anaerobe (*Enterobacter* spp.)
D. *Staphylococcus aureus* (inclusiv *S. Aureus* metilino-rezistent)
E. *Acinetobacter* spp.
41. Următoarele afirmații referitoare la pneumonia cu *Pneumocystis jirovecii* sunt adevărate:
A. Este una din cele mai frecvente infecții oportuniste întâlnite în practica clinică
B. Tratamentul de primă linie se face cu co-trimoxazol în doză mare
C. Tratamentul de primă linie se face cu Amoxicilină oral 500 mg x 3/zi
D. Aspectul radiografic tipic este de opacități alveolare și interstițiale bilaterale difuze
E. Este asociată cu formarea unei cavități vizibile pe radiografia toracică sau examenul CT, deseori cu nivel lichidian
42. Următoarele afirmații referitoare la pneumonia asociată ventilației sunt adevărate:
A. Apare în contextul ventilației mecanice în unitățile de terapie intensivă
B. Este datorată patogenilor oportuniști (care sunt ubicuitari în mediul înconjurător)
C. Deseori sunt responsabile micro-organisme Gram-negative cu multiple rezistențe la antibiotice
D. Este deseori datorată anaerobilor și poate progresa spre abces pulmonar
E. Necesită selecția atentă a antibioticului adecvat în colaborare cu un microbiolog clinician
43. Pneumonia de aspirație:
A. Consecință a aspirației de conținut gastric în plămâni
B. Cel mai frecvent afectează lobul superior
C. Are o evoluție favorabilă, frecvent fără complicații
D. Poate progresa spre abces pulmonar sau bronșiectazii
E. În cazul formelor ușoare și moderate, se utilizează amoxicilină/clavulanat.
44. *Următoarea afirmație despre tuberculoza este falsă:
A. O treime din populația globului este infectată
B. Cele mai multe cazuri sunt în Europa

- C. Incidența cazurilor multi-drog rezistente este în creștere
D. Este cauzată de Mycobacterium tuberculosis
E. Alături de co-infecția HIV determina o povară sanitară
45. *Următoarea afirmație referitoare la diagnosticul bacteriologic în tuberculoză este falsă:
A. Probele trebuie să fie prelucrate în primele 24 ore
B. Colorația cu auramina-rodamina este mai sensibilă (deși mai puțin specifică) decât colorația Ziehl-Nielsen
C. Majoritatea țărilor dezvoltate folosesc cultura micobacteriilor exclusiv pe mediile solide
D. Timpul de creștere a micobacteriilor tuberculoase în cultura pe mediile solide este de 3-8 săptămâni
E. Cultura permite determinarea sensibilității la antibiotice a tulpinii infectante
46. *Mutidrog-rezistența în tuberculoză (MDR-TB) este definită ca:
A. Rezistență atât la rifampicină, cât și la izoniazidă
B. Rezistență înaltă la izoniazidă și la fluoroquinolone
C. Rezistență înaltă la rifampicină, izoniazidă, fluoroquinolone și cel puțin un medicament injectabil cum ar fi amikacina, capreomicina sau kanamicina
D. Rezistență la medicamentele injectabile cum ar fi amikacina, capreomicina sau kanamicina
E. Rezistență la pirazinamidă și etambutol
47. Mycobacterium tuberculosis are următoarele caracteristici:
A. Este un patogen anaerob
B. Se transmite pe cale aeriană
C. Pentru a produce infecția necesită inhalarea unui număr mare de bacterii
D. Nu dezvoltă boala la toți cei infectați
E. Este denumit “bacil acid-alcool-rezistent”
48. Focarul Ghon tuberculoza pulmonară:
A. Reprezintă caverne multiple apicale
B. Poate fi vizibil ca un nodul calcificat
C. Initial reprezintă leziuni granulomatoase, cu cazeum și celule Langhans
D. Poate conține bacili dormanți
E. Nu se calcifică niciodată

49. Pentru confirmarea tuberculozei pulmonare examenul bacteriologic (microscopia și cultura) se poate efectua din:
- Sputa ($\geq$ de două eșantioane scad randamentul diagnostic)
 - Sputa ($\geq$ de două eșantioane cresc randamentul diagnostic)
 - Sputa indusă
 - Lichid de lavaj bronho-alveolar dacă tusea este productivă și inducerea sputei este posibilă
 - Lichid de lavaj bronho-alveolar dacă tusea este neproductivă și inducerea sputei nu este posibilă
50. Următoarele afirmații despre tuberculoza ganglionară sunt adevărate:
- Ganglionii limfatici sunt a doua cea mai frecventă localizare
 - Ganglionii limfatici intratoracici sunt mai frecvent interesați decât cei extratoracici
 - De obicei se manifestă cu o adenopatie cervicală sau supraclaviculară de consistență fermă, nedureroasă
 - Zona periferică a ganglionului limfatic devine necrotică și se poate lichefia
 - Tegumentul de deasupra este frecvent indurat
51. Confirmarea diagnosticul in tuberculoza cerebrala:
- Necesită discuție asupra pacientului și imagistică în comisia multidisciplinară de neurologie/neurochirurgie
 - Nu ia în considerare niciodată biopsia cerebrală
 - Este susținut de nivelul proteinelor din LCR foarte scăzut
 - Este susținut de glucoza din LCR $< \frac{1}{2}$ din glucoza sanguină
 - Are caracteristică limfocitoza LCR
52. Următoarele principii în tratamentul tuberculozei sunt corecte:
- Pacienții cu tuberculoză sensibilă la medicamente necesită 3 luni de tratament
 - Izoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutolul sunt medicamente antituberculoase de prima linie
 - În tuberculoza sistemului nervos central durata de tratament recomandată este de minimum 12 luni
 - Pacienții cu tuberculoză sensibilă la medicamente necesită minimum 9 luni de tratament
 - Toti pacienții înainte de începerea tratamentului se vor testa pentru infecție HIV și hepatite cronice
53. Tratamentul infecției TB latente(ITBL) se poate face cu:

- A. Isoniazidă în monoterapie timp de 3 luni
 - B. Rifampicină în monoterapie timp de 3 luni
 - C. Pirazinamidă și rifampicină timp de 3 luni
 - D. Isoniazidă în monoterapie timp de 6 luni
 - E. Isoniazidă și rifampicină timp de 3 luni
54. Testul cutanat tuberculinic (TCT) fals negativ este frecvent la:
- A. Pacienții cu imunosupresie datorată infecției HIV (CD4+ <200/mm³)
 - B. Pacienții sub tratamente imunosupresoare (chimioterapie, anti-TNF, corticosteroizi)
 - C. Pacienții cu vârste extreme
 - D. Pacienții cu reactivitate încrucișată cu micobacterii netuberculoase
 - E. Pacienții cu tuberculoză activă
55. *Carcinomul bronhopulmonar scuamocelular:
- A. Metastazează precoce
 - B. Se poate manifesta prin cavități cu necroză centrală.
 - C. Este un subtip rar întâlnit în Europa
 - D. Se dezvoltă din celulele glandulare secretoare de mucus
 - E. Este frecvent la nefumători
56. *Dispneea din cadrul neoplasmului bronhopulmonar:
- A. Face parte din manifestările extrapulmonare non-metastatice ale carcinomului bronșic
 - B. Apare doar la pacienții care au și BPOC asociat neoplasmului bronhopulmonar
 - C. Prezența pleureziei nu influențează gradul de dispnee
 - D. Este determinată de ganglionii mediastinali sau invazia tumorală directă rezultând compresia nervului laringeu recurent stâng
 - E. Este dată de tumorile centrale care determină obstrucția căilor aeriene mari, cauzând colapsul plămânului
57. *Mezoteliomul:
- A. Este o tumoră benignă cu originea în celulele mezoteliale de la nivelul pleurei parietale sau viscerale
 - B. Cea mai frecventă manifestare o reprezintă dispneea.
 - C. Se corelează cu expunerea la azbest
 - D. Diagnosticul se bazează pe semnele clinice date de prezența lichidului pleural

- E. Biopsia ghidată cu ultrasunete sau biopsia pleurală VATS se efectuează excepțional, în vederea stabilirii diagnosticului atunci când citologia din lichidul pleural nu este relevantă
58. *Nodulul pulmonar solitar:
- A. Este o opacitate, cu diametrul între 3 și 4 cm
 - B. Diagnosticul diferențial se face cu metastazele pulmonare, tumori benigne, granulome
 - C. Evaluarea se efectuează prin metode imagistice precum radiografia toracică
 - D. Riscul de malignizare se determină prin efectuarea repetată de tomografii computerizate la intervale prestabilite
 - E. Riscul de malignizare este foarte ridicat
59. *Tratamentul neoplasmului bronhopulmonar:
- A. Radioterapia cu intenție curativă este tratamentul de elecție, dacă intervenția chirurgicală nu este posibilă datorită mărimii tumorii
 - B. La pacienții fără comorbidități cardiovasculare sau respiratorii semnificative se poate utiliza radioterapie stereotactică de ablație
 - C. Chimioterapia și radioterapia adjuvantă nu îmbunătățesc rata de răspuns medie în NSCLC
 - D. Intervenția chirurgicală cu intenție curativă se efectuează în stadiul incipient al NSCLC (stadiul I, II și cazuri selectate IIIA)
 - E. Laserterapia, crioterapia și stenturile traheobronșice sunt utilizate ca tratament curativ a pacienților cu cancer pulmonar, care prezintă îngustarea diametrului traheobronșic din cauza tumorii intraluminale, sau a compresiei extrinseci
60. Următorii factori de mediu sunt implicați în apariția cancerului bronhopulmonar:
- A. Boli pulmonare preexistente
 - B. Expunerea la radon
 - C. Produse petroliere
 - D. Fibroza pulmonară
 - E. Infecția cu HIV
61. Mutațiile de activare din cadrul receptorului factorului de creștere epidermică (EGFR) din cadrul cancerului bronhopulmonar sunt:
- A. Întâlnite la fumători
 - B. Frecvente la sexul masculin
 - C. Frecvent întâlnite la tineri
 - D. Întâlnite frecvent la nefumători

E. Frecvente la sexul feminin

62. Efectele locale ale cancerului bronhopulmonar:

- A. Tusea care persistă mai mult de 3 săptămâni are indicație pentru efectuarea unei radiografii toracice
- B. Dispneea este cel mai frecvent întâlnit simptom în cancerului bronhopulmonar
- C. Adenopatiile voluminoase localizate mediastinal provoacă durere toracică puternică
- D. Weezingul este monofonic atunci când tumora obstruează parțial căile aeriene
- E. Hemoptizia apare din cauza sângerării de la nivelul tumorii.

63. Carcinomul bronhopulmonar non-microcelular:

- A. Se subclasifică în carcinom scuamo-celular, adenocarcinom și carcinom cu celule mici
- B. Carcinomul cu celule mari metastazează precoce
- C. Adenocarcinomul este cel mai frecvent tip de cancer care apare la fumatori
- D. Carcinomul scuamo-celular metastazează precoce
- E. Adenocarcinomul determină metastaze frecvente la nivel pleural și osos.

64. Carcinomul bronhopulmonar cu celule mici:

- A. Are o incidență de 10-15%
- B. Își are originea de la nivelul celulelor neuroendocrine
- C. Își are originea în celulele glandulare secretante de mucus
- D. Metastazează tardiv
- E. Se dezvoltă frecvent central.

65. Cancerul bronhopulmonar metastazează frecvent în:

- A. Cord
- B. Glande suprarenale
- C. Pleură
- D. Rinichi
- E. Oase

66. Manifestările neurologice determinate de cancerul bronhopulmonar sunt reprezentate de:

- A. Degenerescenta subacută cerebeloasă
- B. Acanthosis nigricans
- C. Mielopatii
- D. Coagulare intravasculară diseminată

- E. Sindrom de secreție inadecvată de hormon antidiuretic
67. Manifestările extrapulmonare non-metastatice ale cancerului bronhopulmonar sunt următoarele:
- A. Cutanate - întâlnite frecvent
 - B. Metabolice - scăderea ponderală, anorexia
 - C. Osoase - hipocratismul digital
 - D. Vasculare și hematologice - anemia hemolitică, fatigabilitate
 - E. Neurologice - polimiopatie, sindrom miastenie (Sindromul Lambert-Eaton)
68. Despre investigațiile imagistice utilizate în diagnosticul cancerului bronhopulmonar putem afirma:
- A. Radiografia toracică poate evidenția modificări specifice
 - B. CT-ul indică extinderea bolii
 - C. CT-ul precizează cu exactitate malignitatea ganglionilor limfatici măriți
 - D. RMN-ul este util pentru diagnosticul tumorilor primare bronhopulmonare
 - E. Radiografia toracică simplă evidențiază uneori dovezi clare ale cancerului pulmonar
69. Tratamentul cancerului bronhopulmonar:
- A. Tratamentul chirurgical este indicat în stadiile avansate
 - B. Radioterapia cu intenție curativă are rol în ameliorarea simptomatologiei
 - C. Chimioterapia și radioterapia adjuvantă prelungesc rata de supraviețuire medie în cancerul non-microcelular
 - D. Imunoterapia cu inhibitori ai PDL-1 oferă o alternativă terapeutică pentru grupe specifice de pacienți
 - E. Durerile osoase nu răspund la radioterapie
70. Stadializarea TNM a cancerului bronhopulmonar:
- A. Tx – tumora primară nu poate fi evaluată
 - B. N – definește prezența metastazelor la distanță
 - C. N0 – fără metastaze în ganglionii regionali
 - D. T4 – tumoră mai mare de 7 cm
 - E. M1 – metastaze la distanță prezente
71. Tumorile secundare pulmonare:
- A. Sunt identificate pe CT-ul de torace
 - B. Sunt rare

- C. Tumora primară este de obicei localizată la nivelul prostatei, sânului, tractului gastrointestinal sau ovarului
- D. Metastazele pulmonare multiple pot fi îndepărtate chirurgical
- E. Radiografia toracică detectează prezența metastazelor de mici dimensiuni

72. Tumorile carcinoide bronșice:

- A. Sunt de obicei tumori cu un grad scăzut de malignitate
- B. Au creștere rapidă
- C. Determină simptomatologie specifică
- D. Tratamentul de elecție nu este chirurgical
- E. Aspectul histologic poate varia de la tumori tipice de grad scăzut, până la tumori atipice

73. Obținerea rezultatelor histologice și citologice în cancerul bronhopulmonar se face prin:

- A. Puncție – biopsie transbronșică ghidată ecografic de la nivelul leziunilor pulmonare
- B. Puncție – biopsie transthoracică ghidată CT de la nivelul leziunilor pulmonare
- C. Fibrobronhoscopie
- D. Toracocenteză ghidată ecografic
- E. Puncția - biopsie transthoracică ghidată ecografic de la nivelul ganglionilor limfatic

RĂSPUNSURI CAP. VI - PNEUMOLOGIE

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 C | 40 B, C, D, E |
| 2 E | 41 A, B, D |
| 3 B | 42 A, C, E |
| 4 D | 43 A, D, E |
| 5 B, C, D, E | 44 B |
| 6 A, B, C | 45 C |
| 7 A, C, E | 46 A |
| 8 A, C, D | 47 B, D, E |
| 9 B, C, E | 48 B, C, D |
| 10 B, D, E | 49 B, C, E |
| 11 A, B, C | 50 A, C, E |
| 12 A, B | 51 A, D, E |
| 13 C, E | 52 B, C, E |
| 14 A, C, E | 53 D, E |
| 15 B, C, D | 54 A, B, C, E |
| 16 B, C, D | 55 B |
| 17 D | 56 E |
| 18 C | 57 C |
| 19 C | 58 B |
| 20 B | 59 D |
| 21 B, C, E | 60 B, C |
| 22 B, D | 61 D, E |
| 23 A, B, C | 62 A, D, E |
| 24 A, C, D | 63 B, E |
| 25 A, C, D, E | 64 B, E |
| 26 C, E | 65 B, C, E |
| 27 A, C, D | 66 A, C |
| 28 B, E | 67 B, C, E |
| 29 A, E | 68 B, E |
| 30 B, D, E | 69 C, D |
| 31 B, E | 70 A, C, D, E |
| 32 B, D, E | 71 A, C |
| 33 C | 72 A, E |
| 34 E | 73 B, C, D, E |
| 35 D | |
| 36 B, C, E | |
| 37 D, E | |
| 38 B, D, E | |
| 39 A, B, D | |

CAP. VII - HEMATOLOGIE

1. *Următoarele sunt teste diagnostice pentru evaluarea anemiei feriprive, cu excepția:
 - A. Feritina serică
 - B. Hemoleucograma
 - C. Beta 2 microglobulina
 - D. Capacitatea totală de legare a fierului și fierul seric
 - E. Frotiul sangvin periferic
2. *Care sunt formele de depozitare a fierului:
 - A. Hemoglobina și sideremia
 - B. Feritina și transferina
 - C. Mioglobina și CTLF
 - D. Feritina și hemosiderina
 - E. CTLF și sideremie
3. *Cauzele anemiei feriprive sunt următoarele, cu excepția:
 - A. Pierderi de sânge
 - B. Hepatomegalia
 - C. Scăderea absorbției (ex. post-gastrectomie)
 - D. Aport redus
 - E. Cereri crescute (ex. sarcină)
4. *În anemia megaloblastică, frotiul de sânge periferic relevă în mod caracteristic:
 - A. Eritrocite în fișic
 - B. Eritrocite în țintă
 - C. Blaști
 - D. Macro-ovalocite cu hipersegmentarea nucleului neutrofilelor
 - E. Limfocite atipice
5. *Cea mai frecventă cauză a deficitului de vitamina B12 la adulți este:
 - A. Anemia feriprivă
 - B. Anemia perniciosă
 - C. Anemia aplastică
 - D. Anemia refractară cu sideroblaști inelari
 - E. Anemia hemolitică
6. *În mod caracteristic, investigațiile paraclinice din anemia megaloblastică relevă:

- A. VEM crescut, de cele mai multe ori peste 96 fL
 - B. Leucocitoză
 - C. Trombocitoză
 - D. Poliglobulie
 - E. VEM scăzut, adesea sub 96 fL
7. Care sunt cele mai frecvente cauze ale eșecului tratamentului cu fier oral:
- A. Diagnostic incorect
 - B. Pierderi continue de sânge
 - C. Aderența la tratamentul medical
 - D. Lipsa complianței
 - E. Deficitul de foliați
8. Următoarele caracteristici clinice cunoscute ale anemiei feriprive sunt:
- A. Koilonichia
 - B. Eritroza facială
 - C. Stomatita angulară
 - D. Păr și unghii fragile
 - E. Febra
9. Diagnosticul diferențial al anemiei microcitare, hipocrome cuprinde:
- A. Limfomul Hodgkin
 - B. Anemia din bolile cronice
 - C. Șocul septic
 - D. Talasemia
 - E. Anemia sideroblastică
10. Care dintre următoarele afirmații privind deficitul de fier sunt adevărate:
- A. Volumul eritrocitar mediu este scăzut
 - B. Receptorii solubili ai transferinei sunt crescuți
 - C. Prezența fierului în eritroblasti
 - D. Volumul eritrocitar mediu este crescut
 - E. Receptorii solubili ai transferinei sunt normali
11. Caracteristicile factorilor care influențează absorbția fierului includ:
- A. Fierul non-heminic este absorbit mai bine decât fierul heminic
 - B. Aciditatea gastrică ajută la păstrarea fierului în stare feroasă și solubilă în intestinul superior
 - C. Fierul heminic este absorbit mai bine decât fierul non-heminic

- D. Absorbția fierului este crescută în contextul depozitelor scăzute de fier și a creșterii activității eritropoietice (ex. sângerare)
- E. Fierul feric este absorbit mai bine decât fierul feros
12. Diagnosticul pozitiv al anemiei prin carență de fier se stabilește pe baza:
- A. Hemoleucogramei și frotiului sangvin
 - B. Testului Coombs direct
 - C. Bilirubinei totale
 - D. Feritinei serice
 - E. Electroforezei hemoglobinei
13. Frotiul de sange periferic în anemia prin carență de fier prezintă:
- A. Macrocitoza
 - B. Eritrocite hipercrome
 - C. Poikilocitoza
 - D. Variații ale formelor și dimensiunilor eritrocitelor
 - E. Anizocitoza
14. Efectele secundare ale preparatelor de fier pe cale orală în anemia feriprivă sunt reprezentate de:
- A. Scădere în greutate
 - B. Diaree
 - C. Polakiurie
 - D. Constipație
 - E. Greață
15. Care dintre următoarele afirmații referitoare la administrarea tratamentului cu fier sunt adevărate:
- A. Fierul injectabil este indicat la pacienții cu intoleranță la preparatele orale
 - B. Depozitele de fier sunt reincarcate mult mai repede în urma administrării orale, comparativ cu cea parenterală
 - C. Administrarea parenterală se indică pacienților cu malabsorbție severă
 - D. Fierul oral nu se întrerupe în cazul administrării celui parenteral
 - E. Preparatele de fier sub forma injectabilă se indică pacienților cu boli cronice (boli inflamatorii intestinale)
16. Cauzele patologice cele mai frecvente ale macrocitozei fără modificări megaloblastice sunt:
- A. Exces de alcool

- B. Afecțiuni hepatice
 - C. Reticulocitoza (secundară hemolizei)
 - D. Hipertiroidism
 - E. Radiații ionizante
17. Modificările megaloblastice apar în:
- A. Deficit de fier sau metabolism anormal al fierului
 - B. Deficit de vitamina B12 sau metabolism anormal al vitaminei B12
 - C. Deficit de acid folic sau metabolism anormal al folatului
 - D. Afecțiuni hepatice
 - E. Reticulocitoza (datorită hemolizei)
18. Anemia pernicioasă:
- A. Este o boală moștenită
 - B. Este o afecțiune autoimună
 - C. Nu se asociază cu alte boli autoimune
 - D. Există o asociere cu alte boli autoimune, în special boala tiroidiană, boala Addison și vitiligo
 - E. Se caracterizează printr-o gastrită atrofică cu pierderea celulelor parietale din mucoasa gastrică, și, în consecință eșecul producției de factor intrinsec și malabsorbția vitaminei B12
19. Printre cauzele deficitului de folat se numără:
- A. Obezitatea
 - B. Sarcina
 - C. Patologia gastrointestinală (Boala celiacă, Boala Crohn)
 - D. Veganism
 - E. Consum de alcool
20. Tabloul clinic al anemiei megaloblastice prin deficit de acid folic este caracterizat prin:
- A. Tabloul clinic este adesea asimptomatic
 - B. Simptome de anemie
 - C. Simptome ale bolii cauzatoare, precum patologia malignă cu creșterea turn-overului celular
 - D. Neuropatia
 - E. Paraplegia
21. Printre caracteristicile clinice specifice ale deficitului sever de vitamina B12 (<60 ng/L sau 50 pmol/L) se numără:

- A. Polineuropatia
 - B. Paretezii simetrice la nivelul degetelor de la mâini și picioare
 - C. Scaderea în greutate
 - D. Demența, tulburări psihiatrice, halucinații
 - E. Transpirații profuze nocturne
22. Anticorpul specific care pot fi prezenți în anemia pernicioasă sunt:
- A. Anticorpul anti celulă parietală gastrică
 - B. Anticorpul anti nucleocapsidă
 - C. Anticorpul anti factor intrinsec
 - D. Anticorpul anti fosfolipidici
 - E. Anticorpul anti peptidcitrulinatciclic
23. Printre cauzele deficitului de vitamina B12 se numără:
- A. Dieta vegetariană
 - B. Gastrectomia
 - C. Anemia pernicioasă
 - D. Hepatita virală cu virus C
 - E. Hepatita virală cu virus B
24. Managementul deficitului de acid folic constă în:
- A. Administrarea zilnică de 5 mg de acid folic pe o perioadă de aproximativ 4 luni, pentru a reumple depozitele de folati din organism
 - B. Administrarea profilactică la femei care planifică sau sunt la început de sarcină, pentru a reduce defectele de tub neural.
 - C. Administrarea profilactică la femei la menopauză
 - D. Administrarea continuă de acid folic pentru tot restul vieții
 - E. Administrarea profilactică la pacienții cu patologii hematologice cronice, în cazul în care există un turnover celular crescut
25. *Anemiile hemolitice autoimune sunt afecțiuni:
- A. dobândite în urma distrucției eritrocitare crescute, datorate formării de autoanticorpi eritrocitari
 - B. dobândite în urma distrucției eritrocitare scăzute, datorate formării de autoanticorpi eritrocitari
 - C. congenitale
 - D. dobândite în urma distrucției eritrocitare crescute, datorate formării de autoanticorpi eritrocitari

- E. dobândite în urma distrucției eritrocitare scăzute, datorate formării de aloanticorpi eritrocitari
26. *Hemoliza intravasculară (liza eritocitară în circulația sanguină) este cauzată de către:
- Anticorpilor eritrocitari IgM sau IgG, care activează cascada complementului
 - Anticorpilor eritrocitari IgA sau IgD
 - Anticorpilor trombocitari
 - Anticorpilor leucocitari
 - Anticorpilor eritrocitari IgM, IgG, IgA și IgD
27. *În anemia hemolitică autoimună cu anticorpi la cald, anticorpilor se leagă de antigenele de pe suprafața eritrocitelor la o temperatură de:
- 0° C
 - 15° C
 - 25° C
 - 37° C
 - Toate variantele de mai sus.
28. Tabloul clinic asociat anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi „la cald” poate cuprinde:
- Icter
 - Splenomegalie
 - Glosită
 - Constipație
 - Infecții.
29. Diagnosticul paraclinic al anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi „la cald” conține următoarele investigații:
- Testul antiglobulinic direct care este pozitiv
 - CT-ul abdominal care ar trebui efectuat pentru decelarea unui posibil limfom abdominal
 - Ureea care este scăzută
 - Creatinina care este scăzută
 - Folați
30. Pentru diagnosticul de certitudine al anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi „la cald”, pe lângă analizele paraclinice uzuale, sunt necesare și analize specifice precum:
- Puncția renală
 - Radiografia pulmonară
 - Testul antiglobulinic direct (test Coombs direct)
 - CT –ul abdominal

E. Sferocitoza

31. Anemia hemolitică autoimună poate fi clasificată ca fiind:
- Anemie hemolitică autoimună cu anticorpi la cald
 - Anemie hemolitică imună iatrogenă
 - Boala hemolitică a nou-născutului
 - Anemie hemolitică autoimună cu anticorpi la rece
 - Anemie hemolitică autoimună mixtă
32. Anemia hemolitică cu anticorpi la cald:
- Este mai frecventă la femeile de vârstă mijlocie
 - Se poate caracteriza prin apariția de episoade scurte de anemie și icter
 - Se întâlnește doar la bărbați
 - Este mai frecvente la copii
 - Se poate caracteriza prin leagarea anticorpilor de antigenele de suprafață a eritrocitului la o temperatură de 10°
33. Printre cauzele anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi la cald secundare unei patologii asociate se numără:
- Insuficiența renală
 - Carcinoamele
 - Diabetul zaharat
 - Bolile reumatice
 - Bolile limfoproliferative
34. Tratamentul anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi la cald conține:
- Diuretice
 - Corticosteroizi
 - Splenectomia
 - Anticorp monoclonal anti CD20 (Rituximab)
 - Protector hepatic
35. Boala cronică a hemaglutinării „la rece” este caracterizată prin:
- Producția de aglutinine IgM monoclonale la rece
 - După expunerea la temperaturi scăzute, pacientul dezvoltă acrocianoză
 - Testul antiglobulinic direct este pozitiv doar pentru complement (C3d)
 - Testul antiglobulinic direct este pozitiv pentru IgG
 - Testul antiglobulinic direct este negativ pentru complement (C3d)

36. Următoarele afirmații cu privire la hemoglobinuria paroxistică la rece sunt adevărate:
- A. Este o patologie frecvent întâlnită
 - B. Este asociată cu infecțiile bacteriene la vârsta adultă
 - C. Este asociată cu infecțiile comune ale copiilor, precum pojarul, oreionul și varicela
 - D. Reacția litică este demonstrată în vitro prin testul Donath-Landsteiner
 - E. Sunt prezenți anticorpi bifazici, reacționând cu celulele roșii la rece în circulația periferică, liza apărând la reîntoarcerea celulelor în circulația centrală
37. Anemia hemolitică imună iatrogenă este:
- A. Foarte des întâlnită
 - B. Foarte rar întâlnită
 - C. Confirmată prin asocierea temporală între administrarea medicamentului și apariția anemiei hemolitice
 - D. Tot timpul fatală
 - E. Nici una din variantele de mai sus
38. Anemia hemolitică aloimună este:
- A. Întâlnită în hemoliza din cadrul transfuziilor sangvine
 - B. Definită ca reacția anticorpilor unui individ la eritrocitele altui individ
 - C. Definită ca reacția anticorpilor unui individ la eritrocitele aceluiași individ
 - D. Întâlnită frecvent în cadrul sindroamelor limfoproliferative
 - E. Întâlnită în cadrul patologiilor reumatismale (LES, boli reumatologice, etc.)
39. Tabloul clinic al hemoglobinuriei paroxistice nocturne este caracterizată prin:
- A. Hemoliză intravasculară
 - B. Hemoliză extravasculară
 - C. Tromboză venoasă
 - D. Hemoglobinurie (micțiunile nocturne și prima urină de dimineață)
 - E. Hemoptizie

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

CAP. VIII - NEUROLOGIE

1. Coma este definită de următoarele:
 - A. Stare în care pacientul este aresponsiv
 - B. Reprezintă starea de constiență cu areactivitate la stimuli externi
 - C. O stare de confuzie în care trăsătura principală este lipsa atenției, însoțită de obiceide tulburări de comportament, cogniție și atenție
 - D. Reprezintă atacuri bruște paroxistice de somn care survin în situații nepotrivite
 - E. Alterarea funcționării sistemului reticulat ascendent induce coma
2. Starea de comă survine în următoarele circumstanțe
 - A. Leziuni ale trunchiului cerebral
 - B. Un proces expansiv la nivel supratentorial cu efect de compresiune asupratrunchiului cerebral
 - C. Leziunile difuze corticale
 - D. Diabetul zaharat cu control glicemic adecvat
 - E. Accident vascular ischemic la nivelul nucleilor bazali
3. Sunt adevărate despre evoluția și prognosticul stărilor comatoase:
 - A. Cauzele metabolice au prognostic bun atunci când problema cauzatoare poate fi corectată
 - B. 7% dintre pacienții cu stare comatoasă în contextul accidentului vascular cerebral se recuperează
 - C. 11% dintre pacienții cu leziuni cerebrale hipoxice ischemice apărute după un stopcardiac se recuperează
 - D. 70% dintre pacienții cu stare comatoasă în contextul accidentului vascular cerebral se recuperează
 - E. Starea vegetativă (SV) este o consecință a afectării difuze corticale
4. În cazul pacientului inconștient monitorizarea funcției cerebrale include:
 - A. Se urmărește mărimea pupilelor și reacția lor la lumină
 - B. Axe oculare divergente indică o leziune la nivelul trunchiului cerebral
 - C. Axe oculare divergente indică o leziune la nivelul lobului frontal
 - D. O leziune la nivelul lobului frontal determină devierea conjugată a globilor oculari spre leziune și spre membrele paralizate
 - E. Ochii „ping pong” pot fi observați și în coma profundă datorată leziunilor corticale extinse

5. Sunt corecte afirmațiile referitoare la starea vegetativă
 - A. Funcțiile trunchiului cerebral sunt intacte
 - B. Pacientul în stare vegetativă poate prezenta mișcări ca răspuns la o anumită voce
 - C. Funcția respiratorie nu este pastrată
 - D. Pacientul în stare vegetativă nu prezintă niciun semn de conștiență sau răspuns la stimuli din mediul înconjurător, cu excepția unor mișcări reflexe
 - E. Mișcări verticale voluntare ale globilor oculari sau clipit sunt intacte
6. Sunt incluse în principiile de tratament ale stărilor de coma:
 - A. Hidratarea se realizează exclusiv prin perfuzii
 - B. Nutriție - prin sonda nazogastrică sau PEG (gastrostoma percutană)
 - C. Evitarea leziunilor de decubit
 - D. Necesită îngrijirea atentă a căilor aeriene
 - E. Igiena orală - aspirarea cavității bucale
7. Tulburările cerebrale difuze care pot determina starea comatoasă, includ:
 - A. Hemoragia sau infarctul la nivelul trunchiului cerebral
 - B. Statusul epileptic
 - C. Insuficiența respiratorie cu retenție de CO₂
 - D. Hiposodemia
 - E. Encefalita
8. Semnele de lateralizare constau în:
 - A. Asimetria feței: curgerea salivei sau lacrimilor pe partea deficitară
 - B. Asimetria reflexelor osteotendinoase
 - C. Reflex cutanat plantar în extensie - bilateral
 - D. Răspuns asimetric la stimuli dureroși
 - E. Hipotonie generalizată
9. *Aparțin reflexelor de trunchi cerebral, exceptând:
 - A. Reflexul cornean
 - B. Reflexul de vomă
 - C. Reflexul vestibulo-ocular
 - D. Reflexul cutanat plantar
 - E. Reflexul ochilor de papușă
10. *Examenul neurologic al pacientului comatos include următoarele, exceptând:
 - A. Măsurarea temperaturii pacientului

- B. Evaluarea prin scala Glasgow
- C. Evaluarea fundului de ochi
- D. Evaluarea reflexelor de trunchi cerebral
- E. Evaluarea mișcărilor globilor ocular

11. *Patologiile care mimează coma includ:

- A. Sindromul de „locked-in”
- B. Acidoza metabolică severă
- C. Leziunile cerebrale hipoxic-ischemice din stopul cardiac
- D. Sindromul Wernicke-Korsakoff
- E. Insuficiența respiratorie cu retenție de CO₂

12. *Despre hemoragia subarahnoidiană (HSA) se pot afirma următoarele:

- A. Prezintă debut progresiv, cu atingerea amplitudinii maxime a cefaleei în aproximativ 10 minute
- B. Se caracterizează prin apariția rigidității cefei și prezența semnelor Kernig
- C. Specificitatea CT de a detecta HSA este de 95% în primele 24 ore de la debut
- D. Puncția lombară este obligatorie în primele 12 ore
- E. Meningita bacteriană acută și endocardita reprezintă cauze frecvente ale HSA

13. *Hematomul subdural acut:

- A. Reprezintă acumularea de sânge în spațiul subdural în urma rupturii unei vene
- B. Reprezintă acumularea de sânge în spațiul subdural în urma rupturii unei artere
- C. Se întâlnește frecvent la vârstnici și pacienții aflați sub tratament anticoagulant
- D. Determină hemipareză sau deficit senzorial contralateral și dilatare pupilară ipsilaterală
- E. Secvența FLAIR la RMN este mai sensibilă pentru detectarea hematoamelor mai mici, datorită prezenței metemoglobinei

14. *Accidentul vascular cerebral se caracterizează prin :

- A. Sindrom de deficit neurologic focal brusc instalat, cauzat de ischemie sau hemoragie la nivel cerebral, retinian sau spinal
- B. Sindrom de disfuncție neurologică focală brusc instalată, cauzată de ischemie cerebrală sau retiniană
- C. Prezența simptomatologiei timp de maxim 24 ore
- D. Incidență crescută în rândul populației afro-americane și caucaziene
- E. Tromboza în sinusurile venoase cerebrale, la nivel retinian sau spinal

15. *Controlul următorilor factori de risc prezintă corelație majoră cu reducerea riscului de AVC hemoragic:
 - A. Hipertensiunea arterială
 - B. Fumatul
 - C. Alcoolul
 - D. Obezitatea
 - E. Stilul de viață
16. *Principalele surse de embolie cerebrală sunt:
 - A. Trombii cardiaci la pacienții cu infarct miocardic
 - B. Vegetații în endocardita infecțioasă
 - C. Plăci aterosclerotice de la nivelul arcului aortic
 - D. Policitemia
 - E. Toate variantele de mai sus
17. *Următoarele simptome fac parte din caracteristicile clinice ale atacului ischemic tranzitor (AIT) în teritoriul carotidian, cu excepția:
 - A. Amauroza fugax
 - B. Diplopia
 - C. Hemipareza
 - D. Afazia
 - E. Hemianopsia
18. *Diagnosticul diferențial al atacului ischemic tranzitor (AIT) se realizează cu:
 - A. Migrena cu aură
 - B. Epilepsia focală
 - C. Angiopatia amiloidă cerebrală
 - D. Procese expansive intracraniene
 - E. Toate variantele de mai sus
19. *Următoarele simptome fac parte din tabloul clinic al sindromului bulbar lateral, cu excepția:
 - A. Sindrom Horner ipsilateral
 - B. Vertij
 - C. Disfagie
 - D. Hemihipoestezie ipsilaterală
 - E. Hemihipoestezie contralaterală
20. Cele mai frecvente cauze ale AVC ischemic sunt reprezentate de:

- A. Ateromatoză la nivelul porțiunii proximale a arterelor carotide interne
 - B. Ateromatoza intracraniană
 - C. Embolia grăsoasă, by-passul aorto-coronarian
 - D. Embolie arterio-arterială
 - E. Tromboza unei placi aterosclerotice ulcerate
21. Controlul următorilor factori de risc prezintă corelație moderată cu reducerea riscului de AVC ischemic:
- A. Fumatul
 - B. Alcoolul
 - C. Colesterolul
 - D. Apneea în somn
 - E. Stenoza carotidiană severă
22. Următoarele afirmații despre atacul ischemic tranzitor (AIT) sunt adevărate:
- A. Nu se caracterizează prin zona de infarct evidentiată imagistic
 - B. Hemipareza și afazia sunt cele mai frecvente manifestări
 - C. Un scor ABCD2 > 4 este asociat cu un risc crescut pentru AVC în următoarea săptămână
 - D. Un scor ABCD2 < 4 este asociat cu un risc scăzut pentru AVC în primele 2 zile
 - E. Investigațiile efectuate includ ultrasonografia Doppler carotidiană, Holter-ECG, RMN cerebral sau angio-CT
23. Următoarele simptome fac parte din tabloul clinic al ocluziei complete de artera cerebrală medie (ACM):
- A. Hemipareza ipsilaterală
 - B. Pareză facială centrală controlaterală
 - C. Pareză facială periferică
 - D. Deviere oculocefalogiră spre partea leziunii
 - E. Afazie în leziunile emisferului dominant
24. Următoarele afirmații sunt false, cu excepția:
- A. Infarctele în teritoriul arterei cerebrale anterioare (ACA) produc hemipareza predominant crurală
 - B. Infarctele în teritoriul arterelor perforante lenticulostriate produc hemiplegie contralaterală
 - C. Infarctele în teritoriul arterei cerebrale medii (ACM) drepte superficiale produc hemipareză dreaptă predominant facio-brahială și afazie

- D. Infarctele în teritoriul ACM drept produc hemipareză stanga predominant facio-brahiala contralaterală, neglijența vizuală și negarea dizabilității
- E. Infarctele în teritoriul arterei cerebrale posterioare(ACP) produc hemisindrom motor, senzitiv sau senzitivo-motor contralateral
25. Infarctele în teritoriul posterior (vertebro-bazilar) pot determina:
- A. Hemipareza sau tetrapareza prin afectarea tractului corticospinal
 - B. Coma sau alterarea stării de conștiență prin afectarea formațiunii reticulate
 - C. Tulburări senzitive la nivelul feței prin afectarea lemniscului medial și al tractului spino-talamic
 - D. Sindrom Horner prin afectarea fibrelor parasimpatice cervicale
 - E. Diplopie prin afectarea nervului optic
26. Sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Sindromul Balint este cauzat de ischemie la nivelul regiunii de graniță irigată de art. cerebrală medie (ACM) și art. cerebrală posterioară (ACP)
 - B. Boala Binswanger asociază demența, AIT și episoade de AVC la pacienții hipotensivi
 - C. Infarctele lacunare sunt frecvent asimptomatice, având dimensiuni mici $<1,5 \text{ cm}^3$
 - D. Sindromul Anton apare în leziuni unilaterale ale ACP
 - E. Infarctele de graniță nu pot apărea datorită unei stenoze severe la nivelul proximal al arterelor carotide
27. Următoarele investigații sunt esențiale în patologia vasculară:
- A. Ultrasonografia Doppler în primele 24 ore
 - B. RMN Cerebral, secvența de difuzie ponderată(DWI)
 - C. RMN Cerebral, secvența de perfuzie (PWI)
 - D. Hemoleucograma, glicemie și coagulograma
 - E. CT cerebral în faza acută, pentru evidențierea infarctului
28. Tromboliza:
- A. Reduce zona infarctului cerebral
 - B. Are o fereastră terapeutică de 4,5 ore
 - C. 20% din doza totală trebuie administrată iv în bolus, în mai puțin de 1 minut
 - D. Se efectuează cu activatori tisulari ai plasminogenului (Alteplase)
 - E. Se efectuează cu activatori tisulari ai plasminogenului (Tenecteplase)
29. Următoarele reprezintă criterii de eligibilitate în vederea inițierii trombolizei intravenoase, cu excepția:

- A. Imagistica exclude hemoragia
 - B. Simptome de AVC cu ameliorare rapidă
 - C. Tensiune arterială sistolică persistentă <185, diastolică <110 mmhg, sau care nu necesită terapie agresivă de control a tensiunii arteriale
 - D. Tensiune arterială sistolică persistentă >185, diastolică >10 mmhg, sau care nu necesită terapie agresivă de control a tensiunii arteriale
 - E. Diagnosticul clinic al AVC ischemic
30. Următoarele reprezintă criterii de excludere în vederea inițierii trombolizei intravenoase:
- A. Trombocite <100.000/mm³
 - B. Istoric de hemoragie intracraniană în antecedente
 - C. Persistența deficitului neurologic
 - D. INR <1,7
 - E. Vârsta pacientului
31. Fac parte din prevenția secundară a AVC, următoarele:
- A. Terapia antiplachetară
 - B. Craniectomia decompresivă
 - C. Terapia hipolipemiantă
 - D. Terapia antihipertensivă
 - E. Terapia anticoagulantă
32. Despre terapia antiplachetară se pot afirma următoarele:
- A. Sunt inițiate pentru AVC ischemice cardioembolice
 - B. Sunt inițiate în doze mari (300 mg aspirină)
 - C. Sunt inițiate în doze mari (300 mg clopidogrel)
 - D. Se administrează dacă tromboliza este contraindicată
 - E. Se administrează înainte de efectuarea imagisticii cerebrale
33. Despre terapia anticoagulantă se pot afirma următoarele, cu excepția:
- A. Se inițiază în cazurile de AVC hemoragic
 - B. Se administrează în cazurile de AVC ischemic de natură cardioembolică, la pacienții cu fibrilație atrială încă de la debutul simptomatologiei
 - C. Se administrează în următoarele 24 ore de la tromboliză
 - D. Se administrează în cazurile de tromboză venoasă cerebrală
 - E. Warfarina prezintă un risc de hemoragie mai mic decât anticoagulantele orale directe
34. Reabilitarea neurologică după un AVC presupune:

- A. Inițierea fizioterapiei în primele săptămâni după AVC, în vederea prevenirii spasticității
 - B. Izolarea socială a pacientului
 - C. Montarea de bare pentru suport la domiciliu
 - D. Terapie ocupațională
 - E. Montarea sondelor nazogastrice sau a gastrostomelor la pacienții afazici
35. Următoarele afirmații despre stenozele carotidiene nu sunt adevărate:
- A. Stenozele carotidiene simptomatice moderate sunt asociate cu un risc de recurență crescut al AVC, dacă pacientul a prezentat un AIT
 - B. Endarterectomia se efectuează la pacienții cu stenoze simptomatice > 70%, în primele 2 săptămâni după AVC
 - C. riscul dezvoltării unui AVC după stentare este mai scăzut comparativ cu alternativa chirurgicală
 - D. Stenozele <70 % necesită stentare
 - E. Ocluzia carotidiană necesită întotdeauna endarterectomie
36. Dintre pacienții cu AVC :
- A. 10% decedează în primii 2 ani
 - B. Cei cu AVC hemoragic au o mortalitate precocă mai mare decât în cazul celor cu AVC ischemic
 - C. 30-40% supraviețuiesc pe o perioadă de 3 ani
 - D. Majoritatea prezintă dizabilități ce necesită îngrijire instituționalizată
 - E. Cei care dezvoltă hemiplegie, prezintă un prognostic nefavorabil
37. Posibilele cauze ale trombozelor venoase cerebrale sunt:
- A. Sarcina
 - B. Stări de hipercoagulabilitate
 - C. Boli maligne
 - D. Migrena
 - E. Deshidratarea
38. Etiologia hemoragiei intracerebrale include:
- A. Hipertensiunea arterială
 - B. Angiopatia amiloidă cerebrală
 - C. Malformațiile arteriovenoase
 - D. Fumatul
 - E. Diabetul zaharat

39. Cauzele secundare de hemoragie intracerebrală includ:
- Cavernoamele
 - Anevrismele
 - Trombozele durale venoase
 - Malformatiile arterio-venoase
 - Tabagismul
40. *Hemoragiile intracerebrale cauzate de hipertensiunea arterială se localizează cu predilecție în :
- Meninge
 - Lepto-meninge
 - Spațiul subarahnoidian
 - Maduva spinării
 - Nucleii bazali
41. *Hemoragia subarahnoidiană reprezintă:
- Acumularea de sânge în emisferele cerebrale
 - Acumularea de sânge în spațiul subdural
 - Sângerarea arterială spontană în spațiul subarahnoidian
 - Acumularea de sânge în trunchiul cerebral
 - Sângerarea spontană la nivelul unei tumori
42. Tratamentul accidentului vascular hemoragic este:
- Nu există tratament pentru accidentul vascular hemoragic
 - Medical
 - Chirurgical
 - Se administrează tratament anticoagulant
 - Nu este necesar controlul tensiunii arteriale
43. Cauzele hemoragiei subarahnoidiene sunt:
- Fibrilația atrială
 - Stenozele carotidiene
 - Anevrismul sacular
 - Malformațiile arterio-venoase
 - Infecțiile bacteriene
44. Caracteristicile clinice ale hemoragiei subarahnoidiene sunt:
- Apare, de obicei, ca o cefalee foarte severă
 - Cefalee are debut brusc

- C. Cefaleea este urmată de obicei, de vărsături și comă
D. Nu poate surveni edem papilar și hemoragie retiniana
E. Nu apare rigiditatea cefei
45. Investigațiile pacientului cu hemoragie subarahnoidiana includ:
- A. Electroencefalograma
 - B. Viteze de conducere nervoasă
 - C. Angiografia prin cateterism
 - D. Angiografia CT
 - E. Imagistica prin CT
46. Complicațiile hemoragiei subarahnoidiene sunt:
- A. Embolia arterială
 - B. Ocluzia arterei cerebrale posterioare
 - C. Hidrocefalia
 - D. Spasmul arterial
 - E. Malformațiile arterio-venoase
47. Hematomul subdural se caracterizează prin:
- A. Reprezintă acumularea de sânge în spațiul subdural
 - B. Apare de obicei după un traumatism
 - C. Cefaleea, somnolența și confuzia nu sunt comune
 - D. Nu pot să apară deficite focale
 - E. Nu pot să apară crize epileptice
48. Hemoragia extradurală se caracterizează prin :
- A. Apare prin ruperea unei ramuri a arterei meningeale mijlocii
 - B. Necesită intervenție neurochirurgicală de urgență
 - C. Necesită imagistică CT sau RMN
 - D. Nu necesită investigații imagistice
 - E. Nu există tratament pentru această patologie
49. Următoarele afirmații despre tromboza venoasă cerebrală sunt corecte:
- A. Traumatismul cranian nu poate fi o cauză
 - B. Este, de obicei, asociată cu un factor protrombotic
 - C. Tratamentul inițial este cu heparină
 - D. Infecția dintr-un sinus paranasal nu poate fi prezentă
 - E. Nu se administrează anticonvulsivante

50. Tratamentul imediat al meningitei meningococice suspectată la primul contact, înaintea altor investigații cuprinde:
- A. Vancomicină
 - B. Cefalosporină de generația a treia
 - C. Dexametazonă, cu sau înainte de prima doză de antibiotic
 - D. Aspirină
 - E. Chinolone
51. Sindromul meningian cuprinde:
- A. Cefalee
 - B. Afazie
 - C. Rigiditate a cefei
 - D. Mișcări coreice
 - E. Ataxie
52. Agenții patogeni care pot cauza meningită cronică includ:
- A. Virusul Influenza de tip A
 - B. Criptococul
 - C. Treponema pallidum
 - D. Bacilul Koch
 - E. Rabia
53. Modificările tipice ale lichidului cefalorahidian în meningita bacteriană includ:
- A. Lichid cefalorahidian de aspect limpede
 - B. Polimorfonucleare absente
 - C. Proteine 0.5-2.0 g/L
 - D. Glucoză < ½ glicemie
 - E. Monocite 100-300/mm³
54. Semnele clinice frecvent întâlnite în encefalita includ:
- A. Febră
 - B. Schimbări de personalitate și comportament
 - C. Afazie (în special în encefalita herpetică)
 - D. Ataxie tabetică
 - E. Tulburări de sensibilitate la nivelul membrelor, cu distribuție distală, bilateral
55. Diagnosticul diferențial al meningitei acute include:
- A. Accidentul vascular cerebral ischemic
 - B. Hemoragia subarahnoidiană

- C. Migrena
 - D. Miastenia
 - E. Sindromul Guillain-Barré
56. *Un pacient cu sindrom meningian prezintă următorul rezultat la examenul lichidului cefalorahidian: aspect limpede, 80 monocite/mm³, polimorfonucleare absente, proteine 0.5 g/L, glucoza > ½ glicemie. Rezultatul este sugestiv pentru:
- A. Meningită bacteriană
 - B. Meningită virală
 - C. Meningită tuberculoasă
 - D. Abces cerebral
 - E. Lichidul cefalorahidian nu prezintă modificări patologice
57. *La un pacient cu meningită acută cu *Hemophilus* se recomandă tratament cu:
- A. Cefalosporine de generația întâi (ex. cefazolin)
 - B. Fluorochinolone (ex. ciprofloxacină)
 - C. Cefalosporine de generația a treia (ex. cefotaximă)
 - D. Aciclovir
 - E. Imunoglobuline intravenoase

- | | | | |
|----|------------|----|---------|
| 1 | A, E | 40 | E |
| 2 | A, B, C | 41 | C |
| 3 | A, B, C, E | 42 | B, C |
| 4 | A, B, E | 43 | C, D |
| 5 | A, D | 44 | A, B, C |
| 6 | B, C, D, E | 45 | C, D, E |
| 7 | B, C, D, E | 46 | C, D |
| 8 | A, B, C, D | 47 | A, B |
| 9 | D | 48 | A, B, C |
| 10 | A | 49 | B, C |
| 11 | A | 50 | B, C |
| 12 | B | 51 | A, C |
| 13 | A | 52 | B, C, D |
| 14 | A | 53 | C, D |
| 15 | A | 54 | A, B, C |
| 16 | E | 55 | B, C |
| 17 | B | 56 | B |
| 18 | E | 57 | C |
| 19 | D | | |
| 20 | A, B, D, E | | |
| 21 | B, C, D | | |
| 22 | A, B, E | | |
| 23 | B, D, E | | |
| 24 | A, B, D | | |
| 25 | A, B | | |
| 26 | A, C | | |
| 27 | A, B, D | | |
| 28 | A, B, D | | |
| 29 | B, C, D | | |
| 30 | A, B | | |
| 31 | C, D | | |
| 32 | B, D | | |
| 33 | A, B, C, E | | |
| 34 | A, C, D | | |
| 35 | A, C, D, E | | |
| 36 | B, C, E | | |
| 37 | A, B, C, E | | |
| 38 | A, B, C | | |
| 39 | A, B, C, D | | |

CAP. IX - BOLI INFECȚIOASE

1. *În sepsis, are valoare prognostică:
 - A. Fibrinogenul
 - B. Proteina C reactivă
 - C. Leucocitoza
 - D. Nivelul lactat
 - E. Viteza de sedimentare a hematiilor
2. *Utilizarea excesivă a antibioticelor intravenoase cu spectru larg poate fi asociată cu infecții cu:
 - A. Pseudomonas
 - B. C. difficile
 - C. Acinetobacter
 - D. Stafilococ
 - E. Pneumococ
3. *Amoxicilina și ampicilina produc o erupție la 90% din pacienții cu:
 - A. Meningită meningococică
 - B. Meningită pneumococică
 - C. Mononucleoză infecțioasă
 - D. Infecție urliană
 - E. Tuse convulsivă
4. *Amoxicilina/acid clavulanic poate produce:
 - A. Icter hemolitic
 - B. Icter colestatic
 - C. Icter obstructiv
 - D. Icter la nou-născuți
 - E. Icter neoplazic
5. *Sulfametoxazolul este administrat în combinație cu:
 - A. Azitromicina
 - B. Minociclina
 - C. Telitromicina
 - D. Trimetoprim
 - E. Polimixina

6. *Reprezentantul clasei de antibiotice monobactami este:
 - A. Ceftarolina
 - B. Aztreonam
 - C. Imipenem
 - D. Teicoplanina
 - E. Daptomicina

7. *Chemoprolaxia antibiotică în meningită datorată *Haemophilus influenzae* tip B, în reducerea portajului nazofaringian și prevenirea infecției contactilor, se face la adulți cu:
 - A. Rifampicina 600mg zilnic 4 zile
 - B. Azitromicina 500mg zilnic 7 zile
 - C. Metronidazol 250mg zilnic 4 zile
 - D. Trimethoprim/sulfametoxazol 400/80mg zilnic 5 zile
 - E. Nitrofurantoin 100mg zilnic 14 zile

8. *În prezent, sepsisul este definit ca:
 - A. O disfuncție de organ amenințătoare de viață provocată de un răspuns normal al gazdei la infecție
 - B. O disfuncție de organ amenințătoare de viață provocată de un răspuns anormal al gazdei la infecție
 - C. O infecție de tract respirator superior
 - D. O infecțiecronică
 - E. O inflamație acută

9. *Doxicilina este:
 - A. O carbapenemă
 - B. O fluorochinolonă
 - C. Un aminoglicozid
 - D. O tetraciclină
 - E. O penicilină

10. *Rifamixina:
 - A. Este o rifampicină cu abdsorbiție intestinală scăzută
 - B. Nu este utilizată în tratamentul encefalopatiei portosistemice
 - C. Nu se folosește în prevenția diareei călătorului
 - D. Este folosită în infecțiile din sfera ORL
 - E. Nu poate fi folosită pe termen scurt în sindromul intestinului iritabil

11. *Gentamicina:
 - A. Nu poate fi utilizată parenteral
 - B. Nu este eficientă împotriva multor organisme
 - C. Poate fi utilizată parenteral
 - D. Este o fluorochinolonă
 - E. Este o carbapenemă

12. Grupe cu risc pentru sepsis sunt:
 - A. Pacienții operați
 - B. Nou-născuții
 - C. Pacienții imunodeprimați iatrogen
 - D. Vârstnicii (>65 de ani)
 - E. Gravidele

13. Markerii nespecfici ai inflamației și ai disfuncției de organ sunt:
 - A. Leucocitoza
 - B. Proteina C reactivă crescută
 - C. Trombocitopenia
 - D. Creșterea creatininei
 - E. Creșterea colesterolului

14. „Sepsis Six” include:
 - A. Administrarea de adrenalină
 - B. Recoltare de hemoculturi
 - C. Se instituie tratament cu antibiotice cu spectru larg
 - D. Administrarea rapidă de lichide
 - E. Administrarea de oxigen

15. Deciziile privind antibioterapia după 72 de ore includ:
 - A. Oprirea tratamentului antibiotic
 - B. Dezescaladarea antibioterapiei către tratamentul per os
 - C. Schimbarea tratamentului
 - D. Continuarea tratamentului intravenos
 - E. Administrarea de eubiotice

16. Antibioticele betalactamice includ:
 - A. Carbapeneme
 - B. Aminoglicozide
 - C. Peniciline

- D. Cefalosporine
E. Monobactami
17. Carbapenemele includ:
- A. Imipenem
 - B. Meropenem
 - C. Doripenem
 - D. Ertapenem
 - E. Dltindapenem
18. Chinolonele includ:
- A. Ciprofloxacina
 - B. Levofloxacina
 - C. Moxifloxacina
 - D. Amikacina
 - E. Tobramicina
19. Aminoglicozidele includ:
- A. Teicoplanina
 - B. Gentamicina
 - C. Amikacina
 - D. Tobramicina
 - E. Vancomicina
20. Tetracilinele includ:
- A. Doxiciclina
 - B. Minociclina
 - C. Tetraciclina
 - D. Oxitetraciclina
 - E. Telitromicina
21. Macrolidele includ:
- A. Azitromicina
 - B. Telitromicina
 - C. Eritromicina
 - D. Claritromicina
 - E. Vancomicina
22. Nitroimidazolii includ:

- A. Nimorazol
 - B. Tinidazol
 - C. Metronidazol
 - D. Sulfametoxazol
 - E. Cotrimoxazol
23. Cele mai frecvente origini ale infecției sunt:
- A. Tractul digestiv
 - B. Tractul urinar
 - C. Tractul biliar
 - D. Tractul respirator inferior
 - E. Tractul genital
24. Grupe cu risc pentru sepsis sunt:
- A. Pacienții cu asplenism
 - B. Pacienții cu boli autoimune
 - C. Pacienții cu encefalite
 - D. Pacienții cu ciroză
 - E. Pacienții cu tratament imunosupresor
25. Factorii care influențează evoluția unei infecții spre sepsis sunt:
- A. Virulența agentului patogen
 - B. Încărcătura microbiană
 - C. Locul infecției
 - D. Răspunsul gazdei
 - E. Comorbiditățile nu sunt importante în evoluția unei infecții spre sepsis
26. Antibioticele care pot fi administrate în doză unică zilnică sunt:
- A. Ceftriaxona
 - B. Meropenem
 - C. Ertapenem
 - D. Amikacina
 - E. Teicoplanina
27. Reacțiile de hipersensibilitate imediată care includ anafilaxia se caracterizează prin:
- A. Tuse repetată
 - B. Edem facial
 - C. Erupecie

- D. Dispnee severă
E. Cefalee
28. În alergiile severe la penicilină trebuie evitate:
A. Fluorochinolonele
B. Monobactamii
C. Aminoglicozidele
D. Cefalosporinele
E. Carbapenemele
29. Oxazolidinonele includ :
A. Vancomicina
B. Tigeciclina
C. Daptomicina
D. Linezolid
E. Tedizolid
30. Grupe cu risc pentru sepsis sunt:
A. Pacienții care cu antecedente de sepsis
B. Pacienții cu meningite
C. Pacienții cu dispozitive medicale permanente
D. Dependenții de alcool
E. Pacienții cu HIV
31. „Sepsis Six” include:
A. Se măsoară nivelul lactatului
B. Recoltare de hemoculturi
C. Administrarea de eubiotice
D. Administrarea rapidă de lichide
E. Se monitorizează diureza și bilanțul hidric orar
32. Sepsisul reprezintă o urgență medicală, antibioterapia empirică trebuie:
A. Prescrisă în interval de o ora de la prezentare
B. Prescrisă în interval de patru ore de la prezentare
C. Revizuită la 72 ore, când devin disponibile rezultatele antibiogrammei
D. Revizuită la 24 ore, când devin disponibile rezultatele antibiogrammei
E. Amânată cu 24 ore de la prezentare

33. Parametrii care trebuie evaluați la alegerea inițială a regimului antibiotic includ:
- Antecedentele heredo-colaterale
 - Calea de administrație
 - Durata tratamentului
 - Monitorizarea eventualei toxicități
 - Ajustarea dozelor în insuficiența hepatică/renală
34. Grupele la risc crescut de a dezvolta sepsis includ:
- Vârstnicii (>65 ani) și pacienții foarte tineri (nou-nascuții)
 - Pacienții cu afecțiuni medicale imunosupresoare (HIV, asplenism, ciroză, boli autoimune)
 - Pacienții imunosuprimați iatrogen (cei aflați în tratament imunosupresor, inclusiv corticoizii sistemici)
 - Pacienții cu dispozitive medicale permanente, mai ales dacă acestea traversează barierele normale împotriva infecțiilor
 - Gravidele nu reprezintă o grupă de risc
35. Sepsisul asociat asistentei medicale, un subgrup al sepsisului dobândit comunitar, se definește ca sepsis instalat la:
- Pacienții externati în ultimele 30 zile
 - Pacienții din unități de îngrijiri cronice dar nu cei care locuiesc în comunități închise
 - Pacienții care accesează tratament medical ambulator (ex.pacienți care necesită hemodializă)
 - Pacienții internați
 - Pacienții care nu au avut contact cu sistemul de sănătate
36. Clinic, au șoc septic pacienții care necesită:
- Suport vasopresor pentru menținerea unei tensiuni arteriale medii de cel puțin 65 mmHg sau mai mare,
 - Prezintă o concentrație ridicată a lactatului seric (>2mmol/L) în pofida resuscitării volumice adecvate.
 - Suport vasopresor pentru menținerea unei tensiuni arteriale medii de cel mult 15 mmHg,
 - Prezintă o concentrație scăzută a lactatului seric (<1mmol/L) în pofida resuscitării volumice adecvate.
 - Hipertensiune arterială
37. Scorul qSOFA al unui pacient este considerat pozitiv dacă se întrunesc minim doua din criteriile următoare:

- A. Scor de coma Glasgow < 15
 - B. Scor de coma Glasgow < 6
 - C. Frecvența respiratorie >- 22 respirații/min
 - D. Presiune arterială sistolică <- 100mmHg
 - E. Presiune arterială sistolică >150 mmHg
38. Scorul SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) se calculează în funcție și de următorii parametri:
- A. Respirator
 - B. Coagulare
 - C. Hepatic
 - D. Cardiovascular
 - E. Sistem neuroendocrin
39. Microorganismele care cauzează infecțiile nosocomiale sunt:
- A. Mai puțin virulente dar adeseori multirezistente
 - B. Mai puțin virulente dar rareori multirezistente
 - C. Mai ușor de tratat
 - D. Mai dificil de tratat
 - E. Extrem de virulente
40. Infecțiile dobândite comunitar:
- A. Au tendința să fie severe
 - B. Au tendința să fie ușoare
 - C. Sunt adesea cauzate de microorganism virulente, dar mai degrabă sensibile la antibiotic
 - D. Sunt adesea cauzate de microorganism virulente, dar mai degrabă multirezistente la antibiotic
 - E. Nu se tratează cu antibiotic
41. În timp ce metodele care implică prelevarea de culturi rămân standardul de aur, dezavantajele lor includ:
- A. Întârzierea obținerii rezultatelor (în general durează în jur de 24 ore pentru pozitivare, și 48 ore pentru o identificare bacteriană)
 - B. Întârzierea obținerii rezultatelor (în general durează în jur de 72 ore pentru pozitivare, și încă 72 ore pentru o identificare bacteriană)
 - C. Culturile pot fi negative dacă înainte de recoltare au fost administrate antibiotice
 - D. Culturile pot fi negative dacă după recoltare au fost administrate antibiotice
 - E. Culturile pot fi negative dacă înainte de recoltare s-a administrat antiinflamator

42. La 72 de ore, când majoritatea culturilor devin disponibile, trebuie luată una din următoarele decizii:
- Oprirea tratamentului antibiotic
 - Dezescaladarea antibioterapiei către tratamentul per os
 - Schimbarea tratamentului
 - Continuarea tratamentului intravenos
 - Externarea pacientului fără tratament antibiotic
43. Profilaxia antibiotică nu este recomandată pentru prevenirea endocarditei la pacienții care urmează proceduri la nivelul:
- Tract respirator superior
 - Tract genito-urinar
 - Tract respirator inferior (inclusiv proceduri din sfera otorinolaringologiei și bronhoscopiei)
 - Sistem nervos
 - Sistem muscular
44. Din categoria cefalosporinenelor fac parte:
- Ertapenem
 - Meropenem
 - Cefuroxim oral
 - Cafotaxim
 - Ciprofloxacina
45. Din categoria glicopeptide și lipoglicopeptide fac parte:
- Azitromicina
 - Eritromicina
 - Doxiciclina
 - Teicoplanina
 - Vancomicina
46. Cefalosporinele:
- Sunt superioare penicilinelor
 - Activitatea lor se extinde asupra multor bacterii Gram-negative și Gram-pozitive cu excepția enterococilor și a bacteriilor Gram-negative anaerobe
 - Toxicitatea nu este asemănătoare cu cea a penicilinelor
 - Sunt inferioare penicilinelor
 - Ceftarolina și Ceftobiprol sunt active împotriva MRSA

47. Carbapenemele:

- A. Au cel mai îngust spectru antibiotic
- B. Au cel mai larg spectru antibiotic
- C. Au doză și frecvență de administrare diferită
- D. Sunt active doar pe bacteriile Gram-negative
- E. Nu au efecte adverse

48. Macrolidele:

- A. Inhibă sinteza proteinelor prin întreruperea funcției ribozomale
- B. Eritromicina poate fi utilizată la pacienți cu alergie la penicilină
- C. Poate fi administrate per os sau parenteral
- D. Diareea, vărsăturile și durerile abdominale sunt principalele efecte adverse al eritromicinei
- E. Prelungirea intervalului QT nu este un efect cardiac cunoscut al macrolidelor

49. Tetraciclina:

- A. Sunt medicamente bacteriostatice care posedă patru nuclee de hidronaftcen
- B. Sunt medicamente bacteriostatice care posedă trei nuclee de hidronaftcen
- C. Tigeciclina este o glicilciclina injectabilă care este înrudită structural cu tetraciclina
- D. Inhibă sinteza proteinelor
- E. Prezintă neurotoxicitate

50. Clindamicina:

- A. Este utilizată pe scară largă
- B. Nu este activă împotriva cociilor Gram-pozitivi
- C. Este activă împotriva anaerobilor
- D. Este utilizată în tratamentul osteomielitei
- E. Nu este utilizată pe scară largă

51. Staphylococcus aureus rezistent la metilicilină:

- A. Zeci de ani, tratamentul de primă intenție a fost vancomicina intravenos
- B. Pentru o eficiență terapeutică maximă sunt necesare niveluri de 15-20 mg/L
- C. O alternativă la tratamentul intravenos cu vancomicina este linezolidul
- D. Tratamentul empiric cuprinde doar clindamicina
- E. Tratamentul empiric cuprinde doar cefalosporinele

RĂSPUNSURI CAP. IX - BOLI INFECȚIOASE

- | | | | |
|----|------------|----|------------|
| 1 | D | 40 | A, C |
| 2 | B | 41 | A, C |
| 3 | C | 42 | A, B, C, D |
| 4 | B | 43 | A, B, C |
| 5 | D | 44 | C, D |
| 6 | B | 45 | D, E |
| 7 | A | 46 | A, B |
| 8 | B | 47 | B, C |
| 9 | D | 48 | A, B, C, D |
| 10 | A | 49 | A, C, D |
| 11 | C | 50 | C, D, E |
| 12 | B, C, D, E | 51 | A, B, C |
| 13 | A, B, C, D | | |
| 14 | B, C, D, E | | |
| 15 | A, B, C, D | | |
| 16 | A, C, D, E | | |
| 17 | A, B, C, D | | |
| 18 | A, B, C | | |
| 19 | B, C, D | | |
| 20 | A, B, C, D | | |
| 21 | A, B, C, D | | |
| 22 | A, B, C | | |
| 23 | B, C, D | | |
| 24 | A, B, D, E | | |
| 25 | A, B, C, D | | |
| 26 | A, C, D, E | | |
| 27 | B, C, D | | |
| 28 | D, E | | |
| 29 | D, E | | |
| 30 | A, C, D, E | | |
| 31 | A, B, D, E | | |
| 32 | A, C | | |
| 33 | B, C, D, E | | |
| 34 | A, B, C, D | | |
| 35 | A, B, C | | |
| 36 | A, B | | |
| 37 | A, C, D | | |
| 38 | A, B, C, D | | |
| 39 | A, D | | |

CAP. X - DERMATOLOGIE

1. *Reacții de hipersensibilitate la nivelul pielii:
 - A. Reacția de hipersensibilitate tip I este determinată de activitatea limfocitelor
 - B. Reacția de hipersensibilitate tip IV determinată de degranularea mastocitară
 - C. Reacția de hipersensibilitate tip IV apare la primul contact cu alergenul
 - D. Manifestarea cutanată din cadrul reacției de hipersensibilitate tip IV este asemănătoare rujeolei
 - E. Reacția de hipersensibilitate tip I apare la scurt timp după expunerea la alergen și ține câteva zile
2. *Erupția din cadrul reacțiilor de hipersensibilitate la nivelul pielii:
 - A. Au formă bine definită atunci când este o cauză externă
 - B. Au formă bine definită atunci când au o cauză internă
 - C. Au o distribuție imprecis delimitată, difuză când este o cauză externă
 - D. Printre cauzele frecvente ale dermatitei alergice de contact se numără salcâmul
 - E. În dermatita de contact erupția eritematoasă are dispoziție circinată
3. *Necroliza epidermică toxică (epidermoliza necrotică toxică):
 - A. Cea mai ușoară formă de reacție de hipersensibilitate
 - B. Leziunile cuprind <30% din suprafața corporală
 - C. Decolarea este superficială, limitată la nivelul extremităților
 - D. Debutează ca o erupție eritematoasă generalizată care progresează spre decolări cutanate extinse și formare de eroziuni
 - E. Analizele de laborator evidențiază scăderea numărului de mastocite, scăderea hemoglobinei, scăderea hematocritului
4. *Care dintre următoarele nu este considerată tumoră malignă cutanată:
 - A. Keratoza actinică
 - B. Carcinomul scuamocelular
 - C. Carcinomul bazocelular
 - D. Melanomul
 - E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte
5. *Celule din care se dezvoltă carcinomul bazocelular sunt?
 - A. Celulele epidermice scuamoase
 - B. Celulele epidermice bazale

- C. Celulele epidermice granuloase
 - D. Celulele epidermice cornoase
 - E. Celulele epidermice jonctionale
6. *Reacții de hipersensibilitate la nivelul pielii:
- A. Reacția de hipersensibilitate tip I este determinată de activitatea limfocitelor
 - B. Reacția de hipersensibilitate tip IV determinată de degranularea mastocitară
 - C. Reacția de hipersensibilitate tip IV apare la primul contact cu alergenul
 - D. Manifestarea cutanată din cadrul reacției de hipersensibilitate tip IV este asemănătoare rujelei
 - E. Reacția de hipersensibilitate tip I apare la scurt timp după expunerea la alergen și ține câteva zile
7. *Erupția din cadrul reacțiilor de hipersensibilitate la nivelul pielii:
- A. Au formă bine definită atunci când este o cauză externă
 - B. Au formă bine definită atunci când au o cauză internă
 - C. Au o distribuție imprecis delimitată, difuză când este o cauză externă
 - D. Printre cauzele frecvente ale dermatitei alergice de contact se numără salcâmul
 - E. În dermatita de contact erupția eritematoasă are dispoziție circinată
8. *Necroliza epidermică toxică (epidermoliza necrotică toxică):
- A. Cea mai ușoară formă de reacție de hipersensibilitate
 - B. Leziunile cuprind <30% din suprafața corporală
 - C. Decolarea este superficială, limitată la nivelul extremităților
 - D. Debutează ca o erupție eritematoasă generalizată care progresează spre decolări cutanate extinse și formare de eroziuni
 - E. Analizele de laborator evidențiază scăderea numărului de mastocite, scăderea hemoglobinei, scăderea hematocritului
9. *Pemfigusul vulgar este o afecțiune autoimuna caracterizată de apariția unor anticorpi împotriva:
- A. Hipodermului
 - B. Dermului reticular
 - C. Dermului papilar
 - D. Membranei bazale
 - E. Epidermului
10. Pemfigoidul bulos poate fi tratat cu:
- A. AINS

- B. Iradiere medulară
 - C. Corticosteroizi
 - D. Ciclofosamidă
 - E. Azatioprină
11. Factori de risc pentru dezvoltarea porfiriei cutanate tardive (dobândite)
- A. Abuz de droguri intravenoase
 - B. Alcoolism
 - C. Fumatul
 - D. Supraîncărcare cu fier
 - E. Tratament cu estrogeni
12. Semne clinice ale porfiriei cutanate tardive:
- A. Leziuni în regiunea inghinală și interfesier
 - B. Hipertricoză generalizată
 - C. Cicatrici postlezionale
 - D. Leziuni pe față
 - E. Piele hiperpigmentată
13. Paraclinic porfiriea cutanată tardivă este caracterizată de:
- A. Analizele renale modificate.
 - B. Analizele hepatice modificate.
 - C. Porfirină plasmatică crescută.
 - D. Porfirine urinare scăzute.
 - E. Porfirine urinare crescute.
14. Identificați afecțiunile caracterizate prin formarea de bule:
- A. Psoriazisul bulos
 - B. Pemfigusul vulgar
 - C. Pemfigoidul bulos
 - D. Sindromul Stevens-Johnson
 - E. Dermatita seboreică
15. În tratamentul porfiriei cutanate tardive se recomandă evitarea:
- A. Sării
 - B. Zaharului
 - C. Soarelui
 - D. Tutunului
 - E. Estrogenilor

16. Tratamentul profiriei cutanate tardive:
 - A. Corticosteroizi
 - B. AINS
 - C. Hidroxiclorochină
 - D. Fotoprotecție
 - E. Flebotomie
17. Care dintre următoarele sunt considerate tipuri de melanom cutanat?
 - A. Nodular
 - B. Extensiv în suprafață
 - C. Extensiv în profunzime
 - D. Lentigo malign
 - E. Acral lentiginos
18. Care dintre afirmațiile referitoare la carcinomul bazocelular sunt adevărate?
 - A. Factorul de risc cel mai frecvent incriminat în apariția acestui cancer este reprezentat de expunerea la soare
 - B. Clinic se caracterizează prin apariția unei papule perlate cu vascularizație fină la suprafață și ulcerare centrală
 - C. Tratamentul recomandat este utilizarea de 5-fluorouracil topic sau imiquimod, crioterapie
 - D. Tratamentul recomandat este excizie chirurgicală, excizie Mohs, radioterapie sau crioterapie
 - E. Metastazează frecvent
19. Care dintre afirmațiile următoare sunt false legate de keratoza actinică?
 - A. Este o papulă eritemato-scuamoasă rugoasă, localizată la nivelul zonelor expuse la soare
 - B. În evoluție leziunile pot sângera, pot ulceră sau pot deveni dureroase
 - C. Biopsia evidențiază epiteliu displazic
 - D. Biopsia evidențiază celule epidermice anaplastice care se extind în profunzime până în derm
 - E. Riscul de evoluție spre carcinom scuamocelular este 0,1%/an
20. Care dintre următoarele reprezintă factori de risc pentru apariția melanomului?
 - A. Expunerea la soare
 - B. Numărul mare de nevi
 - C. Istoric familial de melanom

- D. Tenul închis la culoare
- E. Tenul deschis la culoare

21. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate referitor la melanomul extensiv în suprafață?
- A. Este unul dintre tipurile rare de melanom
 - B. Este cel mai frecvent tip de melanom
 - C. Se extinde inițial în suprafață înainte de a se extinde în profunzime
 - D. Afectează palmele și tălpile
 - E. Crește doar vertical
22. Tratamentul recomandat în cazul pacienților cu melanom este?
- A. excizie chirurgicală cu margini de siguranță de 0,5 cm margine dacă este în situ,
 - B. excizie chirurgicală cu margini de siguranță de 1 cm margine dacă <2 mm grosime,) eventual disecție a ganglionilor limfatici
 - C. excizie chirurgicală cu margini de siguranță de 1,5 cm margine dacă <2 mm grosime,
 - D. excizie chirurgicală cu margini de siguranță de 2 cm margine dacă >2 mm grosime
 - E. chimioterapie și radioterapie dacă există metastaze
23. Care dintre următoarele afirmații referitoare la carcinomul scuamocelular sunt adevărate?
- A. Factorii de risc principali incriminați sunt expunerea la soare, keratozele actinice, tenul deschis la culoare, rănilor cronice, cicatrici
 - B. biopsia evidențiază celule epidermice anaplastice care se extind în profunzime până în derm
 - C. tratamentul este excizia chirurgicală excizia Mohs se recomandă în special pentru leziuni localizate la nivelul feței radioterapia poate fi de ajutor în cazul tumorilor mari
 - D. tratamentul de elecție constă în aplicații de 5-fluorouracil topic sau imiquimod sau crioterapie
 - E. evoluția tumorii este lentă, dar poate ajunge la dimensiuni mari până în momentul diagnosticului dacă este localizată într-o zonă greu de observat (spate, scalp)
24. Tratament recușilor de hipersensibilitate la nivelul pielii include:
- A. Îndepărtarea agentului declanșator sau oprirea contactului cu alergenul
 - B. Cazurile ușoare pot fi tratate cu corticosteroizi topici și antihistaminice
 - C. Cazurile ușoare pot fi tratate cu corticoizi orali
 - D. Corticosteroizii orali pot fi necesari la debutul leziunilor
 - E. Epinefrina este indicată în cazuri grave în care se produce angioedem al căilor respiratorii și/sau anafilaxie

25. Eritemul polimorf:

- A. Reacție cutanată de hipersensibilitate
- B. Este determinat de ingestia de substanțe caustice
- C. Leziunile au aspect de ”tras la țintă”
- D. Se asociază cu stare generală alterată și mialgii
- E. Leziunile pot fi macule, plăci sau vezicule

26. Sindromul Stevens-Johnson:

- A. Formă severă de eritem polimorf
- B. Apar plăci care afectează >30% din suprafața corporală
- C. Pacienții au risc crescut de deshidratare
- D. Semn Nikolsky este negativ
- E. Tratamentul implică oprirea agentului declanșator

27. Dermatita seboreică

- A. Este o hiperproliferare cronică a dermului
- B. Este localizată cel mai frecvent la nivelul toracelui posterior sau a feței
- C. Simptomatologia implică prurit, plăci eritematoase cu scuame galbene, grăsoase
- D. Tratament cuprinde emoliente la nou-născuți, șampon care conține seleniu sau ketoconazol
- E. Cradle cap (”crusta de lapte”) este numele dat popular dermatitei seboreice localizate pe fața nou-născuților

28. Leziunile cutanate din psoriasis:

- A. Sunt plăci eritematoase bine delimitate
- B. Au scuame argintii pe zonele de flexie
- C. Sângerează ușor la îndepărtarea scuamei (semnul Auschwitz)
- D. Se pot asocia pustule și vezicule
- E. Asociază pittingul unghial (leziuni punctiforme ale lamelor unghiale)

29. Tratamentul psoriazisului constă în:

- A. Emolienți
- B. Corticosteroizi topici
- C. Fototerapie
- D. Ciclosporina în formele ușoare
- E. Metotrexat

30. Eritem nodos:

- A. Inflamația dermului și a țesutului adipos rezultând noduli eritematoși, dureroși
- B. Cel mai frecvent este localizat la nivelul coapsei anterioare
- C. Cauzat de reacția imunologică de tip întârziat la infecții, boli autoimune de țesut conjunctiv, boli inflamatorii intestinale sau medicamente
- D. Nodulii eritematoși nu sunt dureroși la atingere
- E. Biopsia pielii poate evidenția fibroză în țesutul gras subcutanat (paniculită)

31. Identificați afirmațiile corecte referitor la Cradle cap (“Crusta de lapte”)

- A. Este vorba despre dermatita seboreică
- B. Apare la adolescenți
- C. Apare la nou-născuți
- D. Se asociază cu artrită psoriazică
- E. Apare în pitiriazis

32. Cauze frecvente ale dermatitei de contact:

- A. Țelina și morcovii
- B. Nichel
- C. Săpun
- D. Latex
- E. Cement

33. Virsul varicelo-zosterian este agentul etiologic în:

- A. Verucă vulgară
- B. Condilom
- C. Varicelă
- D. Orf
- E. Zona Zoster

34. Factori care agravează acneea:

- A. Utilizarea diureticelor
- B. Utilizarea corticosteroizilor
- C. Utilizarea antiaritmicelelor
- D. Excesul de hormoni tiroidieni
- E. Excesul de hormoni androgeni

35. *Cea mai mare prevalență a ITS se întâlnește:

- A. La pacienții de vârstă medie
- B. La persoanele heterosexuale
- C. În rândul populațiilor tinere

- D. În rândurile persoanelor cu parteneri stabili
E. La persoanele care folosesc regulat prezervativul
36. *Probe de laborator necesare examenului microbiologic:
- A. Probele endocervicale se recoltează prin introducerea dispozitivului de recoltare câțiva centimetri în colul uterin
 - B. Probele endocervicale se recoltează după îndepărtarea mucusului în exces
 - C. Dispozitivul de recoltare a probelor endocervicale se introduce prin mișcări înainte-înapoi
 - D. Recoltarea probelor endocervicale se face prin rotirea dispozitivului timp de 1-5 secunde
 - E. Probele vaginale se obțin prin rotirea dispozitivului de recoltare 10-15 secunde la nivelul fornixului anterior al vaginului
37. *Pachetul minim de investigații în cazul unei persoane asimptomatice cuprinde testarea pentru infecția cu:
- A. Chlamydia trachomatis
 - B. Candida albicans
 - C. Trichomonas vaginalis
 - D. Lactobacilii Doderlein
 - E. Escherichia coli
38. *Principala complicație asociată infecției cu Chlamydia trachomatis este:
- A. Vaginoza
 - B. Uveită
 - C. Boala inflamatorie pelvină (ce poate determina infertilitate tubară)
 - D. Uretrită
 - E. Rectocolită (cu scaune moi și sângerări masive)
39. *Cea mai mare prevalență a ITS se întâlnește:
- A. La pacienții de vârstă medie
 - B. La persoanele heterosexuale
 - C. În rândul populațiilor tinere
 - D. În rândurile persoanelor cu parteneri stabili
 - E. La persoanele care folosesc regulat prezervativul
40. *Probe de laborator necesare examenului microbiologic:
- A. Probele endocervicale se recoltează prin introducerea dispozitivului de recoltare câțiva centimetri în colul uterin

- B. Probele endocervicale se recoltează după îndepărtarea mucusului în exces
 - C. Dispozitivul de recoltare a probelor endocervicale se introduce prin mișcări înainte-înapoi
 - D. Recoltarea probelor endocervicale se face prin rotirea dispozitivului timp de 1-5 secunde
 - E. Probele vaginale se obțin prin rotirea dispozitivului de recoltare 10-15 secunde la nivelul fornixului anterior al vaginului
41. *Pachetul minim de investigații în cazul unei persoane asimptomatice cuprinde testarea pentru infecția cu:
- A. Chlamydia trachomatis
 - B. Candida albicans
 - C. Trichomonas vaginalis
 - D. Lactobacilii Doderlein
 - E. Escherichia coli
42. *Principala complicație asociată infecției cu Chlamydia trachomatis este:
- A. Vaginoza
 - B. Uveită
 - C. Boala inflamatorie pelvină (ce poate determina infertilitate tubară)
 - D. Uretrită
 - E. Rectocolită (cu scaune moi și sângerări masive)
43. *Șancroidul are o perioadă de incubație de:
- A. 1-4 zile
 - B. 4-7 zile
 - C. 7-10 zile
 - D. 10-14 zile
 - E. 14-21 zile
44. *Lymphogranuloma venerul este o ITS determinată de serotipuri invazive de:
- A. Trichomonas vaginalis
 - B. Chlamydia trachomatis
 - C. Candida albicans
 - D. Lactobacili Doderlein
 - E. Escherichia coli
45. *Terapia primoinfecției herpetice genitale:
- A. Aciclovir 400 mg de trei ori pe zi, 14 zile

- B. Valaciclovir 500 mg de două ori pe zi 7 zile
 - C. Famciclovir 250 mg de trei ori pe zi 5 zile
 - D. Valaciclovir 500 mg de două ori pe zi 10 zile
 - E. Famciclovir 250 mg de trei ori pe zi 7 zile
46. *Condiloamele acuminatate au o incubatie lungă, durata medie este de:
- A. 1 lună
 - B. 2 luni
 - C. 3 luni
 - D. 4 luni
 - E. 5 luni
47. *Neisseria gonorrhoeae poate fi tratată cu o doză unică de:
- A. Moldamin 1,200 000 UI i.m
 - B. Cefepim 1g i.m
 - C. Ceftriaxonă 1g i.m.
 - D. Imipenem 500 mg i.m
 - E. Meropenem 250 mg i.m
48. *Infecția cu Neisseria gonorrhoeae poate fi deseori asociată cu:
- A. Trichomonas vaginalis
 - B. Chlamydia trachomatis
 - C. Candida albicans
 - D. Lactobacili Doderlein
 - E. Escherichia coli
49. *Poate să apară o ulceratie genitală în:
- A. Sifilis primar și secundar
 - B. Sifilis secundar și terțiar
 - C. Sifilis primar și terțiar
 - D. Sifilis secundar și congenital precoce
 - E. Nici una dintre variante nu este corecta
50. *Care dintre următoarele boli NU este cauză a formațiunilor nodulare genitale
- A. Papillomavirusul uman
 - B. Molluscum contagiosum
 - C. Sarcoptes scabiei
 - D. Treponema pallidum

E. Phthirus Pubis

51. Tabloul clinic al infecției cu Chlamydia trachomatis cuprinde:

- A. La bărbați uretrite anterioare, disurie, epididimo-orchită
- B. La bărbați durere la nivelul flancului drept
- C. La femei leucoree crescută, disurie,
- D. La femei sângerare intermenstruală sau postcoitală și durere la nivelul abdomenului inferior
- E. Febră înaltă (39°C-40°C) atât la femei, cât și la bărbați

52. Identificați cauzele pruritului genital:

- A. Neisseria Gonorrhoeae
- B. Chlamydia trachomatis
- C. Candida albicans
- D. Trichomonas vaginalis
- E. Phthirus pubis (pediculoza pubiană)

53. Identificați etiologiile neinfecțioase ale pruritului genital:

- A. Insuficiență renală cronică
- B. Dermatitis iritativă de contact
- C. Eczemă genitală
- D. Lichen scleros
- E. Lichen plan

54. Investigații de laborator care se pot recomanda în caz de prurit genital:

- A. Examenul microscopic direct al secreției vaginale pentru diagnosticul de candidoză și infecție cu Trichomonas vaginalis
- B. Biopsie pentru diagnosticul psoriazisului inversat.
- C. Teste de amplificare a acizilor nucleici (NAAT)
- D. Cultură pentru infecția cu Trichomonas vaginalis
- E. Serologie pentru sifilis și infecție HIV

55. Trichomonioza:

- A. Este cauzată de Trichomonas vaginalis
- B. La femei, cele mai frecvente manifestări sunt reprezentate de secreție vaginală abundentă, purulentă, cu miros neplăcut
- C. La bărbați, majoritatea cazurilor sunt asimptomatice, deși și aceștia pot manifesta secreție uretrală, iritație și disurie

- D. Cultura din secreții este investigația de elecție pentru diagnosticul infecției cu *Trichomonas vaginalis*
- E. Tratamentul de elecție este reprezentat de metronidazol 400 mg de două ori pe zi, timp de 7 zile
56. *Treponema pallidum*:
- A. Este o spirochetă imobilă
 - B. Infecția se produce prin contact direct cu o leziune infecțioasă
 - C. Crește în culturi pe medii obisnuite
 - D. Poate fi identificată în microscopie în câmp întunecat din secreții prelevate din șancru sau condiloame late
 - E. Majoritatea laboratoarelor utilizează un test imunoenzimatic treponemic pentru a detecta IgG și IgM ca testare screening
57. Testele treponemice:
- A. Rămân pozitive toată viața
 - B. Nu sunt foarte specifice pentru boala treponemică
 - C. Includ testul TPHA (*T. pallidum* haemagglutination assay)
 - D. Includ testul TPPA (*T. pallidum* particle agglutination assay)
 - E. Fac diferența între o infecție tratată și reinfecție
58. Tabloul clinic al sifilisului primar cuprinde:
- A. O ulceratie nedureroasă fermă
 - B. Limfadenopatie regional dureroasă
 - C. Simptomele apar între 9 și 90 de zile de la expunere
 - D. Leziunile se vindecă spontan în 8-10 săptămâni
 - E. Vindecarea survine în urma tratamentului în 2-6 săptămâni
59. Sifilisul secundar:
- A. Apare în 75% din cazurile de sifilis primar netratat
 - B. Apare după o perioadă cuprinsă între 6 și 10 săptămâni de la contactul cu spirocheta
 - C. Apare după o perioadă cuprinsă între 6 și 10 săptămâni de la devoltarea leziunii primare
 - D. Orice organ poate fi afectat (hepatita, nefrita, artrita, meningita, uveita, keratita interstițială și afectarea retiniană)
 - E. Semnele frecvente includ erupție cutanată extinsă, limfadenopatie generalizată, condiloame late, leziuni ale cavității bucale și organele genitale
60. Tratamentul sifilisului cuprinde:

- A. Sifilis precoce - Benzatin penicilină G 2,4 MU i.m. doză unică
- B. Sifilis precoce - Doxiciclină 100 mg de două ori pe zi, timp de 14 zile (în caz de alergie la penicilină)
- C. Sifilisul latent tardiv - Benzatin penicilină G 2,4 MU i.m., trei doze la interval de o săptămână
- D. Sifilisul latent tardiv - Doxiciclină 100 mg de două ori pe zi, timp de 28 zile.
- E. În sarcină - Doxicilina 100 mg de două ori pe zi, timp de 28 zile.

61. Șancroidul:

- A. Este determinat de Treponema pallidum
- B. Este determinat de Haemophilus ducreyi
- C. Tabloul clinic cuprinde ulceratii dureroase, ce sângerează ușor
- D. Tabloul clinic asociază adenopatie inghinală dureroasă, ce poate evolua spre abcese care supurează
- E. Tratamentul de elecție este cu Benzatin penicilină G 2,4 MU i.m. doză unică

62. Transmiterea verticală infecției HIV:

- A. Este cea mai frecventă formă de transmitere la adulți
- B. Se realizează prin contact sexual vaginal sau anal
- C. Transmiterea poate apărea in-utero
- D. Majoritatea infecțiilor se produc perinatal
- E. Alăptarea dubla riscul de transmitere verticală a HIV înaintea erei tratamentului cu antiretrovirale

63. Infecția HIV simptomatică:

- A. Pe măsură ce infecția HIV progresează, încărcătura virală crește
- B. Numărul de limfocite CD4 crește
- C. Pe măsură ce încărcătura virală scade, limfocitele CD4 scad și pacientul dezvoltă o serie de simptome
- D. Tabloul clinic este cauzat de efectul direct al HIV
- E. Tabloul clinic este cauzat de sistemul imunocompetent asociat HIV

64. Întrebări care ajută la diferențierea cauzelor formațiunilor nodulare genitale:

- A. Unde sunt localizate formațiunile nodulare? Leziunile sunt unice sau multiple?
- B. Sunt pruriginoase sau dureroase?
- C. De cât timp sunt prezente?
- D. Ce medicamente ați luat în ultima lună?
- E. Există alți noduli sau erupții în alte zone ale pielii?

65. Tratamentul infecției cu Molluscum contagiosum în sarcină
- Crioterapie
 - Podofilotoxină cremă
 - Imiquimod cremă
 - Descurajarea îndepărtării părului pubian
 - Notificarea partenerilor sexuali
66. Referitor la primoinfecție cu herpes simplex (VHS) în sarcină:
- Are cel mai mare risc de transmitere către făt în primul trimestru.
 - Dacă apare în decursul primului trimestru se recomandă avort.
 - Dacă apare în decursul ultimului trimestru se recomandă cezariană.
 - Mamele care fac boala în ultimul trimestru vor continua terapie cu Aciclovir până la naștere
 - Dacă infecția apare în trimestrul 2, terapia antivirală elimină necesitatea cezarienei
67. Semne frecvente ale sifilisului secundar:
- Erupție cutanată extinsă (prezentă în 25% din cazuri), ce poate afecta întreg corpul, inclusiv palmele și plantele - tipic, o erupție maculo-papuloasă, nepruriginoasă, de culoare arămie
 - Limfadenopatie generalizată (prezentă în 50% din cazuri)
 - Condiloame late - plăci umede, verucoase, localizate perianal și în alte zone anatomice cu umiditate crescută
 - Erupție cutanată extinsă (prezentă în 75% din cazuri), ce poate afecta întreg corpul, inclusiv palmele și plantele - tipic, o erupție maculo-papuloasă, nepruriginoasă, de culoare arămie
 - Leziuni mucoase la nivelul cavității bucale și organelor genitale sub formă de plăci mucoase individuale sau confluențe, formând ulcerații „în urmă de melc”
68. Unde se recomandă testarea universală HIV (Servicii în care toți pacienții ar trebui să fie testați)?
- Serviciul UPU pentru toți pacienții sub 40 de ani
 - Centrele de detenție
 - Clinicile de ginecologie
 - Personalul administrativ în spitale
 - Servicii unde se practică întreruperi de sarcină
69. Complicațiile hematologice ale infecției HIV:
- Limfocitoza progresează odată cu creșterea numărului de limfocite CD4.
 - Anemia din infecția HIV este de obicei ușoară, normocromă, normocitară

- C. Neutropenia este frecventă și, de obicei, ușoară
 - D. Trombocitoza izolată poate apărea precoce în infecția HIV și poate fi singura manifestare a bolii pentru o perioadă de timp. Numărul de trombocite este de obicei moderat crescut, dar poate crește dramatic până la $50-80 \times 10^9/L$, producând tromboze spontane și ocluzii arteriale
 - E. Pancitopenia este cauzată de infecții oportuniste subiacente, în special M. avium-intracellulare (MAI) și infecția diseminată cu virus citomegalic sau de neoplazii (limfoame)
70. Complicațiile renale ale infecției HIV:
- A. Nefropatia asociată infecției HIV
 - B. Hipertensiune arterială secundară nefrotoxicității.
 - C. Nefropatie cu IgA
 - D. micro-angiopatia trombotică (TMA)
 - E. toxicitate medicamentoasă a tratamentelor
71. Referitor la infecția HIV în sarcină:
- A. Rata de transmitere generală de la mamă la făt este de aproximativ 10%
 - B. Tratamentul poate să reducă rata de transmitere până la 1%
 - C. Alăptarea este activ încurajată dacă mama este sub tratament ARV
 - D. Cezariana reduce riscul de transmitere al infecției
 - E. Nou născutul trebuie să primească tratament cu Zidovudină sirop
72. Profilaxia post-expunere în HIV:
- A. Personalul medical care a fost expus la HIV trebuie să primească profilaxie în decurs de 24 de ore.
 - B. Profilaxia nu este recomandată în cazul unui pacient HIV tratat, cu încărcătura virală nedetectabilă (<200 copii ARN HIV/ mL)
 - C. Profilaxia postexpunere se face cu monoterapia uzuală.
 - D. Profilaxia post-expunere se face pe o durată de 4 săptămâni.
 - E. Riscurile tratamentului profilactic sunt neglijabile.
73. Infecții fungice specifice asociate cu infecția HIV
- A. Amanitoza
 - B. Criptococoză
 - C. Histoplasmoza
 - D. Sporotricoză
 - E. Infecția cu pneumocystis jirovecii

74. Sarcomul Kaposi la persoanele infectate cu HIV:
- A. Se manifestă mai agresiv decât la persoanele neinfectate.
 - B. Terapia ARV nu influențează apariția sarcomului Kaposi probabil pe fondul unei sensibilități particulare la infecții HHV
 - C. Virusul herpetic uman HHV-8 este implicat în patogenia sarcomului Kaposi
 - D. Poate să apară la nivelul ochilor
 - E. Poate să apară la nivel visceral
75. Inhibitori de revers-transcriptaza nucleozidici/nucleotidici (INRT) utilizați în tratamentul HIV:
- A. Elvitegravir
 - B. Tenofovir
 - C. Abacavir
 - D. Lamivudină
 - E. Maraviroc
76. Inhibitori non-nucleozidici de revers-transcriptază (INNRT) utilizați în tratamentul HIV:
- A. Enfuviritide
 - B. Efavirenz
 - C. Etravirină
 - D. Elvitegravir
 - E. Emtricitabină
77. Inhibitori de integrază (INSTI) utilizați în tratamentul HIV:
- A. Rilpivirină
 - B. Raltegravir
 - C. Darunavir
 - D. Dolutegravir
 - E. Maraviroc
78. Semne și simptome relevante pentru diagnosticul de infecție HIV acută:
- A. Febră
 - B. Tuse
 - C. Mialgii
 - D. Oboseală accentuată
 - E. Diaree
79. Semne și simptome relevante pentru diagnosticul de infecție cu transmitere sexuală (ITS)
- A. Febră

- B. Secreție uretrală
- C. Secreție vaginală
- D. Adenopatie inghinală
- E. Simptome rectale

80. Primele trei cele mai frecvente infecții cu transmitere sexuală la nivel mondial în Anglia în 2018 au fost:

- A. Gonoreea
- B. Chlamydia
- C. Herpes genital
- D. Vegetații veneriene
- E. HIV

81. Tratamentul uretritei non gonococice:

- A. Administrare Moldamin 2 400 000 UI i.m
- B. Administrare Doxiciclina 100 mg oral de două ori pe zi timp de 7 zile.
- C. Abținerea sexuală până la proba negativă
- D. Se recomandă testarea tuturor partenerilor sexuali
- E. Controlul medical după tratament este indicat în caz de infecție cu Chlamydia trachomatis

82. Tratamentul uretritei non gonococice recurente:

- A. Azitromicină 1 g în prima zi apoi 500 mg o data pe zi timp de 2 zile
- B. Ciprofloxacină 2g i.m doză unică
- C. Ceftriaxonă 2g i.m doză unică
- D. Metronidazol 400 mg de două ori pe zi timp de 5-7 zile
- E. Se poate administra moxifloxacin dacă Azitromicină a fost inefficientă

83. N.Gonorrhoeae poate infecta:

- A. Uretra
- B. Colul uterin
- C. Conjunctiva
- D. Sinusurile
- E. Rectul

84. Tratamentul infecției cu Chlamydia Trachomatis fără complicații:

- A. Ceftriaxonă 1 g i.m doză unică
- B. Azitromicină 1g doză unică
- C. Azitromicină 1g urmată de 500 mg 2 zile

- D. Doxiciclină 100 mg de două ori pe zi 10 zile
- E. Doxiciclină 100 mg de două ori pe zi 7 zile

85. Boala inflamatorie pelvină poate fi cauzată de:

- A. Mycoplasmagenitalium
- B. Chlamydiatrachomatis
- C. Treponema pallidum
- D. HIV
- E. Neisseriagonorrhoeae

RĂSPUNSURI CAP. X – DERMATOLOGIE

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1 D | 40 B | 79 B, C, D, E |
| 2 A | 41 A | 80 A, B, D |
| 3 D | 42 C | 81 B, D, E |
| 4 A | 43 B | 82 A, D, E |
| 5 B | 44 B | 83 A, B, C, E |
| 6 D | 45 C | 84 C, E |
| 7 A | 46 C | 85 A, B, E |
| 8 D | 47 C | |
| 9 E | 48 B | |
| 10 C, E | 49 C | |
| 11 B, C, D, E | 50 E | |
| 12 C, D, E | 51 A, C, D | |
| 13 B, C, E | 52 C, D, E | |
| 14 B, C, D | 53 B, C, D, E | |
| 15 C, D, E | 54 A, C, D, E | |
| 16 C, D, E | 55 A, B, C, E | |
| 17 A, B, D, E | 56 B, D, E | |
| 18 A, B, D | 57 A, C, D | |
| 19 B, C, E | 58 A, C, | |
| 20 A, B, C, E | 59 C, D, E | |
| 21 B, C | 60 A, B, C, D | |
| 22 A, B, D, E | 61 B, C, D | |
| 23 A, B, C, E | 62 C, D, E | |
| 24 A, B, E | 63 A, D | |
| 25 A, C, D, E | 64 A, B, C, E | |
| 26 A, C, E | 65 A, D | |
| 27 C, D | 66 C, D, E | |
| 28 A, E | 67 B, C, D, E | |
| 29 A, B, C, E | 68 B, C, E | |
| 30 A, C | 69 B, C, E | |
| 31 A, C | 70 A, C, D, E | |
| 32 B, C, D | 71 D, E | |
| 33 C, E | 72 B, D | |
| 34 B, E | 73 B, C, E | |
| 35 C | 74 A, C, D, E | |
| 36 B | 75 B, C, D | |
| 37 A | 76 B, C | |
| 38 C | 77 B, D | |
| 39 C | 78 A, C, D | |

1. *Care dintre următoarele simptome ale schizofreniei conferă bolii un prognostic mai prost?
 - A. Delirurile
 - B. Halucinațiile
 - C. Simptomele negative
 - D. Comportamentul catatonie
 - E. Gândirea dezorganizată
2. *Care dintre următoarele antidepresive face parte din clasa inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei?
 - A. Escitalopram
 - B. Trazodonă
 - C. Amitriptilină
 - D. Mirtazapină
 - E. Bupropion
3. *Care dintre următoarele simptome apare în episodul maniacal?
 - A. Anorexia
 - B. Necesarul redus de somn
 - C. Barajul mental
 - D. Aplatizarea afectivă
 - E. Dificultatea de a lua decizii
4. *Tulburarea de panică se manifestă prin:
 - A. Atacuri de panică recurente ca răspuns la anumite evenimente stresante de viață
 - B. Atacuri de panică recurente în situațiile sociale în care individul este expus evaluării
 - C. Atacuri de panică recurente legate de frica de a nu deveni supraponderal
 - D. Atacuri de panică recurente imprevizibile
 - E. Atacuri de panică recurente legate de amintirea unei traume psihologice
5. *Care dintre următoarele trăsături caracterizează cel mai bine persoanele cu tulburare de personalitate de tip antisocial?
 - A. Incapacitatea de a lega relații apropiate
 - B. Neîncrederea persistentă și suspiciunea față de alții
 - C. Comportamentul agresiv față de oameni și animale
 - D. Tendința de a-i vedea pe ceilalți ca fiind integral buni sau integral răi
 - E. Retragera socială

6. *Care dintre următoarele semne indică intoxicația cu marijuana?
 - A. Conjunctive injectate
 - B. Depresie respiratorie
 - C. Midriază
 - D. Insomnie
 - E. Nistagmus

7. *Care dintre următoarele substanțe pot fi administrate pentru a combate efectele supradozei de benzodiazepine?
 - A. Bromocriptină
 - B. Ciproheptadină
 - C. Fizostigmină
 - D. Naloxon
 - E. Flumazenil

8. Care dintre următoarele simptome intră în criteriile de diagnostic ale schizofreniei?
 - A. Delirurile și halucinațiile
 - B. Dezorganizarea la nivelul gândirii, vorbirii și comportamentului
 - C. Simptomele negative
 - D. Depresia
 - E. Comportamentul compulsiv

9. Care dintre următoarele afirmații despre tulburarea delirantă sunt corecte?
 - A. Tulburarea delirantă se caracterizează clinic prin prezența unuia sau mai multor deliruri
 - B. Durata simptomelor nu depășește o lună
 - C. Durata simptomelor depășește o lună
 - D. Prezența halucinațiilor este obligatorie pentru diagnostic
 - E. Tulburarea delirantă se caracterizează clinic prin prezența dezorganizării în gândire și vorbire

10. Care dintre simptomele enumerate mai jos trebuie să fie prezente pentru cel puțin 2 săptămâni pentru a se pune diagnosticul de depresie majoră?
 - A. Dispoziție depresivă sau anhedonie
 - B. Modificări ale somnului și ale apetitului alimentar
 - C. Sentimente de vinovăție și ideate suicidale
 - D. Aplatizare afectivă sau apatie
 - E. Dezorganizare în gândire și vorbire

11. Care dintre următoarele simptome sunt întâlnite în tulburarea depresivă majoră cu simptome atipice?
 - A. Hiperfagia
 - B. Hipersomnia
 - C. Lipsa reactivității afective
 - D. Halucinațiile și delirurile
 - E. Mania

12. Care dintre următoarele afirmații referitoare la tulburarea afectivă bipolară sunt adevărate?
 - A. Pentru diagnostic este necesar ca pacientul să aibă cel puțin un episod maniacal
 - B. Pentru diagnostic este necesar ca pacientul să aibă cel puțin un episod hipomaniacal alături de cel puțin un episod depresiv major
 - C. Între episoade pacientul poate funcționa normal
 - D. Episoadele maniacale nu produc o afectare semnificativă a capacității de funcționare
 - E. Episoadele depresive nu produc o afectare semnificativă a capacității de funcționare

13. Care dintre următoarele afirmații despre antipsihoticele cu potență mare sunt corecte ?
 - A. Efectul antipsihotic se datorează blocării receptorilor dopaminergici D2
 - B. Printre principalele efecte secundare se numără parkinsonismul, hiperprolactinemia și diskinezia tardivă
 - C. Principalele efecte secundare sunt cele anticolinergice
 - D. Sunt utilizate mai ales în controlul de urgență al psihozei sau al agitației
 - E. Sunt utilizate ca medicamente de primă linie în tratamentul de întreținere al psihozelor

14. Care dintre clasele de medicamente enumerate mai jos sunt indicate în tratamentul episodului maniacal din tulburarea bipolară ?
 - A. Stabilizatori ai dispoziției afective
 - B. Antipsihotice atipice
 - C. Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei
 - D. Inhibitori ai recaptării serotoninei și noradrenalinei
 - E. Inhibitori ai monoaminoxidazei

15. Care dintre următoarele afirmații despre tulburarea de panică sunt corecte?
 - A. Atacurile de panică sunt spontane
 - B. Atacurile de panică apar în anumite situații concrete
 - C. Atacurile de panică se însoțesc de frica că acestea se vor repeta
 - D. Pot uneori apărea comportamente maladaptative de evitare a atacurilor de panică
 - E. Un atac de panică este suficient pentru diagnostic

16. Care dintre următoarele strategii terapeutice sunt utilizate în tulburarea de panică?
 - A. Benzodiazepine cu efect rapid și timp de înjumătățire scurt
 - B. Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei
 - C. Inhibitori ai monoaminoxidazei (IMAO)
 - D. Terapie cognitiv-comportamentală
 - E. Inhibitori ai recaptării noradrenalinei și dopaminei

17. Care dintre următoarele afirmații despre tulburarea de anxietate generalizată sunt corecte?
 - A. Anxietatea sau îngrijorarea sunt continue și excesive
 - B. Durata simptomelor depășește 6 luni de zile
 - C. Capacitatea de funcționare a persoanei este afectată
 - D. Anxietatea sau îngrijorarea sunt în legătură cu defecte percepute în aspectul fizic
 - E. Anxietatea sau îngrijorarea se referă la prezența unei boli grave deși nu există simptome somatice semnificative

18. Care dintre următoarele afirmații referitoare la obsesii sunt adevărate?
 - A. Obsesiile sunt gânduri sau impulsuri intruzive, persistente și recurente
 - B. Obsesiile sunt comportamente sau acte mentale repetitive
 - C. Obsesiile se însoțesc de egodistonie
 - D. Obsesiile se însoțesc de egosintonie
 - E. Obsesiile sunt credințe false despre sine și alte persoane care persistă în ciuda dovezilor contrarii

19. Care dintre următoarele simptome evocă tulburarea de stres posttraumatic?
 - A. Reexperimentarea prin amintiri intruzive și vise neplăcute recurente a evenimentului traumatizant
 - B. Evitarea circumstanțelor asociate evenimentului traumatizant
 - C. Sentimentul de detașare emoțională
 - D. Delirurile
 - E. Halucinațiile

20. Care dintre categoriile de simptome enumerate mai jos se regăsesc în tabloul clinic al tulburării cu simptome somatice?
 - A. Simptome dureroase
 - B. Simptome din sfera sexualității
 - C. Simptome metabolice
 - D. Simptome gastrointestinale
 - E. Simptome endocrine

21. Care dintre situațiile clinice de mai jos sunt complicații ale anorexiei nervosa?
 - A. Dezechilibrele electrolitice
 - B. Bulimia
 - C. Aritmiile ventriculare
 - D. Halucinațiile pe câmp de conștiență clar
 - E. Atacurile de panică

22. Care dintre următoarele afirmații referitoare la bulimia nervosa sunt corecte?
 - A. Aportul caloric crescut se produce într-o perioadă scurtă de timp
 - B. Aportul caloric crescut se produce într-o perioadă lungă de timp
 - C. Comportamente compensatorii de purgație, restricție calorică sau activitate fizică excesivă
 - D. Persoana menține o greutate normală
 - E. Persoana menține o greutate sub limita normală

23. Care dintre următoarele trăsături specifice de personalitate se regăsesc la indivizii cu tulburare de personalitate de tip paranoid ?
 - A. Neîncredere și suspiciune în legătură cu alte persoane
 - B. Labilitate emoțională
 - C. Comportament seducător și teatral inadecvat
 - D. Interpretarea greșită a comentariilor și acțiunilor altor persoane
 - E. Agresivitate față de oameni, distrugere de bunuri și activități ilicite

24. Care dintre următoarele trăsături specifice de personalitate se regăsesc la indivizii cu tulburare de personalitate de tip borderline ?
 - A. Instabilitate a dispoziției afective și în plan relațional
 - B. Impulsivitate
 - C. Perfecționism
 - D. Sentimente de gol interior
 - E. Aroganță

25. Care dintre următoarele trăsături specifice de personalitate se regăsesc la indivizii cu tulburare de personalitate de tip schizoid?
 - A. Neîncredere și suspiciune în legătură cu alte persoane
 - B. Detașare socială
 - C. Comportament seducător și teatral inadecvat
 - D. Nevoia de a fi sprijinit de ceilalți
 - E. Răceală afectivă

26. Care dintre următoarele simptome și semne apar în sevrăjul alcoolic ?
- A. Greață, vărsături, transpirații
 - B. Delir, halucinații tactile, anxietate și tremurături
 - C. Delirium, halucinații tactile, anxietate și tremurături
 - D. Crampe stomacale și mialgii
 - E. Depresie, halucinații olfactive și tremurături
27. Care dintre următoarele afirmații referitoare la abuzul de amfetamine sunt corecte?
- A. Intoxicația cu amfetamine se manifestă prin hiperactivitate, midriază, tahicardie și HTA
 - B. Intoxicația cu amfetamine se manifestă prin sedare, vorbire neclară și reducerea coordonării mișcărilor
 - C. Psihoza poate apărea atât în intoxicația acută cât și în utilizarea cronică
 - D. Sevrăjul la amfetamine se manifestă prin depresie și creșterea apetitului alimentar
 - E. Sevrăjul la amfetamine se manifestă prin euforie, grandiozitate și midriază
28. Care dintre următoarele afirmații referitoare la abuzul de opioizi sunt corecte?
- A. Intoxicația cu opioizi se manifestă prin impulsivitate și agresivitate
 - B. Intoxicația cu opioizi se manifestă prin euforie, mioză și scăderea nivelului de vigilitate
 - C. Sevrăjul la opioizi se manifestă prin mialgii, vărsături, diaree și anxietate
 - D. Sevrăjul la opioizi se manifestă prin constipație, mioză și anxietate
 - E. Consumul cronic de opioizi poate duce la apariția psihozei

RĂSPUNSURI CAP. XI - PSIHIATRIE

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

CAP. XII - CHIRURGIE

1. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
 - A. Vascularizația arterială a stomacului este asigurată de artera mezenterică superioară
 - B. Vascularizația arterială a stomacului cuprinde arterele gastrice dreaptă și stângă, arterele gastroepiploice dreaptă și stângă, arterele gastrice scurte și artera gastroduodenală
 - C. Artera gastrică dreaptă împreună cu gastric stângă formează artera mezenterică superioară
 - D. Vasele gastrice scurte vascularizează mica curbura gastrică.
 - E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte
2. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
 - A. Vascularizația duodenului provine, în primul rând, din artera gastroepiploică dreaptă și mezenterică inferioară
 - B. Vascularizația duodenului provine, în primul rând, din artera gastroduodenală și artera mezenterică superioară
 - C. Duodenul este un segment al tubului digestiv situat în mare parte retroperitoneal, de 25-30 cm, care leagă stomacul de jejun.
 - D. Duodenul se continuă cu jejunul la ligamentul lui Treitz, unde intestinul subțire devine un organ extraperitoneal
 - E. Din punct de vedere anatomic duodenul este împărțit în 3 segmente
3. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
 - A. Inervația parasimpatică, a stomacului se realizează prin nervii vagi
 - B. Vagul drept trimite o ramură posterioară spre plexul celiac
 - C. Vagul stâng trimite o ramură posterioară spre plexul celiac
 - D. Vagul stâng trimite o ramură hepatică care trece prin ligamentul gastrohepatic și inervează vezica biliară, tractul biliar și ficatul.
 - E. Inervația simpatică, a stomacului se realizează prin nervii vagi
4. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
 - A. Aproximativ 50% din cancerele de stomac sunt adenocarcinoame
 - B. Factorii de risc importanți pentru adenocarcinomul gastric includ infecția cu *H. pylori*, anemia pernicioasă, achlorhidria, polipii adenomatoși gastrici și gastrita cronică
 - C. Carcinoamele gastrice polipoide sunt de departe cele mai frecvente

- D. Linita plastică este termenul utilizat pentru a descrie cancerul gastric care infiltrază superficial porțiuni din peretele gastric
- E. Toate variantele de mai sus sunt adevărate
5. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Cancerul gastric în stadiile incipiente este întotdeauna asimptomatic
 - B. Simptome specifice în cancerul gastric incipient sunt disfagia, hematemeza, melena
 - C. Palparea unei formațiuni tumorale epigastrice indică o neoplazie avansată local
 - D. Endoscopia digestivă superioară are indicație doar în cazul pacienților tineri
 - E. Ecografia endoscopică este superioară endoscopiei digestive superioare în diagnosticul cancerului gastric
6. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Gastrectomia totală este necesară fie pentru leziuni distale întinse, fie pentru tumori proximale
 - B. Rezecția chirurgicală radicală pentru vindecarea adenocarcinomului gastric este efectuată în cazul bolii localizate
 - C. Sistemul de stadializare oncologic Dukes este utilizat pentru stadializarea clinică preoperatorie
 - D. Chimioterapia pre și postoperatorie, cu sau fără radioterapie, ca adjuvant la o intervenție chirurgicală nu are eficacitate demonstrată
 - E. Pentru leziunile distale, intervenția electivă este gastrectomia subtotală radicală
7. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Laparoscopia este utilă în stadializare, în cazul apariției metastazelor la nivel peritoneal
 - B. Laparoscopia exploratorie este utilă doar în cazurile incipiente de carcinom gastric
 - C. În cazul efectuării laparoscopiei, biopsia este contraindicată, datorită riscului de sângerare
 - D. Orice leziune suspectă depistată în momentul laparoscopiei este biopsiată
 - E. Sistemul de stadializare TMN este utilizat în cancerul gastric
8. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Stomacul reprezintă principală localizare pentru aproape două treimi din toate limfoamele gastrointestinale
 - B. Tipul de limfom predominant este cel Hodgkin
 - C. Endoscopia cu biopsie tisulară stabilește diagnosticul de limfom
 - D. Când leziunea este limitată la stomac, supraviețuirea la 5 ani după rezecție se poate apropia de 100%

- E. Simptomele specifice în limfomul gastric sunt reprezentate de dureri în etajul abdominal superior, scădere ponderală inexplicabilă, oboseală și sângerare
9. Precizați care dintre următoarele afirmații cu privire la GIST-uri sunt adevărate:
- A. GIST-urile se comportă întotdeauna ca tumori maligne
 - B. Evaluarea implică, de obicei, endoscopia digestivă superioară, ceea ce relevă o masă tumorală submucoasă
 - C. CT abdominal determină dimensiunea tumorii, prezența invaziei și evidențiază eventualele metastaze
 - D. Invazia ganglionilor limfatici este întotdeauna prezentă
 - E. Pentru tumorile care manifestă un comportament malign, chimioterapia utilizând imatinib mesilat a fost eficientă
10. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Sindromul Zollinger-Ellison este cea mai cunoscută afecțiune tumorală exocrină
 - B. Aproximativ 20% din toate gastrinoamele sunt maligne
 - C. Diagnosticul se bazează pe stabilirea prezenței hipergastrinemiei cu hipersecreție acidă gastrică
 - D. Gastrectomia totală cu anastomoză esofagiană este tratamentul de elecție în gastrinoamele maligne
 - E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte
11. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. În adenocarcinomul duodenal melena este întotdeauna prezentă
 - B. Pentru tumorile din prima sau a doua porțiune a duodenului, se efectuează pancreaticoduodenectomia cefalică
 - C. Duodenul este cea mai frecventă localizare pentru adenocarcinom la nivelul intestinului subțire
 - D. Aproximativ două treimi din aceste leziuni sunt localizate la nivelul duodenului 1
 - E. Endoscopia superioară cu biopsie tisulară este contraindicată în tumorile maligne duodenale
12. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Manifestările nespecifice în sindromul Zollinger-Ellison sunt asemănătoare ulcerului, cu diaree cronică sau severă concomitentă
 - B. Gastrinoamele pot apărea sporadic sau ca parte a unui sindrom familial moștenit (MEN-1)
 - C. Speranța de viață la pacienții cu variantă malignă este de peste 80% la 5 ani

- D. Metastazarea cea mai frecventă în sindromul Zollinger-Ellison este la nivelul plămânului
- E. Hiperparatiroidismul este foarte sugestiv pentru prezența sindromului MEN-1 concomitent
13. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Sindromul de dumping precoce implică o serie de simptome care apar după ingestia alimentelor cu osmolaritate scăzută
 - B. La aproximativ 15 minute de la ingerarea mesei, pacientul prezintă anxietate, slăbiciune, tahicardie, transpirații profuze și, frecvent, palpitații
 - C. Crampele abdominale nu sunt niciodată prezente
 - D. Frecvent este prezentă constipația
 - E. Niciunul din răspunsurile de mai sus nu este corect
14. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Evitarea meselor lichide, modificarea volumului fiecărei mese și ingerarea unor grăsimi reprezintă măsuri eficiente în sindromul de dumping precoce
 - B. În cazul dumpingului tardiv, simptomele debutează, de obicei, la 1 oră după masă
 - C. În sindromul de dumping tardiv apar borborigmele abdominale și diareea
 - D. Tratamentul conservator al acestui sindrom include ingestia de lichide imediat după masă
 - E. Tratamentul chirurgical nu are indicație în sindromul de dumping tardiv
15. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Aproape jumătate din pacienții la care s-a practicat vagotomie tronculară prezintă o modificare a tranzitului intestinal
 - B. Cauzele diareei postvagotomie includ accelerarea motilității intestinale, evacuare gastrică rapidă, malabsorbție biliară
 - C. La pacienții cu diaree postvagotomie, aportul de lichide trebuie crescut
 - D. Stenoza ansei aferente apare după gastrectomia cu reconstrucția tranzitului intestinal prin tehnica Billroth I
 - E. Simptomele prezente în stenoza ansei aferente includ, de obicei, crampe abdominale severe fără legătura cu ingestia de alimente
16. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Sindromul de ansă oarbă este mai frecvent după o procedură Billroth II
 - B. Sindromul de ansă oarbă este mai frecvent după o procedură Billroth I
 - C. Sindromul de ansă oarbă este asociat cu multiplicare bacteriană importantă la nivelul ansei intestinale excluse

- D. Pacienții prezintă diaree, scădere ponderală, slăbiciune și sunt adesea anemici
- E. Tratamentul cu antibiotice orale cu spectru larg împiedică recidiva multiplicării bacteriene în viitor
17. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Boala ulceroasă recurentă după intervenția chirurgicală în BUP benignă este cauzată cel mai frecvent de o vagotomie completă
 - B. Pacienții pot prezenta dureri abdominale în timpul alimentației, precum și greață, vărsături
 - C. Determinarea nivelului de gastrină este util pentru excluderea prezentei unui gastrinom
 - D. Vagotomia tronculară cu antrectomie are una dintre cele mai mari rate de recurență
 - E. În mod tradițional, confirmarea unei vagotomii incomplete se realizează prin testul Hollander (producția de acid gastric a fost măsurată după inducerea hipoglicemiei prin administrarea de insulină)
18. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. În atonia gastrică, managementul conservator include mese mici și fracționate pe parcursul zilei și evitarea tutunului și a alcoolului
 - B. Deficitul de vitamină B12 sau de folat apărut prin scăderea absorbției, duce la anemie megaloblastică la până la 50% dintre pacienți
 - C. Alterarea funcțiilor intestinului este frecventă în urma reconstrucțiilor gastrice
 - D. Deficitul de fier secundar malabsorbției sau pierderilor cronice de sânge produce o anemie megaloblastică în 50% din cazuri
 - E. În sindroamele postgastrectomie, aproximativ unul din patru pacienți are scaune dese, moi
19. *Referitor la abcesul perirectal, următoarea afirmație este adevărată:
- A. Rezultă din infecții ale canalului anorectal și se prezintă sub forma unor formațiuni dureroase la nivelul zonei perianale
 - B. Rezultă din infecții ale canalului anorectal și se prezintă sub forma unor formațiuni nedureroase la nivelul zonei perianale
 - C. Rezultă din infecții ale canalului anorectal și se prezintă sub forma unor formațiuni dureroase la nivelul regiunii plantare
 - D. Rezultă din infecții ale canalului tireoglos și se prezintă sub forma unor formațiuni dureroase la nivelul zonei perianale
 - E. Rezultă din infecții ale canalului anorectal și se prezintă sub forma unor formațiuni nedureroase la nivelul perineului

20. *Următoarele leziunii prezintă predispoziție la tetanos:
- A. Plăgi mai vechi de 6 ore produse prin avulsie, zdrobire, abraziune extinsă, contaminate
 - B. Plăgi produse de obiecte ascuțite
 - C. Plăgi produse în urmă cu mai puțin de 6 ore
 - D. Plăgi produse de obiecte curate
 - E. Plăgi la nivelul cărora contaminanții sunt absenți
21. *Referitor la infecțiile mâinii, următoarea afirmație este adevărată:
- A. Panarițiile subuctanate sunt infecții profunde ale degetelor
 - B. Panarițiile subuctanate sunt infecții superficiale ale degetelor
 - C. Pun viața bolnavului în pericol
 - D. Nu duc la o morbiditate severă
 - E. Panarițiul este o infecție fungică a unghiei proximale
22. *Referitor la abcesul mamar, următoarea afirmație este adevărată:
- A. Este caracterizat prin sensibilitate severă localizată, edem și eritem asociate cu o formațiune palpabilă și reprezintă o infecție frecventă a țesuturilor moi, de obicei de origine stafilococică
 - B. Nu este caracterizat prin sensibilitate severă localizată, edem și eritem asociate cu o formațiune palpabilă și reprezintă o infecție frecventă a țesuturilor moi, de obicei de origine streptococică
 - C. Factorii de risc nu includ alăptarea
 - D. Factorii de risc nu includ fumatul și obezitatea
 - E. Factorii de risc nu includ vârsta marnă > 30 ani, vârsta de gestație > 41 de săptămâni
23. *Referitor la peritonita acută, următoarea afirmație este adevărată:
- A. Apendicita acută determină iritație peritoneală localizată
 - B. Perforația apendicelui cauzează în mod frecvent peritonită localizată
 - C. Apendicita acută determină frecvent peritonită generalizată
 - D. Perforația colonică cu peritonită difuză creează cel mai puțin virulent tip de peritonită
 - E. Peritonita provoacă dureri abdominale cronice, rar însoțite de febră sau leucocitoză
24. *Referitor la infecțiile tractului biliar, următoarea afirmație este adevărată:
- A. Infecțiile tractului biliar sunt, de obicei, o consecință a obstrucției în arborele biliar fie la nivelul canalului cistic, fie al căii biliare principale
 - B. Bacteriile cel mai puțin frecvent implicate Escherichia coli, Klebsiella spp.
 - C. Bacteriile anaerobe sunt frecvent întâlnite

- D. Bacteriile cel mai puțin frecvent implicate Enterococcus spp., Klebsiella spp.
E. Bacteriile cel mai puțin frecvent implicate Escherichia coli, Enterococcus spp.
25. Referitor la infecțiile tractului biliar, următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Infecțiile tractului biliar sunt, de obicei, o consecință a obstrucției în arborele biliar fie la nivelul canalului cistic, fie al căii biliare principale
 - B. La pacienții cu anastomoză bilio-enterală, probabilitate de contaminare cu anaerobi este crescută
 - C. Bacteriile implicate cel mai frecvent sunt Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterococcus spp.
 - D. Bacteriile cel mai puțin frecvent implicate Enterococcus spp., Klebsiella spp.
 - E. Bacteriile anaerobe sunt frecvent întâlnite
26. Următoarele aspecte sunt caracteristice celulitei:
- A. Etiologie: poarta de intrare tegumentară
 - B. Organism tipic: Streptococcus
 - C. Examen fizic: cald la atingere, eritem difuz, durere
 - D. Tratament: antibiotice sistemice și îngrijirea locală a plăgii
 - E. Tratament: incizie și drenaj, radioterapie
27. Următoarele aspecte sunt caracteristice pentru furuncul, carbuncul:
- A. Etiologie: proliferare bacteriană în glandele și criptele pielii
 - B. Organism tipic: Staphylococcus
 - C. Examen fizic: indurație localizată, eritem, sensibilitate, tumefacție cu drenaj purulent
 - D. Tratament: incizie și drenaj, antibiotice sistemice
 - E. Etiologie: infecție a vaselor limfatice
28. Următoarele aspecte sunt caracteristice pentru hidrosadenita supurativă:
- A. Etiologie: proliferare bacteriană în glandele sudoripare apocrine
 - B. Organism tipic: Staphylococcus
 - C. Examen fizic: multiple abcese mici, subcutanate, drenaj purulent, de obicei axilare și inghinale
 - D. Tratament: îngrijire locală a plăgilor, antibiotice sistemice, îndepărtarea corpurilor străini
 - E. Tratament: incizia și drenarea leziunilor mici, antibiotice sistemice, zonele mari vor necesita excizie locală largă și greșă de piele
29. Următoarele aspecte sunt caracteristice pentru limfangită:
- A. Etiologie: infecție a vaselor limfatice

- B. Ornism tipic: Streptococcus
 - C. Examen fizic: tumefacția difuză și eritemul extremității distale cu zone de striuri de inflamație de-a lungul canalelor limfatice
 - D. Tratament: îngrijire locală a plăgilor, antibiotice sistemice, îndepărtarea oricărui corp străin, ridicarea extremității
 - E. Tratament: incizia și drenarea leziunilor mici, antibiotice sistemice, zonele mari vor necesita excizie locală largă și grefă de piele
30. Referitor la gangrenă, infecții necrozante de țesuturi moi (INTM), este adevărat:
- A. Etiologie: distrugerea țesutului sănătos de enzimele microbiene virulente
 - B. Organisme tipice: Streptococcus/Staphylococcus/Clostridium
 - C. Examen fizic: piele fascie necrotică, tumefacție și indurație, drenaj cu miros neplăcut, crepitații cu emfizem subcutanat, frecvent cu semne sistemice toxice și simptome de sepsis
 - D. Tratament: debridare radicală/amputație a țesuturilor implicate, îngrijire agresivă locală a plăgilor, cu debridare frecventă, antibiotice cu spectru larg
 - E. Etiologie: infecție a vaselor limfatice
31. Referitor la infecțiile tractului urinar (ITU), este adevărat:
- A. Cel mai mare factor de risc este prezența unui cateter endo-vezical
 - B. Rata ITU asociate cateterului depinde în mod direct de tehnica de palsare a sondei urinare și de durata menținerii acesteia
 - C. Rata ITU asociate cateterului nu depinde în mod direct de tehnica de palsare a sondei urinare și de durata menținerii acesteia
 - D. Cel mai rar factor de risc este prezența unui cateter endo-vezical
 - E. Bacteremia sistemică cu punct de plecare în tractul urinar este obișnuită în absența unei obstrucții funcționale sau anatomice
32. Raportat la infecțiile plăgii chirurgicale, este adevărat:
- A. Sunt în general evenimente rare după o operație electivă
 - B. Sunt frecvente după o operație electivă
 - C. Supravegherea atentă a plăgii este necesară la pacienții cu risc crescut de infecții
 - D. Supravegherea atentă a plăgii nu este necesară la pacienții cu risc crescut de infecții
 - E. Diagnosticarea promptă și tratamentul chirurgical rapid limitează morbiditatea și mortalitatea în multe dintre aceste cazuri
33. Peritonita primară:
- A. Este o peritonită bacteriană spontană
 - B. Apare fără întreruperea continuității tractului gastrointestinal (GI)

- C. Este strict polimicorbiană
 - D. Apare ca urmare a contaminării din tractul GI perforat
 - E. De obicei, este monomicrobiană
34. Peritonita secundară:
- A. Apare ca urmare a contaminării din tractul gastrointestinal perforat
 - B. De obicei, este polimicrobiană
 - C. De obicei, este monomicrobiană
 - D. Este o peritonită bacteriană spontană
 - E. Apare ca urmare a contaminării prin catetere de dializă peritoneală
35. Referitor la ulcerele gastroduodenale perforate este adevărat:
- A. Aproximativ 80% dintre pacienți au pneumoperitoneu la radiografia toracică simplă în ortostatism
 - B. Aproximativ 50% dintre pacienți au pneumoperitoneu la radiografia toracică simplă în ortostatism
 - C. Aproximativ 10% dintre pacienți au pneumoperitoneu la radiografia toracică simplă în ortostatism
 - D. Antibioterapia perioperatorie cu spectru larg asupra aerobilor și anaerobilor este indicată pentru perforațiile acute pentru < 24 ore
 - E. Antibioterapia perioperatorie cu spectru larg asupra aerobilor și anaerobilor este indicată pentru perforațiile acute pentru < 72 ore
36. Plăgile cu predispoziție la tetanos sunt de următorul tip:
- A. Zdrobire
 - B. Avulsie
 - C. Arsuri sau degerături
 - D. Abraziune extinsă
 - E. Cu contaminanți absenți, produse prin obiecte ascuțite, curate
37. Factorii de risc pentru abcesul mamar includ:
- A. Alăptarea
 - B. Prima sarcină
 - C. Subponderabilitatea
 - D. Consumul de fibre și legume verzi
 - E. Obezitatea
38. Referitor la abcesul perirectal, este adevărat:
- A. Se poate extinde în pelvis

- B. Se poate extinde deasupra planșeului pelvin
C. Este nedureros
D. Nu se poate extinde în pelvis
E. Poate fi fatal la pacienții diabetici sau imunosupresați
39. Referitor la abcesul perirectal, este adevărat:
A. De obicei, necesită anestezie generală pentru examinare și drenaj adecvat
B. Tratamentul antibiotic este cu spectru larg
C. Tratamentul antibiotic este cu spectru îngust
D. Nu se poate extinde în pelvis
E. Se prezintă sub forma unor formațiuni dureroase la nivelul zonei perianale
40. Referitor la infecțiile mâinii, este adevărat:
A. În general, nu pun viața în pericol
B. Pot duce la o morbiditate severă din cauza pierderii funcției ca urmare a fibrozei
C. Sunt amenințătoare de viață
D. Nu pot duce la o morbiditate severă din cauza pierderii funcției ca urmare a fibrozei
E. Pot duce la o morbiditate severă din cauza pierderii funcției ca urmare a contracturii
41. Referitor la abcesul mamar, următoarele date sunt adevărate:
A. Antibioticele antistafilococice și aspirația seriată ghidată ecografic ar trebui să fie opțiunea inițială de tratament
B. Drenajul chirurgical este asociat cu un rezultat cosmetic mai prost
C. Fumatul și obezitatea nu sunt factori de risc
D. Alăptarea nu constituie un factor de risc
E. Unde există un risc de malignitate, trebuie efectuată biopsie
42. Referitor la abcesul mamar, următoarele date sunt adevărate:
A. Este caracterizat prin sensibilitate severă localizată, edem și eritem
B. Reprezintă o infecție frecventă a țesuturilor moi
C. Alăptarea nu constituie un factor de risc
D. Fumatul și obezitatea nu sunt factori de risc
E. Antibioticele antistafilococice și aspirația seriată ghidată ecografic ar trebui să fie opțiunea inițială de tratament
43. *Hernia Littre conține :
A. Apendice cecal
B. Colon
C. Diverticul Meckel

- D. Trompa uterină
E. Ligamentul rotund
44. *Cea mai frecventă complicație a herniei femurale este :
A. Seromul
B. Infecția
C. Strangularea
D. Perforația
E. Neuropatia postoperatorie
45. *Hernia lui Spiegel apare la nivelul :
A. Liniei albe
B. Liniei arcuate
C. Gaurii obturatorii
D. Epigastriului
E. Patrulaterului lui Grynfelt
46. *Diastazisul mușchilor reprezintă:
A. Ruptura mușchilor dreپți abdominali
B. Relaxarea arcadei inghinale
C. Relaxarea mușchilor lombari
D. Subțierea liniei mediane superioare abdominal
E. Lărgirea orificiului inghinal superficial
47. *În diagnosticul diferențial al inghinodiniei nu se include:
A. Gastrita acută
B. Microfractura
C. Lezarea articulației femuro-acetabulare
D. Varicocelul
E. Orhialgia
48. *În cazul herniilor peretelui abdominal, printre complicațiile postoperatorii frecvente nu se include:
A. Seromul
B. Infecția
C. Colica renală
D. Neuropatii postoperatorii
E. Recidiva postoperatorie

49. *Vascularizația peretelui abdominal central este asigurată de:
- A. Vasele epigastrice superioare și inferioare
 - B. Vena safenă internă
 - C. Vena safenă externă
 - D. Artera femurală
 - E. Artera iliacă internă
50. *Hernia Spiegel apare:
- A. În zona de unire a marginii inferioare a fasciei posterioare cu marginea laterală a mușchiului drept abdominal
 - B. La nivelul liniei albe
 - C. In zona de unire a dreptilor abdominali
 - D. La nivelul regiunii inghinale
 - E. La nivel subombilical
51. *O hernie inghinală indirectă apare atunci când:
- A. Conținutul abdominal herniază medial de vasele epigastrice
 - B. Conținutul abdominal herniază lateral de vasele epigastrice
 - C. Nu exista această varietate de hernie
 - D. Conținutul abdominal herniază în scrot
 - E. Conținutul abdominal herniază printre elementele funiculului spermatic
52. Complicațiile postoperatorii frecvente ale herniilor sunt:
- A. Seromul
 - B. Infecția
 - C. Neuropatia postoperatorie
 - D. Hidrocelul
 - E. Recidiva postoperatorie
53. Procedeul Bassini se adresează următoarelor hernii:
- A. Inghinală directă
 - B. Obturatorie
 - C. Inghinală indirectă
 - D. Femurală
 - E. Lombară
54. Strangularea este o complicație a următoarelor tipuri de hernie:
- A. Inghinală indirectă
 - B. Femurală

- C. Diastazis de mușchi drepti abdominali
D. Incizională
E. Ombilicală
55. Următoarele tehnici chirurgicale se adresează herniilor orificiului miopectineal:
A. Procedeul Bassini
B. Procedeul Lichtenstein
C. Procedeul McVay
D. Procedeul Winkelman
E. Procedeul Shouldice
56. Herniile peretelui abdominal sunt reprezentate de:
A. Hernia ventrală
B. Hernia ombilicală
C. Hernia incizională
D. Hernia obturatorie
E. Hernia inghinală
57. Semnele clinice ale unei hernii strangulate sunt:
A. Vărsături incoercibile
B. Durere severă
C. Febră
D. Tahicardie
E. Sughit
58. Examenetele paraclinice în herniile peretelui abdominal sunt:
A. Radiografie simplă abdominală
B. Ecografie
C. Colonoscopie
D. RMN
E. CT
59. Tehnica McVay se aplică în cura herniilor:
A. Femurale
B. Inghinale directe
C. Ombilicale
D. Obturatorii
E. Inghinale indirecte

60. Semnele clinice în hernia femurală complicată sunt:
- A. Durere
 - B. Pirozis
 - C. Vărsături
 - D. Febră
 - E. Icter
61. Herniile OMP (orificiu miopectineal) sunt:
- A. Lombară
 - B. Femurală
 - C. Inghinală indirectă
 - D. Inghinală directă
 - E. Obturatorie
62. Avantajele abordului minim invaziv în cura chirurgicală a herniilor sunt:
- A. Morbiditatea mai redusă
 - B. Reducerea infecțiilor de plagă
 - C. Timp operator mai redus
 - D. Scăderea perioadei de spitalizare
 - E. Recuperarea mai rapidă
63. Factori de risc în apariția recidivelor herniilor inghinale sunt:
- A. Obezitatea
 - B. Vârsta
 - C. Fumatul
 - D. Sarcina
 - E. Dimensiunile herniei
64. Cura chirurgicală cu material alloplastic (plasa) se adresează următoarelor hernii:
- A. Inghinale
 - B. Ombilicale
 - C. Obturatorii
 - D. Femurale
 - E. Epigastrice
65. Printre procedeele tisulare în herniile miopectineale se numără:
- A. Procedeeul McVay
 - B. Procedeeul Bassini
 - C. Procedeeul Whipple

- D. Procedeul Reichel-Polya
E. Procedeul Shouldice
66. Diagnosticul diferențial al inghinodiniei ia în considerare următoarele afecțiuni de cauză genitourinară:
A. Varicocelul
B. Prostatita
C. Diverticulita
D. Infecția tractului urinar
E. Endometrioza
67. În cazul herniilor inghinale, printre complicațiile postoperatorii frecvente întâlnim:
A. Inflamația postoperatorie
B. Varice hidrostatice
C. Echimoze scrotale
D. Apendicita acută
E. Echimoze labiale
68. Din punct de vedere clinic, herniile pot fi:
A. Asimptomatoice
B. Simptomatice
C. Subacute
D. Acute
E. Supra-acute
69. Opțiunile de tehnică de reparare a herniilor includ:
A. Tehnici anatomice
B. Tehnici allopastice
C. Tehnici de separare a componentelor
D. Tehnici non chirurgicale
E. Tehnici non invasive
70. Tehnica chirurgicală anatomică de reparare a heniei implică:
A. Desființarea defectului parietal prin sutura chirurgicală
B. Este rezervată herniilor cu risc scăzut de recidivă
C. Nu este indicată în tratamentul chirurgical al herniilor cu defect parietal mic
D. Este indicată în tratamentul chirurgical al herniilor cu defect parietal mic
E. Este un procedeu chirurgical învechit

71. Tehnicile alloplastice în cura chirurgicală a herniilor presupun:
 - A. Plasarea unei proteze pentru a consolida peretele abdominal
 - B. Închiderea permanentă a defectului herniar
 - C. Utilizarea în special în herniile cu risc crescut de recurență
 - D. Se poate efectua doar laparoscopic
 - E. Nu are utilitate
72. Complicații postoperatorii frecvente în cura chirurgicală a herniilor:
 - A. Seromul
 - B. Infecția plăgii
 - C. Recidiva herniară
 - D. Eviscerația
 - E. Neuropatiile postoperatorii
73. Diagnosticul diferențial al inghinidinei se poate face cu:
 - A. Întinderea musculară
 - B. Durerea de ligament rotund
 - C. Varicocelul
 - D. Bolile inflamatorii intestinale
 - E. Ulcerul gastric
74. Diagnosticul diferențial al inghinidinei se poate face cu următoarele afecțiuni:
 - A. Afecțiuni ale articulației șoldului
 - B. Afecțiuni genitourinare
 - C. Afecțiuni gastrointestinale
 - D. Afecțiuni neurologice
 - E. Afecțiuni ale sistemului hematopoetic
75. Hernia obturatorie:
 - A. Este o categorie distinctă de hernie
 - B. Este rezultatul unui defect al planșeului pelvin la nivelul canalului obturator
 - C. Există de obicei, intestin subțire herniat prin defect
 - D. Există de obicei, colon herniat prin defect
 - E. Există de obicei, epiplon herniat prin defect
76. Procedeul alloplastic Lichtenstein:
 - A. Este o operație pe cale anterioară, efectuată cu plasă
 - B. Plasa este fixată pe suprafața posterioară a canalului inghinal
 - C. Marginile plasei sunt fixate pe limitele spațiului superior al OMP

- D. Aponevroza oblicului extern este suturată deasupra plasei, dar lăsată deschisă inferior
E. Are o rată mare de recidivă herniară
77. Obezitatea este o boală cronică, etiologia sa cuprinde:
A. Etiologia de mediu
B. Etiologie genetică
C. Etiologie comportamentală
D. Etiologie morbidă
E. Etiologie neurohormonală
78. În procesul de reglare a apetitului intervin decisiv:
A. Hipotalamusul
B. Stomacul
C. Creierul
D. Adipocitul
E. Țesutul muscular
79. *IMC se calculează astfel:
A. $IMC = \text{înălțime (m)} / [\text{greutate (kg)}]^2$
B. $IMC = \text{greutate (kg)} / [\text{înălțime (cm)}]^2$
C. $IMC = \text{greutate (g)} / [\text{înălțime (m)}]^2$
D. $IMC = \text{greutate (kg)} / [\text{înălțime (m)}]^2$
E. $IMC = \text{greutate (g)} / [\text{înălțime (cm)}]^2$
80. IMC nu ia în calcul următorii factori:
A. Greutatea
B. Musculatura
C. Perimetrul corporal
D. Înălțimea
E. Densitatea osoasă
81. Intervenția chirurgicală bariatrică este indicată în cazul pacienților cu:
A. IMC între 35 și 40 cu comorbidități asociate
B. IMC între 35 și 40 fără comorbidități asociate
C. IMC peste 40 fără comorbidități asociate
D. IMC peste 40 indiferent de comorbidități
E. IMC între 30 și 35 fără comorbidități asociate
82. Clasificarea greutății corporale conform IMC include:

- A. Subponderal – IMC < 18.5
 - B. Supraponderal – IMC = 25.0-29.9
 - C. Normoponderal – IMC = 18.5-24.9
 - D. Obezitate morbidă – IMC = 30.0-39.9
 - E. Obezitate – IMC > 40.0
83. Comorbiditățile asociate obezității includ:
- A. Rezistență la insulină
 - B. Dislipidemia
 - C. Apneea de somn
 - D. Cancerul osos
 - E. Hipertensiunea arterială
84. Contraindicațiile relative pentru chirurgia bariatrică sunt reprezentate de:
- A. Hipertensiunea arterială
 - B. Insuficiența cardiacă severă
 - C. Boala coronară instabilă
 - D. Diabetul zaharat tip 2
 - E. Ciroza cu hipertensiune portală
85. Investigațiile preoperatorii în cazul chirurgiei bariatrice trebuie să includă:
- A. Evaluarea nutrițională de bază
 - B. Testul hemocult
 - C. Evaluarea cardiovasculară
 - D. Colonoscopia
 - E. Evaluarea respiratorie
86. *Tratamentul persoanelor supraponderale și obeze nu include:
- A. Dieta
 - B. Exerciții fizice
 - C. Sedentarismul
 - D. Farmacoterapia
 - E. Intervenția chirurgicală bariatrică
87. *Singurul tratament al obezității care a reușit să ajute pacienții să piardă semnificativ în greutate, fără a recâștiga pierderea este:
- A. Dieta
 - B. Exercițiile fizice
 - C. Sedentarismul

- D. Farmacoterapia
E. Intervenția chirurgicală bariatrică
88. Medicamentele antiobezitate aprobate în prezent de FDA sunt:
A. Fentermina
B. Acetilcisteina
C. Orlistat
D. Lorcaserina
E. Liraglutide
89. *Procedura chirurgicală bariatrică ce combină malabsorbția și restricția este reprezentată de:
A. Bandarea gastrică ajustabilă
B. Gastrectomia longitudinală
C. Bypassul gastric Roux-en-Y
D. Diversia
E. Diversia biliopancreatică cu switch duodenal
90. Procedurile bariatrice strict restrictive sunt reprezentate de:
A. Diversia biliopancreatică
B. Diversia biliopancreatică cu switch duodenal
C. Bypassul gastric Roux-en-Y
D. Gastrectomia longitudinală
E. Bandarea gastrică ajustabilă
91. Procedurile bariatrice strict malabsorptive sunt reprezentate de:
A. Diversia biliopancreatică
B. Bypassul gastric Roux-en-Y
C. Diversia biliopancreatică cu switch duodenal
D. Bandarea gastrică ajustabilă
E. Gastrectomia longitudinală
92. Criteriile de selecție a pacienților cărora se adresează chirurgia obezității sunt:
A. IMC < 40 kg/m² fără comorbidități asociate
B. IMC > 40 kg/m² fără comorbidități asociate
C. IMC între 35-40 kg/m² cu comorbidități asociate
D. IMC între 35-40 kg/m² fără comorbidități asociate
E. Oricarui tip de obezitate morbidă, indiferent de comorbidități

93. *Cea mai frecvent efectuată procedura bariatrică în prezent este:
- Bypassul gastric Roux-en-Y
 - Gastrectomia longitudinală
 - Bandarea gastrică ajustabilă
 - Diversia biliopancreatică
 - Diversia pancreatică cu switch duodenal
94. Complicațiile precoce ale procedurilor bariatrice sunt reprezentate de:
- Tulburări nutriționale
 - Fistula anastomotică
 - Sângerare
 - Infecția
 - Sindromul de ansă aferentă
95. Complicațiile tardive ale procedurilor bariatrice sunt reprezentate de:
- Tulburări nutriționale
 - Ulcer marginal și stenoza de anastomoză
 - Hernie internă
 - Sindrom de ansă aferentă
 - Fistula anastomotică
96. *Cea mai importantă tulburare nutrițională postoperatorie în Bypassul gastric Roux-en-Y este reprezentată de:
- Deficitul de fier
 - Deficitul de vitamina D
 - Deficitul de vitamina B12
 - Deficitul de vitamina C
 - Deficitul de acid folic
97. Medicația utilă în tratamentul complicațiilor chirurgiei bariatrice este reprezentată de:
- Heparina cu greutate moleculară mică
 - Warfarina
 - Acidul ursodeoxicolic
 - Antiinflamatoarele nesteroidiene
 - Antispasticele
98. Tratamentul chirurgical al obezității:
- Ameliorează comorbiditățile
 - Reduce mortalitatea

- C. Înlocuiește schimbarea stilului de viață
D. Scade costurile de îngrijire a sănătății
E. Nu se efectuează de rutină pe cale laparoscopică
99. Intervenția chirurgicală bariatrică are un efect benefic asupra:
- Diabetului zaharat tip 2
 - Hipertensiunii arteriale
 - Cardiopatiei dilatative
 - Apneei de somn
 - Anginei pectorale
100. Fistulele anastomotice în urma chirurgiei bariatrice apar la următoarele intervenții:
- Bandarea gastrică
 - Bandarea gastrica ajustabilă
 - Bypassul gastric Roux-en-Y
 - Diversia biliopancreatică
 - Diversia biliopancreatică cu switch duodenal
101. Simptomele herniei interne apărute în urma Bypassului gastric Roux-en-Y sunt:
- Diareea
 - Durerile abdominale postprandiale
 - Greața
 - Vărsăturile
 - Hematemiza
102. Traumatismele abdominale se produc în urma:
- Plăgilor penetrante
 - Electrocutării
 - Prin forțe contondente
 - Ingestiei de substanțe acide sau baze
 - Expunerii la foc
103. *Hemoragia intra-abdominală cu risc vital determina frecvent:
- Șoc anafilactic
 - Șoc ocluziv
 - Bradicardie sinusală
 - Șoc hemoragic
 - Salt hipertensiv

104. Flancul abdominal este definit ca regiunea aflată între:
- A. Linia axilară posterioară
 - B. Linia axilară anterioară
 - C. Simfiza pubiană
 - D. Creasta iliacă
 - E. Coastele inferioare
105. În cazul plăgilor penetrante cel mai frecvent sunt afectate:
- A. Intestinul subțire
 - B. Intestinul gros
 - C. Mezenterul
 - D. Mezocolonul
 - E. Splina
106. Palparea abdomenului poate decela:
- A. Sensibilitate abdominală localizată sau difuză
 - B. Distensie abdominală secundară hemoragiei intra-abdominale
 - C. Semne de iritație peritoneală
 - D. Fracturi ale pelvisului
 - E. Defecte fasciale sau musculare ale peretelui abdominal
107. *La pacienții stabili hemodinamic standardul de aur în diagnosticul leziunilor organelor intraperitoneale sau retroperitoneale este:
- A. Radiografia abdomino-pelvină
 - B. Ecografia abdominală FAST
 - C. Evaluarea CT (computer tomografia)
 - D. Evaluarea RMN
 - E. Ecografia cu substanță de contrast
108. Care afirmații sunt adevărate cu privire la ecografia FAST:
- A. Este o metoda rapidă de diagnostic
 - B. Nu poate evalua lichidul liber din abdomen și pericard
 - C. A înlocuit lavajul peritoneal diagnostic
 - D. Are o acuratețe diagnostică scăzută
 - E. Poate fi efectuată fără probleme de către chirurg, radiolog sau medicul de urgență
109. Următoarele afirmații sunt adevărate despre plăgile penetrante:
- A. Plăgile penetrante cu peritonită nu impun laparotomia
 - B. Au o incidență foarte mare a leziunilor viscerale

- C. Pacienții stabili fără peritonită pot avea leziuni limitate la peretele abdominal
- D. În plagile prin împușcare gloanțele urmează întotdeauna un traiect drept
- E. Efectuarea CT reduce necesitatea efectuării laparotomiilor exploratorii

110. *Contuziile hepatice sunt clasificate în:

- A. 4 grade
- B. 3 grade
- C. 2 grade
- D. 6 grade
- E. 5 grade

111. Leziunile splenice cu sângerare activă și hipotensiune arterială:

- A. Necesită splenectomie totală
- B. Pot fi tratați prin angioembolizare în vederea conservării splinei
- C. Necesită splenorafie
- D. Pot fi tratați conservator
- E. La CT abdominal putem avea prezent hemoperitoneul difuz

112. Leziunile traumatice pancreatice pot fi evaluate prin:

- A. Radiografie abdominală
- B. Scanare CT
- C. Colangiopancreatografie prin rezonanță magnetică (MRCP)
- D. Colangiopancreatografie endoscopică retrogradă (ERCP)
- E. Ecografie endoscopică

113. În traumatismele hemidiafragmului stâng se asociază frecvent leziuni ale:

- A. Stomacului
- B. Ficatului
- C. Splinei
- D. Intestinului subțire
- E. Pancreasului

114. *Sunt adevărate următoarele afirmații despre traumatismele renale, cu excepția:

- A. Rinichiul este relativ protejat datorită localizării sale retroperitoneale
- B. Contuziile renale necesită rareori intervenție chirurgicală
- C. Nefrectomia este necesară în leziunile parenchimatoase extinse
- D. Leziunile penetrante sunt adesea autolimitate inclusiv cele ce interesează vasele
- E. Cateterul Foley trebuie menținut 7-10 zile , sau până când se remite hematuria

115. Care afirmații sunt false referitor la traumatismele intestinului subțire și mezenterului
- A. Contuzia peretelui intestinal poate determina o perforație întârziată
 - B. Prezența la nivel abdominal a “semenelor de centură de siguranță” se asociază cu un risc scăzut de leziuni intestinale
 - C. Intestinul subțire și mezenterul sunt frecvent lezate în traumatismele produse prin înjunghiere sau împușcare
 - D. Repararea este facilă și presupune închiderea defectului prin sutura cu fire
 - E. Sutura mecanică cu stapler sau rezecția nu sunt indicate în cazul leziunilor ce implică mezenterul
116. În traumatismele colonului putem avea:
- A. Leziuni mai extinse ce interesează și mezenterul ce necesită rezecție și anastomoză
 - B. Colostomia este frecvent necesară
 - C. În leziunile rectului extraperitoneal devierea tranzitului până la vindecarea acestora
 - D. Traumatisme produse de proiectile ce nu pot fi reparate adesea prin sutură primară
 - E. Asocierea multiplelor leziuni organice sau șoc prezintă un risc scăzut de apariție a fistulei anastomotice
117. Controlul lezional din cadrul traumatismelor abdominale cuprinde:
- A. Laparotomie în vederea controlului hemoragiei și/sau contaminării
 - B. “Triada letală” ce include hipertermia, alcaloza și coagulopatia
 - C. Controlul hemoragiei cu risc vital poate fi obținut prin suturarea vaselor sangvine lezate și izolarea organelor solide cu câmpuri
 - D. De obicei chirurgia de control lezional durează între 60-90 de minute
 - E. După stabilizare la 12-48 ore pacientul revine în sala de operație pentru îndepărtarea câmpurilor hemostatice și reconstrucția tractului gastrointestinal
118. Sunt adevărate afirmațiile despre sindromul de compartiment abdominal:
- A. Când presiunea intra-abdominală crește peste 50 mmHg
 - B. Compromite vascularizația organelor intraperitoneale și retroperitoneale
 - C. Când nu este tratat determină insuficiența multiplă de organ (MODS)
 - D. Diagnosticul este facilitat de măsurarea presiunii vezicii biliare ce corespunde indirect presiunii intraperitoneale
 - E. Tratamentul este reprezentat de decompresia promptă printr-o incizie pe linia mediană
119. *Examenul neurologic începe în cadrul evaluării primare și urmărește:
- A. Pierderea stării de conștiență
 - B. Prezența convulsiilor

- C. Starea de vigilență post-traumatism
 - D. Funcția motorie la nivelul extremităților
 - E. Toate variantele de mai sus
120. *Leziunile traumatice ale toracelui nu includ:
- A. Pneumotoraxul în tensiune
 - B. Hemotoraxul masiv
 - C. Tamponada cardiacă
 - D. Bronchopneumonia
 - E. Voletul costal
121. *Tamponada cardiacă:
- A. Prezentare clinică cu zgomote cardiace de intensitate scăzută, turgescență jugulară și hipotensiune (triada Beck)
 - B. Nu este o afecțiune amenințătoare de viață
 - C. Tratamentul are scopul de a reduce debitulcardiac
 - D. Prezentarea clinică cu zgomote cardiace de intensitate crescută
 - E. Se poate produce doar printr-un traumatism precordial deschis
122. *Clasificarea hemoragiei:
- A. Clasa II - Frecvența cardiacă (bătăi/min) <100
 - B. Clasa IV - Frecvența cardiacă (bătăi/min) > 140
 - C. Clasa III - Volumul de sânge pierdut >40%
 - D. Clasa IV -Pierdere de sânge (ml) la o persoană de 70 kg între 750-1.500
 - E. Clasa I - Tensiunea arterială scăzută
123. *Scorul Glasgow:
- A. Este o metodă dificil de reprodus
 - B. Acesta are valori cuprinse între 3 și 20
 - C. Scorurile de 3 și 4 sunt asociate cu mortalitate sau stare vegetativă în aproape 97% din cazuri
 - D. Nu poate fi utilizat ca indicator de prognostic
 - E. Nu poate fi influențat de consumul de alcool si droguri recreaționale
124. Suportul Vital Avansat ghidează prioritizarea managementului pacientului, concentrându-se pe:
- A. Evaluarea primară
 - B. Evaluarea terțiară
 - C. Îngrijirea provizorie

- D. Evaluarea secundară
- E. Îngrijirea definitivă

125. Evaluarea primară:

- A. Este descrisă prin acronimul ABCDE
- B. Se bazează pe identificarea și tratarea imediată a leziunilor amenințatoare de viață
- C. Nu implică examinarea tegumentară completă
- D. Nu cuprinde inițierea resuscitării
- E. Presupune evaluarea permeabilității și stabilității căilor aeriene

126. Hemoragia:

- A. Este o cauză rară de șoc secundar traumatismelor
- B. Tratamentul implică refacerea volumului de sânge circulant
- C. În șocul sever, trebuie inițiate transfuziile de produse sangvine
- D. Severitatea șocului hemoragic este clasificată în funcție de procentul de volum de sânge circulant pierdut
- E. Hemoragiile intratoracice pot fi controlate temporar prin compresie directă sau aplicarea garoului

127. Semne și simptome frecvente în șoc sunt:

- A. Tahicardia
- B. Hipotensiunea
- C. Hipertensiunea
- D. Tahipneea
- E. Poliuria

128. Voletul costal:

- A. Se produce atunci când două sau mai multe coaste adiacente sunt fracturate în două sau mai multe locuri
- B. La inspecția toracelui, se observă mișcarea paradoxală a segmentului afectat
- C. Este frecvent asociat cu contuzia parenchimului pulmonar subiacent
- D. Stabilizarea chirurgicală a segmentului afectat s-a dovedit a nu reduce morbiditatea
- E. Este recomandată resuscitarea volemică agresivă

129. Pneumotoraxul închis:

- A. Se produce atunci când aerul pătrunde în cavitatea pleurală, determinând colabarea plămânului contralateral.
- B. Examenul fizic relevă murmur vezicular diminuat la nivelul plămânului afectat
- C. Examenul fizic relevă hipersonoritate lapercuție

- D. Examenul fizic relevă murmur vezicular normal la nivelul plămânului afectat
- E. Diagnosticul se stabilește pe radiografia toracică

130. Hemotoraxul:

- A. Se produce atunci când se acumulează aer în spațiul pleural
- B. La examenul fizic se observă abolirea murmurului vezicular
- C. La examenul fizic se observă hipersonoritate la percuție
- D. Tratamentul implică plasarea unui tub toracic
- E. Evacuarea adecvată și poziția tubului toracic sunt verificate prin efectuarea unei radiografii postprocedural

131. Contuziile aortice:

- A. Sunt cele mai frecvente leziuni toracice traumatice
- B. Au potențial letal crescut
- C. Se produc prin mecanism de decelerare rapidă
- D. Rupturile în toată grosimea aortei sunt urmate de exsanguinare masivă și deces, în câteva minute de la producerea accidentului
- E. Apar ca rezultat al forței de forfecare ce acționează la joncțiunea dintre arcul aortic mobil și aorta descendentă toracică, imobilă

132. Semne radiologice în contuzia aortică sunt:

- A. Creșterea opacității mediastinale
- B. Scăderea opacității mediastinale
- C. Ștergerea conturului arcului aortic
- D. Deplasarea inferioară a bronhiei primitive stângi
- E. Deplasarea traheei spre stânga

133. Fracturile costale:

- A. Reprezintă cea mai rară leziune toracică provocată de traumatismele închise
- B. Sunt identificate la examenul clinic ca puncte sensibile la palpare de-a lungul coastei
- C. Localizarea fracturilor costale ajută la diagnosticarea leziunilor asociate
- D. Fractura primelor 3 coaste este asociată cu leziuni aortice sau ale vaselor mari
- E. Fracturile coastelor de la mijlocul toracelui se asociază frecvent cu leziuni diafragmatice

134. Toracotomia în departamentul de urgențe:

- A. În anumite cazuri poate fi benefică și trebuie considerată o manevră salvatoare de viață

- B. Permite atingerea rapidă a unor obiective, precum pericardiotomia, masajul cardiac deschis, clamparea aortei
 - C. Trebuie luată în considerare la pacienții cu traumatisme deschise, ce au încetat să prezinte semne vitale cu mai puțin de 15 minute înainte de sosirea în departamentul de urgențe
 - D. Toracotomia de resuscitare poate fi efectuată și în absența unui chirurg cu experiență în tratamentul leziunilor toracice complexe
 - E. Indică la pacienții cu stop cardiac prelungit după traumatism penetrant
135. Prezentarea clasică a șocului neurogen include:
- A. Hipertensiune
 - B. Tetraplegie
 - C. Bradicardie
 - D. Extremități reci
 - E. Extremități calde
136. *Sechestrarea lichidului în spațiul patru presupune:
- A. Acumulare fluidă în peritoneu
 - B. Acumulare fluidă în retroperitoneu
 - C. Acumulare fluidă atât în peritoneu cât și în retroperitoneu
 - D. Sângerare difuză în retroperitoneu
 - E. Nicio variantă corectă
137. *Referitor la sindromul de compartiment abdominal:
- A. Poate compromite vascularizarea organelor intraperitoneale
 - B. De obicei nu interesează vascularizarea organelor retroperitoneale
 - C. Se produce la valori ale presiunii intraabdominale mai mari de 12mmHg
 - D. Poate conduce la limitarea ascensionării diafragmului
 - E. Nicio variantă corectă
138. *În cazul unei fracturi la nivelul oaselor bazinului:
- A. Diagnosticul nu poate fi enunțat până la efectuarea unei tomografii computerizate
 - B. Echimozele de la nivelul abdomenului inferior, coapselor și feselor pot indica o fractură de pelvis
 - C. Examinarea perineului trebuie efectuată pentru a evidenția eventuale fracturi închise
 - D. Cel mai adesea sângerările active sunt datorate unui vas arterial
 - E. Toate afirmațiile de mai sus sunt corecte
139. *Explorarea chirurgicală în cazul fracturilor de bazin:

- A. Este prima opțiune ținând cont de hemoragiile care pot forma hematoame mari retroperitoneale ce necesită evacuare
- B. Este de evitat în cazul leziunilor multiple printre care și cele de splină
- C. Împachetarea pelvisului cu câmpuri operatorii este o metoda de evitat ținând cont că nu rezolvă cauza formării unui hematom pelvin
- D. Poate rezolva sângerarea din marginea de fractură
- E. Toate răspunsurile sunt greșite

140. În traumatismele de la nivelul gâtului:

- A. Regiunea anterioară a gâtului, pentru evaluare clinică și management, este împărțită în 4 zone de la I la IV
- B. Șocul și semnele clare de lezare a unei structuri din zonele I și II necesită explorare chirurgicală de urgență
- C. La pacientul stabil hemodinamic chiar și în cazul leziunilor din zonele I și II se poate adopta o strategie conservatorie inițial
- D. Evaluarea clasică constă în angiografie, bronhoscopie și esofagoscopie/sofagografie
- E. CT-ul și substanța de contrast este o metodă foarte eficientă pentru diagnosticul leziunilor gâtului

141. În cazul leziunilor medulare din cadrul traumatismelor gâtului:

- A. 10% din traumatismele penetrante la acest nivel au drept consecință leziunile măduvei spinării
- B. Leziunile măduvei spinării sunt cele mai întâlnite leziuni nervoase împreună cu leziunile de plex brahial
- C. Leziunile nervoase cele mai întâlnite sunt cele de nervi cranieni
- D. Leziunile măduvei spinării mai sus de C4 se asociază cu o mortalitate ridicată
- E. Pentru a evita leziunile nervoase iremediabile se recomandă administrare precoce de steroizi intravenoși

142. În cadrul leziunilor extremităților:

- A. Acestea sunt întâlnite frecvent atât în traumatismele deschise cât și cele închise
- B. Severitatea leziunilor poate varia de la leziuni banale până la deces
- C. Leziunile cu potențial letal pot fi constituite de fracturile deschise
- D. În cazul lezării unui vas mare nu se poate aplica atela rigidă pentru imobilizare
- E. Sindromul de compartiment necesită inițierea de urgență a tratamentului inflamator steroidian

143. În cadrul traumatismelor extremităților, semnele de certitudine ale hemoragiilor acute pot fi:
- A. Sângerare pulsatilă
 - B. Hematom neexpansiv
 - C. Hematom profund
 - D. Suflu
 - E. Tegumente reci
144. Fracturile deschise la nivelul extremităților:
- A. Pot fi letale
 - B. Fracturile închise, contaminate bacterian, pot conduce la osteomielita și amputația membrului
 - C. Pot conduce la complicații precum vindecarea osoasă deficitară
 - D. Pot conduce la infecții de plagă
 - E. Sunt cele mai frecvente tipuri de traumatisme la nivelul membrului inferior
145. Cauzele principale ale traumatismelor din sarcină sunt:
- A. Accidentele de trafic rutier
 - B. Heteroagresiunii, în procente de până la 30%
 - C. Tulburărilor psihologice din timpul sarcinii ale mamei
 - D. Arsurile
 - E. Degeraturile
146. Cauzele principale de deces fetal prin traumatism sunt:
- A. Accidentele rutiere
 - B. Focuri de armă
 - C. Ingestia accidentală a mamei de acizi tari
 - D. Ingestia accidentală a mamei de soluții bazice
 - E. Abuzurile fizice la care a fost supusă mama
147. Traumatismele pediatrice:
- A. Sunt mai frecvent întâlnite la copiii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani
 - B. Sunt cea mai frecventă cauză de deces la copii
 - C. Constituie prima cauză de handicap la copiii sub 14 ani
 - D. La copiii între 1 și 14 ani de viață accidentele rutiere reprezintă aproximativ jumătate din cauzele de deces
 - E. Traumatismele termice reprezintă cea de-a doua cauză de deces prin trauma la copii după accidentele rutiere

148. Principalele mecanisme de producere a traumatismelor la vârstnici sunt:

- A. Precipitățile
- B. Căderile de la înălțime
- C. Agresiunile
- D. Accidentele de autovehicul
- E. Arsurile

149. Trauma la vârstnici:

- A. Mortalitatea este mare în rândul vârstnicilor în cazul unui traumatism
- B. Comorbiditățile joacă un rol decisiv în cazul deceselor prin traumă
- C. Deși cele mai importante comorbidități la vârstnici sunt cele implicând sistemul cardiovascular aceștia au un răspuns inflamator redus în cadrul traumei ceea ce conduce la un echilibru hemodinamic mai bun față de pacienții tineri
- D. Medicația cardiologică prescrisă vârstnicilor poate influența diagnosticarea șocului
- E. Vârsta nu este însă cel mai puternic predictor în evoluția pacienților cu fracturi costale

150. În cazul traumatismelor severe din timpul sarcinii:

- A. Uneori, pentru salvarea fătului, poate fi necesară cezariana perimortem, dar aceasta oferă șanse mici de supraviețuire fătului dacă este efectuată la mai mult de 4 minute după dispariția semnelor vitale ale mamei
- B. Cezariana perimortem se aplică doar în cazul sarcinilor avansate care ar permite supraviețuirea fătului
- C. Nu se indică cezariana perimortem la pacientele care nu sunt declarate încă decedate
- D. Cezariana perimortem oferă cele mai bune șanse de supraviețuire ale fătului în prima jumătate de oră de la dispariția semnelor vitale ale mamei
- E. Cezariana perimortem se poate efectua la pacientele în stop cardio-respirator sau în iminență de stopare

151. Managementul în cazul traumatismelor pediatrice ține cont de:

- A. Prioritățile de resuscitare a copiilor diferă față de prioritățile adulților
- B. În cazul unei oxigenări <90% a pacientului pediatric putem presupune o afectare a căilor aeriene deoarece copiii nu prezintă, în general, boli respiratorii precum pacientul adult
- C. Hipoventilația apare frecvent ca urmare a unei leziuni cerebrale sau în urma șocului
- D. Copilul traumatizat poate necesita intubație oro-traheală doar și pentru a putea fi investigat corespunzător
- E. Dintre investigațiile imagistice efectuate în cazul diagnosticului traumatismelor la copil nu poate face parte și tomografia computerizată

152. *Splina are la adult următoarele funcții :

- A. Hematopoieza
- B. Filtrarea leucocitelor care ajung la finalul vieții lor de 110-120 de zile
- C. Sinteza de trombocite
- D. Imunomodularea
- E. Filtrarea imunoglobulinei M

153. *Splenectomia este urmată de:

- A. Leucopenie tranzitorie
- B. Leucopenie persistentă
- C. Trombocitoză pasageră
- D. Trombocitopenie pasageră
- E. Menținerea nemodificată a hemoleucogramei

154. Vascularizația arterială a splinei:

- A. Este asigurată exclusiv de artera splenică, ram al trunchiului celiac
- B. Este asigurată de artera splenică și arterele gastrice scurte, ramuri ale arterei gastroepiploice stângi
- C. În caz de ocluzie a arterei splenice apare infarctul splinei
- D. În caz de ocluzie a arterei splenice, arterele gastrice scurte asigură un flux colateral
- E. În caz de ocluzie a arterei splenice, artera pancreatico-duodenală superioară asigură un flux arterial

155. Drenajul venos al splinei se realizează:

- A. Exclusiv prin vena splenică
- B. Exclusiv prin venele gastrice scurte
- C. Prin vena splenică, care se unește cu vena mezenterică superioară, formând vena portă
- D. Prin venele gastrice scurte și vena splenică
- E. Prin anastomoza cu vena renală stângă, ajungând în vena cava inferioară

156. Splinele accesorii:

- A. Apar la 10-30% din populație
- B. Apar la 30-50% din populație
- C. Sunt frecvent localizate în hilul splenic, ligamentele suspensoare ale splinei, omentul
- D. Nu prezintă funcții, deci sunt fără importanță practică
- E. Eșecul identificării și exciziei splinelor accesorii poate duce la recidiva unor boli hematologice care se tratează prin splenectomie

157. Splina are rol:
- A. De a filtra sângele
 - B. De hematopoieza extramedulară la fetus
 - C. Posibil în sechestrarea și distrucția granulocitelor și a plachetelor
 - D. Sinteza granulocitelor și plachetelor
 - E. În procesele imune, asigurând răspunsurile imune specifice și non-specifice
158. *Radiografia abdominală pe gol este utilă în explorarea splinei prin evidențierea:
- A. Dimensiunilor exacte ale splinei
 - B. Funcției hematopoietice a splinei
 - C. Fracturilor costale inferioare stângi, sugestive pentru leziuni splenice
 - D. Aspectului pancreasului afectat secundar în bolile splenice
 - E. Vascularizației splinei
159. *Scintigrafia este utilă pentru evaluarea splinei:
- A. Pentru informații privind exclusiv dimensiunile splinei
 - B. Pentru informații privind exclusiv funcțiile splinei
 - C. Pentru a decele spline accesorii sau ectopice
 - D. Pentru a monitoriza traumatismele splenice
 - E. Pentru a efectua puncții ghidate
160. La evaluarea clinică a unui pacient cu o posibilă afecțiune splenică, este important de aflat:
- A. Istoricul sângerărilor, dacă există (epistaxis spontan, sângerări gingivale, menoragie)
 - B. Istoricul de consum de medicamente ce pot interfera cu funcția plachetară
 - C. Istoricul personal și familial de afecțiuni hematologice (limfom, leucemie)
 - D. Splenomegalie dureroasă în afecțiuni hematologice
 - E. Splenomegalie nedureroasă în infecție splenică, infarct splenic sau ruptură splenică
161. Ecografia abdominală este utilă pentru evaluarea:
- A. Dimensiunilor splinei
 - B. Funcțiilor splinei
 - C. Prezenței chisturilor splenice sau a abceselor splenice
 - D. Evaluarea rapidă a pacienților cu traumatisme pentru prezența sângelui în cavitatea peritoneală
 - E. Vascularizația splinei, prin ultrasonografie Doppler
162. Computer Tomografia (CT) cu substanță de contrast este metoda preferată pentru:
- A. Determinarea dimensiunilor și leziunilor splinei

- B. Evidențierea altor leziuni/afecțiuni concomitente la nivel abdominal
- C. Evidențierea chisturilor sau abceselor de la nivelul splinei
- D. Efectuarea drenajelor percutane ale chisturilor sau abceselor splinei sub ghidaj CT
- E. Monitorizarea leziunilor splenice

163. Angiografia splinei este utilă:

- A. La pacienții cu traumatism abdominal, stabili hemodinamic, la care ultrasonografia vizualizează lichid liber intraabdominal
- B. La pacienții cu traumatism abdominal, instabili hemodinamic, la care ultrasonografia vizualizează lichid liber intraabdominal
- C. În evaluarea tumorilor splenice
- D. Pentru embolizarea arterei splenice
- E. Pentru monitorizarea pacienților cu hipersplenism

164. *La o persoană sănătoasă, după ce splina este înlăturată chirurgical :

- A. Numărul leucocitelor crește tranzitor, în medie cu 50% peste limita superioară a normalului, revenind la normal după 5-7 zile
- B. Numărul leucocitelor crește tranzitor, în medie cu 30% peste limita superioară a normalului, revenind la normal după 2-4 zile
- C. Numărul leucocitelor scade tranzitor, în medie cu 50% sub limita inferioară a normalului, revenind la normal după 5-7 zile
- D. Numărul leucocitelor scade tranzitor, în medie cu 30% sub limita inferioară a normalului, revenind la normal după 5-7 zile
- E. Numărul leucocitelor nu este influențat de splenectomie

165. După splenectomie, la 50% dintre pacienți, numărul plachetelor sanguine:

- A. Crește tranzitor cu până la 30% între ziua 2 și ziua 10 postsplenectomie și revine de obicei la normal în aproximativ două săptămâni
- B. Scade tranzitor cu până la 30% între ziua 2 și ziua 10 postsplenectomie și revine de obicei la normal în aproximativ două săptămâni
- C. Crește tranzitor cu până la 50% între ziua 2 și ziua 10 postsplenectomie și revine de obicei la normal în aproximativ două săptămâni
- D. Tratamentul antiagregant plachetar este indicat dacă numărul trombocitelor depășește 750000/mm³, până numărul de trombocite revine la normal
- E. Tratamentul anticoagulant este indicat dacă numărul trombocitelor depășește 750000/mm³, până numărul de trombocite revine la normal

166. Vaccinarea antipneumococică cu vaccin pneumococic polivalent:

- A. Este indicată numai la pacienții cu splenectomia totală

- B. Este indicată la pacienții cu splenectomia totală și splenectomie conservativă (parțială) posttraumatică
 - C. Nu este indicată la pacienții cu traumatism splenic manageriați non-operator
 - D. La pacienții programați pentru splenectomie electivă, este recomandată vaccinarea înaintea intervenției chirurgicale
 - E. Asigură protecție totală împotriva infecțiilor severe postsplenectomie (OPSI)
167. *Simptomatologia principală în achalazie este:
- A. Durerea
 - B. Regurgitarea
 - C. Disfagia progresivă la solide și apoi la lichide
 - D. Pirozis
 - E. Disfagie progresivă la lichide și apoi la solide
168. *Terapia chirurgicală endoscopică pentru achalazie POEM (miotomia endoscopică per orală) constă în :
- A. Dilatarea sfincterului esofagian inferior (SEI) cu balonul endoscopic
 - B. Endoscopie digestivă superioară cu injectarea SEI cu toxină botulinică
 - C. Crearea endoscopică a unui tunel submucos esofagian și apoi efectuarea unei miotomii a SEI
 - D. Miotomie Heller pe cale laparoscopică
 - E. Miotomie a SEI pe cale toracoscopică
169. Achalazia:
- A. Este o boală degenerativă a plexului nervos mienteric (Auerbach) care duce la denervarea esofagului
 - B. Are ca rezultat relaxare sfincterului esofagian inferior (SEI) la deglutiție
 - C. Are ca rezultat lipsa relaxării sfincterului esofagian inferior (SEI) la deglutiție
 - D. Are ca rezultat absența peristaltismului esofagian
 - E. Are ca rezultat hiperperistaltismul esofagian
170. Diagnosticul achalaziei se face prin:
- A. Ecoendoscopie (EUS)
 - B. Tranzit baritat, care arată clasic „semnul ciocului de pasăre”
 - C. Studiu manometric ce indică eșecul relaxării SEI odată cu deglutiția, combinat cu absența contracțiilor peristaltice normale ale esofagului
 - D. Laparoscopie diagnostică
 - E. Endoscopia pentru a exclude alte posibile cauze ale obstrucției distale, cum ar fi carcinomul esofagian (pseudoachalazie)

171. Tratamentul achalaziei este:

- A. Curativ, cu vindecare definitivă
- B. Limitat la intervenții paliative, deoarece boala nu poate fi vindecată
- C. Direcționat către ameliorarea spasmului SEI prin tratament medical, intervenție endoscopică sau miotomie chirurgicală
- D. Reprezentat de dilatarea sfincterului esofagian inferior (SEI) cu balonul endoscopic și miotomia chirurgicală
- E. Reprezentat de rezecția esofagului distal cuprinzând sfincterul esofagian inferior (SEI)

172. Tratamentul chirurgical al achalaziei, prin miotomia Heller

- A. Se poate efectua prin abord transtoracic sau transabdominal
- B. Se poate efectua numai laparoscopic
- C. Abordul laparoscopie oferă un confort mai bun pacientului și avantajul unei mai bune vizualizări a miotomiei
- D. Este importantă extinderea miotomiei spre stomac, cel puțin 2-3 cm
- E. Fundoplicatura este efectuată concomitent pentru a preveni refluxul gastroesofagian, după ce sfincterul esofagian inferior (SEI) a devenit incompetent

173.*Un barbat de 52 de ani, descoperit intamplator de 6 luni cu leziune esofagiană asimptomatică. La endoscopia directă: tumoră 8 mm fără modificări ale mucoasei, iar la examenul tranzit baritat se evidențiază o masă 8 mm cu contur neted bine definit endoscopie directă – tumora 8 mm fără modificări ale mucoasei. Care este managementul terapeutic?

- A. Intervenție chirurgicală: enucleerea leziunii prin toracotomie sau toracoscopie
- B. Enucleerea leziunii prin endoscopie
- C. Monitorizare prin ecoendoscopie (EUS)
- D. Aspirație cu ac fin sau biopsie, în vederea stabilirii caracterului benign sau malign
- E. Supraveghere clinică până la apariția disfagiei

174. Majoritatea leziunilor esofagiene benigne:

- A. Apar la nivelul esofagului mijlociu și distal
- B. Apar la nivelul esofagului proximal
- C. Se prezintă frecvent cu dureri
- D. Se prezintă frecvent cu disfagie
- E. Evaluarea se face prin tranzitul baritat și endoscopie

175. Leziunile esofagiene benigne sunt:

- A. Neobișnuite (rare)
 - B. Frecvent întâlnite
 - C. De obicei asimptomatice și descoperite întâmplător
 - D. Cel mai frecvent leiomiom, localizat în stratul muscular
 - E. Ca simptomatologie apare disfagia
176. *Complicația pe termen lung a ingestiei de substanțe caustice este:
- A. Însuficiența respiratorie acută
 - B. Edem al căilor respiratorii
 - C. Formarea stenozelor esofagiene
 - D. Insuficiența respiratorie cronică
 - E. Arsura transmurală
177. *Tratamentul de urgență în ingestia de substanțe caustice are ca primă prioritate
- A. Neutralizarea substanțelor caustice
 - B. Inducerea vărsăturilor
 - C. Menținerea permeabilității esofagiene
 - D. Administrarea de steroizi
 - E. Antibioterapia
178. Ingestia substanțelor caustice:
- A. Ingestia de produse acide produce de regulă leziuni mai profunde
 - B. Ingestia de produse alcaline produce de regulă leziuni mai profunde
 - C. Capacitatea de a ingera material acid este limitată de senzația de arsură extremă în cavitatea bucală
 - D. Capacitatea de a ingera material alcalin este limitată de senzația de arsură extremă în cavitatea bucală
 - E. Ingestia de produse alcaline are ca rezultat o vătămare esofagiană în toată grosimea peretelui
179. Evaluarea arsurii produse de substanțele caustice cuprinde:
- A. Aprecierea motivului precis care a determinat ingestia substanței
 - B. Identificarea precoce a agentului etiologic (substanță acidă, alcalină), deoarece necesită abordare diferită
 - C. Examinarea fizică a orofaringelui pentru a estima severitatea leziunilor și pentru eventuala intubație endotraheală, în caz de edem al căilor respiratorii superioare
 - D. Endoscopia flexibilă trebuie efectuată precoce, în primele 24 de ore, pentru a reduce la minim riscul de perforație

- E. Gravitatea lezională este clasificată în funcție de gradul de profunzime, de la arsuri superficiale de gradul I, la arsuri de gradul al treilea, transmurale
180. Tratamentul stenozelor esofagiene postcaustice cuprinde:
- Dilatarea cu bujii
 - Antibioticele
 - Steroizi
 - Interpunerea de colon (pe cale retrosternală)
 - Rezecția esofagiană cu interpunerea de colon
181. Care sunt intervențiile practicate în stenozele esofagiene postcaustice?
- În urgență rezecția chirurgicală a esofagului, cu interpunere de colon
 - În caz de stenoză tardivă, strânsă, rezecția esofagului cu interpunere de colon
 - Dacă fibrozarea este prea intensă pentru a efectua o rezecție esofagiană sigură, se practică o interpunere colonică retrosternală
 - În timpul evaluării endoscopice, gastrostomie percutană endoscopică pentru aport nutritiv și acces pentru dilatări retrograde cu bujii
 - În caz de degenerare malignă a leziunilor esofagiene, interpunere colonică retrosternală
182. *Răspunsul la stresul chirurgical determină:
- Potențarea sistemului fibrinolitic, cu predispunerea pacientului la hemoragie
 - Supresia sistemului fibrinolitic, cu predispunerea pacientului la tromboză
 - Menținerea constantă a sistemului fibrinolitic, fără risc de dezechilibru al sistemului fluido-coagulant
 - Potențarea sistemului coagulant, cu predispunerea pacientului la tromboză
 - Supresia sistemului coagulant, cu predispunerea pacientului la hemoragie
183. *Măsurile preoperatorii, care reduc riscul de complicații pulmonare postoperatorii, sunt încetarea fumatului:
- În ziua intervenției chirurgicale
 - În ziua precedentă intervenției chirurgicale
 - Cu minim 2 săptămâni înaintea intervenției chirurgicale
 - Cu minim 6 săptămâni înaintea intervenției chirurgicale
 - Imediat după intervenția chirurgicală
184. *Standardul de aur pentru diagnosticul și stadializarea bolii hepatice rămân/rămâne:
- Biopsia hepatică
 - Testele serologice și radiologice

- C. Ultrasonografia abdominală
 - D. Testele biochimice și serologice
 - E. Rezonanța magnetică nucleară sau computer tomografia
185. *Managementul perioperator al pacientului cu boala cronică de rinichi (BCR) sau injurie acută renală (IRA) are ca principală țintă:
- A. Monitorizarea cu acuratețe a bilanțului hidric
 - B. Cântărirea zilnică a bolnavului
 - C. Evitarea medicamentelor anti-inflamatorii nonsteroidiene din cauza efectelor secundare nefrotoxice
 - D. Evitarea opioidelor, ce se pot acumula la pacienții cu BCR, având risc înalt de depresie respiratorie
 - E. Menținerea euvolemiei și a perfuziei renale
186. *Pacienții chirurgicali cu patologie hepatică:
- A. Au risc de sângerare abundentă
 - B. Au risc de tromboza venoasă
 - C. Au echilibru fluido-coagulant optim
 - D. Au risc minim de sângerare
 - E. Afectarea hemostazei poate fi atribuită creșterii producției factorilor de coagulare
187. *La pacientul diabetic, stresul chirurgical induce un răspuns neuro-endocrin cu:
- A. Menținerea echilibrului dintre insulină și hormonii de contrareglare: glucagon, adrenalina
 - B. Cortizol și hormonul de creștere
 - C. Eliberarea insulinei serice și scăderea glicemiei
 - D. Scăderea hormonilor de contrareglare
 - E. Instabilitate într-un sens sau altul a echilibrului dintre insulina și hormonii de contrareglare
 - F. Eliberarea hormonilor de contrareglare, care determină rezistența periferică la insulină, creșterea producției de glucoză hepatică și scăderea producției de insulină cu tendință la hiperglicemie
188. *Infecția plăgii chirurgicale:
- A. Dacă este recunoscută precoce poate determina drenaj spontan
 - B. Se manifestă constant prin febră urmată de tahicardie
 - C. Se tratează în primul rând prin antibiotice
 - D. Dacă este depistată tardiv conduce la distrugerea fasciei, cu dehiscență sau eviscerație
 - E. Reprezintă cea mai frecventă infecție nozocomială

189. Pacienții cu patologie hepatică avansată au un risc crescut de a dezvolta ascită, care crește riscul de:
- A. Închidere rapidă a plăgilor chirurgicale
 - B. Dehiscentă a plăgii
 - C. Afectare a ventilația pulmonare
 - D. Eventrații după chirurgia abdominală
 - E. Reacumulare a ascitei, cu toate că este drenată în timpul intervenției chirurgicale
190. La pacientul diabetic, gastropareza, cauzată de neuropatia vegetativă:
- A. Se evidențiază prin senzație de foame postprandială
 - B. Poate întârzia evacuarea gastrică și crește riscul de aspirație
 - C. Este sugerată de istoricul de plenitudine postprandială prelungită sau de constipație
 - D. Se manifesta prin diaree postprandială
 - E. Poate fi sugerată de clapotajul gastric, atunci când stomacul ar trebui să fie gol
191. Dacă intervenția chirurgicală este necesară la pacienta gravidă:
- A. Ideal este să se intervină în primul semestru de sarcină
 - B. Ideal este să se intervină în al doilea semestru de sarcină
 - C. Ideal este să se intervină în al treilea semestru de sarcină
 - D. Laparoscopia poate fi realizată în condiții de siguranță, prin reducerea presiunii abdominale de insuflație
 - E. Laparoscopia poate fi realizată în condiții de siguranță, prin creșterea presiunii abdominale de insuflație
192. Sondele de tract digestiv sunt:
- A. Sondele nazo-gastrice sunt utilizate, de obicei, pentru evacuarea conținutului gastric
 - B. Sondele nazo-gastrice sunt utilizate, de obicei, pentru alimentație
 - C. Sondele nazo-enterale sunt destinate alimentației
 - D. Sondele de gastrostoma sunt utilizate pentru drenaj sau alimentație
 - E. Sondele de jejunostoma sunt utilizate pentru acces nutrițional pe termen lung
193. Poziționarea sondei nazo-enterale de alimentație poate fi confirmată fără dubiu, doar prin:
- A. Anamneza atentă a pacientului
 - B. Examinarea clinică a pacientului
 - C. Palparea directă intraoperatorie
 - D. Ascultarea în epigastru a zgomotelor produse de aerul injectat
 - E. Radiografie

194. Sondele endotraheale:

- A. Au un balon care asigură etanșeitatea la peretele traheal
- B. Au diametre diferite, ce asigură etanșeitatea la peretele traheal
- C. Sunt utilizate când pacienții necesită ventilație mecanică pe termen scurt
- D. Sunt utilizate când pacienții necesită ventilație mecanică pe termen lung
- E. Sunt utilizate când pacienții nu își pot menține o cale aeriană patentă

195. Tuburile de dren toracice sunt plasate în cavitatea pleurală:

- A. Pentru a evacua aerul (hemotorax)
- B. Pentru a evacua aerul (pneumotorax)
- C. Pentru a evacua sângele (hemotorax)
- D. Pentru a evacua lichidele (revărsatul pleural)
- E. Pentru a evacua puroiul (pneumotorax)

196. Tuburile de dren toracice sunt conectate la un system:

- A. De aspirație continuă
- B. De insuflare continuă
- C. Ce permite drenajul aerului și al lichidului din cavitatea pleurală și previne pătrunderea aerului din exterior în spațiul pleural
- D. De lavaj
- E. De tip circuit închis

197. Sondele de traheostomă:

- A. Sunt plasate prin faringe, în laringe și trahee
- B. Sunt plasate direct în trahee, la nivelul gâtului
- C. Sunt utilizate la pacienții care necesită ventilație mecanică pe termen scurt
- D. Sunt utilizate la pacienții care necesită ventilație mecanică pe termen lung
- E. Sunt utilizate la pacienții care nu își pot menține o cale aeriană patentă pe termen lung

198. Drenurile chirurgicale:

- A. Sunt montate intraoperator pentru a evacua colecții lichidiene prezente
- B. Sunt montate intraoperator pentru a evacua colecții lichidiene potențiale
- C. Drenajele pasive mențin o cale pe care fluidele să o urmeze
- D. Cu sistem închis de aspirație, sunt o cale de dublu sens pentru bacterii
- E. Pasive, fără prezența unei aspirații, sunt o cale de dublu sens pentru bacterii

199. Vindecarea plăgilor chirurgicale:

- A. Se produce per primam sau per secundam

- B. Per primam înseamnă că marginile plăgii au fost apozitionate prin suturi, capse, benzi sau adezivi dermici
 - C. Per secundam înseamnă că marginile plăgii au fost apozitionate prin suturi, capse, benzi sau adezivi dermici
 - D. Per primam implică faptul că marginile plăgii au fost lăsate neapozitionate
 - E. Per secundam implică faptul că marginile plăgii au fost lăsate neapozitionate
200. În tratamentul unui abces de plaga chirurgicală, vindecarea per secundam implică:
- A. Apozitionarea marginilor plăgii prin sutura, capse
 - B. Faptul că marginile plăgii au fost lasate neapozitionate
 - C. Apozitionarea marginilor plăgii prin benzi sau adezivi dermici
 - D. Aplicarea unui pansament pentru a absorbi lichidele de la nivelul plăgii și pentru a preveni închiderea prematură
 - E. Nici una din afirmațiile de mai sus nu este adevărată
201. Terapia antialgică la pacienții chirurgicali:
- A. Pacienții cu incizii craniene și cervicale beneficiază de analgezie epidurală
 - B. Pacienții cu incizii toracice sau abdominale beneficiază de analgezie epidurală
 - C. Analgezia intravenoasă controlată de pacient oferă un bun control al durerii intense din perioada imediat postoperatorie
 - D. Analgezia intravenoasă controlată de pacient oferă un bun control al durerii intense din perioada postoperatorie tardivă
 - E. În unitatea de terapie intensivă este facilă administrarea analgezicelor per os
202. Care din următorii pacienți au riscul cel mai mare de tromboembolism venos?
- A. Pacientul cu intervenție chirurgicală de tract digestiv
 - B. Pacientul imobil cu fractură de coloană
 - C. Pacientul cu intervenție chirurgicală toracică majoră
 - D. Pacientul cu fractură de bazin sau oase lungi
 - E. Pacientul care intrunește triada lui Virchow (staza, hipercoagulabilitate și injurie endotelială)
203. Atelectazia postoperatorie:
- A. Afectează până la 50 % din pacienții supuși anesteziei generale
 - B. Afectează până la 90 % din pacienții supuși anesteziei generale
 - C. Se manifestă prin creșterea fracției de sunt, adică un raport ventilație-perfuzie scăzut ce conduce la hipoxie
 - D. Se manifestă prin scăderea fracției de șunt, adică un raport ventilație-perfuzie crescut ce conduce la creșterea saturației în oxigen

E. Reexpansionarea plămânilor este afectată de durere, suprimarea tusei, lipsa mobilității

204. Managementul atelectaziei postoperatorii:

- A. Începe preoperator, prin oprirea fumatului cu 8 săptămâni înainte de intervenție
- B. Începe preoperator prin inițierea exercițiilor inspiratorii, mai ales la pacienții cu tuse productivă și bronșită cronică
- C. Începe postoperator prin managementul corect al durerii
- D. Se continuă postoperator prin managementul corect al durerii, mobilizare precoce
- E. Prin chirurgia minim invazivă se reduce semnificativ incidența atelectaziei

205. Dehiscenta acută de plagă chirurgicală sau eviscerația:

- A. Este o complicație acută mecanică a plăgii
- B. Forța exercitată transversal pe marginile plăgii depășește rezistența materialului de sutură sau a fasciei
- C. Rezistența fasciei este alterată, de regulă de ischemia tisulară care rezultă din strângerea excesivă a firelor de sutură de la început sau odată cu producerea edemului tisular
- D. Infecția locală nu poate fi factor cauzal
- E. Tehnica de sutură deficitară poate fi un factor cauzal

206. Infecția de plagă chirurgicală:

- A. Reprezintă cea mai frecventă infecție nosocomială
- B. Reprezintă a doua cea mai frecventă infecție nosocomială
- C. Apare la 2 - 5 % din pacienții chirurgicali
- D. Apare la 5 -10 % din pacienții chirurgicali
- E. Poate avea consecințe acute devastatoare precum dehiscenta fascială, formarea unui pseudoanevrism, fistula anastomotică

207. Semnele de infecție a plăgii chirurgicale:

- A. Sunt cele ale inflamației: eritem (rubor), edem (tumor), căldură locală (calor) și durere accentuată la locul inciziei (dolor)
- B. Bradicardia poate fi primul semn, iar febra apare ulterior
- C. Tahicardia poate fi primul semn, iar febra poate apărea ulterior
- D. Drenajul spontan de la nivelul plăgii chirurgicale indică o întârziere în recunoașterea acestei complicații postoperatorii
- E. Depistarea tardivă conduce la distrugerea fasciei, cu dehiscentă sau eviscerație

208. Febra postoperatorie:

- A. Inițierea investigațiilor privind cauza febrei începe de la 38,3 °C

- B. Investigațiile privind cauza încep cu solicitarea de teste diagnostice (de laborator, prelevarea de material biologic pentru culturi și investigațiile imagistice)
 - C. Investigațiile privind cauza încep cu examenul fizic ținut pentru a căuta indicii și/sau confirmarea unei surse suspicionate
 - D. Investigațiile privind cauza încep cu analiza circumstanțelor: locația pacientului (în unitatea de terapie intensivă sau în secția de chirurgie), durata spitalizării, prezența și durata ventilației mecanice
 - E. De prima importanță sunt instrumentarea (catetere, linii vasculare, sonde la nivel nazal sau toracic), medicația, plăgile chirurgicale și natura intervenției chirurgicale (electivă, de urgență, de tract gastro-intestinal, traumă)
209. Procesul de minimizare a erorilor în chirurgie include situații care nu trebuie să aibă loc niciodată, cum sunt:
- A. Analiza circumstanțelor (locația pacientului, durata spitalizării)
 - B. Chirurgie efectuată pe partea greșită a corpului
 - C. Investigații imagistice
 - D. Efectuarea examenului fizic ținut
 - E. Chirurgie efectuată pe alt pacient
210. Perforația esofagiană cervicală va beneficia de următoarele tratamente:
- A. Antibiotic per os
 - B. Debridare chirurgicală
 - C. Endoscopie digestivă superioară
 - D. Antibiotic intravenos
 - E. Gastrostomă de alimentație
211. *Următoarele afirmații despre perforațiile esofagului toracic sunt adevărate, cu excepția:
- A. Perforația majoră a esofagului toracic se prezintă de obicei cu semne acute de sepsis
 - B. Perforația esofagului toracic este cel mai frecvent consecință instrumentării unui esofag anterior sănătos
 - C. Sindromul Mallory-Weiss se manifestă prin hemoragie digestivă superioară
 - D. Investigarea suspiciunii de perforație esofagiană toracică începe cu efectuarea unei radiografii toracice standard
 - E. Tratamentul de bază este reprezentat de intervenția chirurgicală
212. Perforația esofagului toracic include următoarele etape:
- A. Debridare minuțioasă a țesuturilor infectate
 - B. Esofagografia într-un singur strat doar a mucoasei

- C. Consolidarea suturii cu un un lambou intercostal pediculat
 - D. Esofagectomia concomitentă în cazul achalaziei
 - E. Drenajul în tub T în cazul cancerelor esofagiene în stadiu terminal
213. Clasificarea herniilor hiatale include următoarele tipuri de afectări:
- A. Tipul III, fiind forma cea mai comună
 - B. Tipul I, prin alunecare
 - C. Tipul IV este o combinație între hernia de alunecare și cea paraesofagiană
 - D. În tipul II există o un prolaps izolat al stomacului printr-un ligament frenoesofagian slăbit
 - E. Tipul I este frecvent asociat cu boala de reflux gastroesofagian
214. Următoarele afirmații despre managementul herniilor hiatale sunt adevărate:
- A. Herniile hiatale de tip I vor necesita întotdeauna tratament chirurgical
 - B. Incarcerarea acută este rară în cazul celor de tip II
 - C. O etapă intraoperatorie cheie este reprezentată de închiderea fără tensiune a defectului diafragmatic
 - D. La pacienții vârstnici, tratați cronic, cura laparoscopică a herniei hiatale, cu simpla reducere a stomacului și gastropexie este adesea suficientă
 - E. Cura chirurgicală a oricărui tip de hernie hiatală este de obicei indicată atunci când simptomele sunt prezente
215. *Etapile operatorii cheie în cura chirurgicală a herniilor hiatale includ următoarele, cu excepția:
- A. Fundoplicatura stomacului
 - B. Reducerea completă a sacului de hernie
 - C. Închiderea fără tensiune a defectului diafragmatic
 - D. Gastrectomie longitudinală concomitentă
 - E. Mobilizarea esofagului toracic pentru a atinge o lungime esofagiană intraabdominală de 2-3 cm
216. Următoarele afirmații cu privire la Hemofilia A sunt adevărate:
- A. Activitatea factorului X este redusă sau absentă
 - B. Este o boala autosomal-dominantă
 - C. Apare rareori la sexul feminin
 - D. Localizare sângerărilor este la nivel articular si intramuscular
 - E. aPTT este prelungit
217. Următoarele pot fi cauze de tulburare dobândită a coagulării:

- A. Uremia
 - B. Medicația inhibitoare plachetară
 - C. Suplimente de plante fără prescripție
 - D. Administrarea de KCl 7,4% intravenos
 - E. Steatoza hepatică
218. Următoarele teste de laborator se utilizează pentru monitorizarea tratamentului cu heparină nefracționată:
- A. Timpul de trombină
 - B. INR
 - C. aPTT
 - D. Timpul de protrombină
 - E. Activitatea anti-Xa
219. Factorii care prezic la un pacient cu sângerare activă, necesitatea unei transfuzii masive, includ:
- A. Frecvență cardiacă ≥ 120 bătăi/minut
 - B. FAST negativ în prezența unei plăgi penetrante
 - C. FAST pozitiv în prezența unei plăgi penetrante
 - D. Presiune sistolică ≤ 90 mmHg
 - E. Sângerare la nivel cranian
220. Următoarele afirmații cu privire la protocoalele de transfuzie masivă și a adjuvanților acestora sunt adevărate:
- A. Calciu suplimentar trebuie administrat la fiecare 4 unități de masă eritocitară
 - B. Raportul optim dintre plasmă, trombocite și MER este de 2:1:1
 - C. Acidul tranexamic este util în primele 3 ore prin inhibiția fibrinolizei
 - D. Factorul recombinat VIIa favorizează coagularea dar nu aduce un beneficiu semnificativ asupra mortalității
 - E. Raportul optim dintre plasmă, trombocite și MER este de 1:1:2
221. Următoarele pot fi cauze ale hemoragiei postoperatorii:
- A. Hepatectomii extinse
 - B. Alimentație postoperatorie insuficientă și care primesc antibiotice
 - C. Infecții severe cu șoc
 - D. Administrare de vitamina K
 - E. Coagularea intravasculară diseminată

222. Următoarele probe de laborator pot fi utile în diagnosticul pozitiv al coagulării intravasculare diseminate:
- A. Troponina T
 - B. D-dimeri scăzuți
 - C. Trombocitopenie
 - D. aPTT prelungit
 - E. Hiperfibrinogenemie
223. *În următoarele situații pot apărea sângeri postoperatorii:
- A. Coagulare intravasculară diseminată
 - B. Intervenții chirurgicale pe creier
 - C. Deficit de α_2 -antiplasmină
 - D. Intervenție chirurgicală la nivelul prostatei
 - E. Toate situațiile de mai sus
224. Următoarele subgrupe de pacienți pot avea frecvent tulburări hemoragice sau stări procoagulante:
- A. Pacienți cu boli pulmonare cronice
 - B. Femeile însărcinate
 - C. Copii și adolescenții
 - D. Bătrânii
 - E. Pacienți cu insuficiență hepatică
225. Cu privire la pungile de masă eritrocitară (MER) pentru transfuzie, următoarele afirmații nu sunt adevărate:
- A. Volumul unei pungi de MER este de 500 ml din care 310 ml sunt eritrocite
 - B. Pungile de MER nu conțin plasmă
 - C. Transfuzia unei pungi de MER la un pacient de 70 de Kg crește hematocritul cu 3%
 - D. Transfuzia unei pungi de MER la un pacient de 70 de Kg crește concentrația de hemoglobină cu 1 g/dL
 - E. Pungile de MER sunt tipic conservate la 1-6°C.
226. Transfuziile de plasmă proaspătă congelată la pacienți ce urmează a fi operați sau sunt cu sângerare manifestă, se indică în următoarele situații:
- A. PT sau aPTT anormal crescute
 - B. Trombocitopenie absolută
 - C. Tratament preoperator cu clopidogrel (Plavix).
 - D. Tratament preoperator cu Warfarina
 - E. Tratament preoperator cu Aspirină

227. *Alături de acidoză și coagulopatie următorul element face parte din triada letală:
- A. Hipoglicemia
 - B. Hiperglicemia
 - C. Hipertermia
 - D. Hipotermia
 - E. Insuficiența renală acută
228. Următoarele sunt reacții imunologice transfuzionale :
- A. Reacții febrile
 - B. Trombocitopenie
 - C. Șoc anafilactic
 - D. Reacții hemolitice acute și întârziate,
 - E. Trombocitoză
229. Următoarele afirmații cu privire la transfuzia de masă trombocitară sunt false:
- A. Este indicată pacienților care prezintă sângerări manifeste clinic în asociere cu o trombocitopenie absolută
 - B. Este indicată pacienților care prezintă sângerări manifeste clinic în asociere cu o trombocitopenie relativă dar cu disfuncție plachetară
 - C. La o transfuzie obișnuită de 6 unități de masă trombocitară este de așteptat o creștere a trombocitelor cu aproximativ 10.000-20.000 trombocite/ μ L.
 - D. Efectul terapeutic al transfuziei de masă trombocitară depinde de greutatea pacientului și numărul de concentrate transfuzate
 - E. La o transfuzie obișnuită de 4 unități de masă trombocitară este de așteptat o creștere a trombocitelor cu aproximativ 200.000 trombocite/ μ L.
230. *Leziunile pulmonare acute în contextul unei reacții transfuzionale constau în:
- A. Edem pulmonar cardiogen
 - B. Bronhopneumonie acută
 - C. Pneumotorax spontan
 - D. Edem pulmonar noncardiogen
 - E. Infarct pulmonar acut
231. *Managementul reacțiilor transfuzionale minore constă în
- A. Oprirea imediată a transfuziei
 - B. Administrare de cristaloizi în vederea hemodiluției componentelor transfuzate
 - C. Antihistaminice

- D. Manitol
- E. Nici o varianta de mai sus

232. *Cea mai frecventă indicație de intervenție chirurgicală la nivelul intestinului subțire este reprezentată de:
- A. Perforații intestinale traumatiche
 - B. Tromboza venei mezenterice superioare
 - C. Ocluzia intestinului subțire
 - D. Infecție SARS-COV 2
 - E. Enterocolita dată de Clostridium Difficile
233. Etiologiile ocluziei intestinului subțire sunt reprezentate de:
- A. Traumatisme abdominale forte
 - B. Cauze extrinseci
 - C. Cauze infecțioase
 - D. Cauze intrinseci
 - E. Cauze intraluminal
234. Cauzele intrinseci ale ocluziei intestinului subțire sunt caracterizate prin:
- A. Ulcerele asociate cu utilizarea cronică de antiinflamatoare nesteroidiene
 - B. Îngroșarea peretelui intestinal
 - C. Majoritatea stricturilor benigne se pot rezolva nechirurgical
 - D. Cauzele cele mai frecvente sunt reprezentate de enterita post radioterapie și stricturile anastomotice
 - E. Deși pasajul lichidelor nu este restricționat, este posibil ca particulele solide sau nedigerate să nu poată trece prin lumenul îngustat.
235. Cauzele extrinseci ale ocluziei intestinului subțire (OIS) sunt caracterizate prin:
- A. Procedeele laparoscopice produc cu aproximativ 80% mai multe aderențe decât procedeele deschise
 - B. Aderențele postoperatorii sunt prezente la cel puțin două treimi dintre pacienții care au suferit o intervenție chirurgicală abdominală
 - C. În general, 3-9% dintre pacienții care au suferit o intervenție chirurgicală abdominală în antecedente, pot prezenta ulterior simptome asociate OIS
 - D. În țările industrializate, aderențele postoperatorii sau țesutul cicatricial sunt cele mai frecvente cauze ale OIS
 - E. Boala Crohn reprezintă o cauză extrinsecă a OIS

236. Următoarele patologii pot provoca ocluzia intestinului subțire de cauză extrinsecă, cu excepția:
- A. Invaginația
 - B. Carcinomatoza
 - C. Tumori stromale gastrointestinale
 - D. Herniile interne
 - E. Sindromul arterei mezenterice superioare
237. Următoarele patologii pot provoca ocluzia intestinului subțire de cauză intraluminală:
- A. Fitobezoar
 - B. Herniile inghinale
 - C. Invaginația
 - D. Stricturi anastomotice
 - E. Ileusul biliar
238. Fiziopatologia din spatele ocluziilor intestinului subțire (OIS) constă în:
- A. Pierderile lichidiene se produc și prin “spațiul al treilea”
 - B. În OIS extrem de proximală, sucintestinal este foarte acid, iar vărsăturile duc la o alcaloză metabolică
 - C. Deshidratarea survine în principal ca o consecință a diareei apoase
 - D. În timp, pierderile de potasiu cresc, deoarece rinichiul secretă potasiul împreună cu bicarbonatul ca mecanism compensator
 - E. Absorbția ionilor de sodiu, potasiu, clor și hidrogen este crescută semnificativ
239. *Deshidratarea în ocluziile intestinului subțire survine ca o consecință a, cu excepția:
- A. Vărsăturilor
 - B. Absorbției scăzute de la nivelul peretelui
 - C. Scăderii secreției stimulate hormonal de distesia lumenului
 - D. Transudarea lichidului în cavitatea peritoneală
 - E. Pierderilor din spațiul al treilea datorate edemului peretelui abdominal
240. Indicatorii unui risc mare de strangulare sunt:
- A. Febra
 - B. Trombocitoza
 - C. Leucopenia
 - D. Sensibilitatea abdominală
 - E. Tahicardia
241. Următoarele semne și simptome se potrivesc cu localizarea și tipul de ansă afectată:

- A. Vărsăturile în cantități mari și bilioase dese apar în ocluziile cu ansă intestinală proximală deschisă
 - B. Vărsăturile au aspect fecaloid în ocluziile pe ansă închisă
 - C. Durerea din ocluziile de colon și rect sunt continue
 - D. Sensibilitatea la palpare epigastrică apare în ocluziile pe ansă închisă
 - E. Distensia din ocluziile cu ansă intestinală proximală deschisă este marcată
242. *Examinarea pacientului cu ocluzie a intestinului subțire poate releva următoarele, cu excepția:
- A. Abdomenul este frecvent destins, în funcție de localizarea ocluziei.
 - B. Cicatricile chirurgicale și zonele cupotențial de herniere trebuie examinate cu atenție
 - C. La auscultație, în stadiile inițiale ale bolii se pot decela sunete înalte și borborisme
 - D. Tahicardia, mucoasele uscate, scăderea turgorului pielii și hipotensiunea relativă pot fi observate în cazuri precoce
 - E. Sensibilitatea la percuție, la decompresie și teamade mișcare, impun intervenții chirurgicale de urgență
243. Aspecte radiologice sugestive pentru ocluzia intestinului subțire cuprind:
- A. Distensia intestinală proximal de punctul de ocluzie
 - B. Pneumobilia
 - C. Aeroportia
 - D. Nivelele hidroaerice pot fi observate pe imaginile din ortostatism
 - E. Colabarea intestinului distal
244. Referitor la investigația CT în ocluziile intestinului subțire (OIS), următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Rezultatele CT sunt întotdeauna corelate cu tabloul clinic
 - B. Rotirea mezenterului observată pe CT se numește „semnul vârtejului”
 - C. CT-ul este de ajutor doar în cazul administrării substanței de contrast orale
 - D. Investigațiile cu substanță de contrast ale intestinului subțire sunt întotdeauna necesare în condiții acute
 - E. CT-ul poate să identifice zona de tranziție între porțiunea dilatată și cea nedilatată a intestinului subțire
245. *Despre examinările de laborator din cadrul ocluziei intestinului subțire se poate afirma, cu excepția:
- A. O alcaloză hiperkalemică de „contractie” este frecventă la pacienții cu deshidratare severă
 - B. Hiperamilazemia poate fi observată în cadrul OIS

- C. Leucocitoza persistentă poate fi un semn de progresie spre ischemie
D. Un infarct constituit poate fi prezent clinic și fără acidoză
E. Acidoza lactică, în special în contextul resuscitării volumice adecvate, poate semnala ischemie intestinală
246. *Dintre afirmațiile următoare legate de esofag selectați-o pe cea falsă:
- A. Esofagul traversează toracele în mediastinul posterior
B. Aorta descendentă toracică se află în partea anterioară a esofagului
C. Abordul chirurgical al esofagului se efectuează de cele mai multe ori printr-o toracotomie dreaptă
D. Esofagul cervical este irigat de artera tiroidiană inferioară
E. Venele azygos și hemiazygos asigură drenajul venos al esofagului toracic
247. *În ciroza hepatică cu hipertensiune venoasă portală (și posibila apariție a varicelor esofagiene), drenajul colateral între sistemul venos portal și venele azygos este asigurat de:
- A. Vena tiroidiană inferioară
B. Vena splenică
C. Vena gastrică dreaptă
D. Plexul venos esofagian inferior
E. Venele hepatice
248. Alegeți afirmațiile adevărate legate de drenajul limfatic al esofagului:
- A. Esofagul toracic drenează în ganglionii limfatici de la nivelul mediastinului anterior
B. În carcinomul esofagian, metastazarea inițială în ganglionii limfatici este determinată de localizarea tumorii
C. Vasele limfatice ale esofagului cervical drenează în ganglionii cervicali profunzi (jugulari)
D. Esofagul cervical drenează în ganglionii axilari
E. Esofagul distal drenează în ganglionii limfatici celiaci, gastrici stânga și parahiatali
249. Care dintre următoarele afirmații legate de inervația esofagului sunt false?
- A. Esofagul proximal este inervat de nervul vag prin nervii laringieni recurenți și de lanțul toracic simpatic
B. Lezarea nervului laringeu recurent perturbă mecanismul de deglutiție al esofagului superior
C. Lezarea nervului laringeu recurent perturbă activitatea corzilor vocale
D. Lezarea plexului mienteric poate produce acalazie

- E. Fibrele parasimpatice din musculatura proprie formează plexul mienteric, responsabil de inervația esofagului mijlociu și distal
250. Care dintre următoarele afirmații legate de esofag sunt adevărate?
- A. Conectează cavitatea bucală la stomac
 - B. Este un tub alimentar muscular de aproximativ 25 cm lungime
 - C. Începe la aproximativ 15 cm de arcada dentară
 - D. Traversează toracele în mediastinul anterior
 - E. Aorta este situată pe partea stângă a esofagului pentru ca apoi să traverseze diafragma posterior de acesta
251. În ceea ce privește anatomia esofagului, următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Aorta descendentă toracică se află în partea anterioară a esofagului
 - B. Lezarea nervului laringeu recurent perturbă mecanismul de deglutiție al esofagului superior
 - C. Vasele limfatice ale esofagului cervical drenează în ganglionii cervicali profunzi (jugulari)
 - D. Esofagul este un tub alimentar muscular de aproximativ 25cm lungime ce conectează faringele la stomac
 - E. Drenajul venos al esofagului cervical este asigurat în principal de vena tiroidiană inferioară
252. Care sunt tipurile histologice de cancer esofagian?
- A. Carcinom mucinos
 - B. Tumoră cu celule în pecete
 - C. Adenocarcinom
 - D. Cancer esofagian cu celule mici
 - E. Carcinomul scuemo-celular
253. Alegeți afirmațiile adevărate legate de carcinomul scuemo-celular (CSC) al esofagului:
- A. Există o incidență mai mare la femei
 - B. Este localizat în principal în treimea medie și cea proximală a esofagului
 - C. Unul din factorii incriminați în creșterea riscului de CSC este aportul alimentar ridicat de nitrozamine
 - D. Există o asocierie puternică între fumat (tutun) și CSC
 - E. Nu s-a putut demonstra o asocierie între consumul de alcool și CSC
254. *Alegeți varianta incorectă legată de carcinomul esofagian:
- A. Incidența anuală e de 4-5 la 100.000

- B. Supraviețuirea generală la 5 ani e de aproximativ 20%
 - C. Există o asociere puternică între fumat (tutun) și carcinomul scuamo-celular
 - D. Carcinomul scuamo celular este localizat în principal în treimea distală a esofagului
 - E. Incidența adenocarcinomului esofagian a depășit-o pe cea a carcinomului scuamo-celular
255. Alegeți afirmațiile adevărate legate de adenocarcinomul esofagian:
- A. Are un prognostic nefavorabil
 - B. A depășit ca incidență carcinomul scuamo-celular
 - C. Prevalența sa este mai mare în populația afro-americană
 - D. Adenocarcinomul implică esofagul distal și este asociat cu esofagul Barrett
 - E. Incidența anuală e de 8-9 la 100.000
256. Legat de tabloul clinic al cancerului esofagian, care dintre următoarele sunt adevărate?
- A. Adenocarcinomul esofagian determină disfagie pentru alimente
 - B. Carcinomul scuamo-celular determină scădere ponderală
 - C. La momentul diagnosticului, pacienții cu adenocarcinom sunt adesea într-un stadiu de boală mai puțin avansat
 - D. Carcinomul scuamo-celular este frecvent asociat cu un istoric de boală de reflux
 - E. Adenocarcinomul esofagian determină scădere ponderală
257. *Legat de diagnosticul cancerului esofagian, care dintre următoarele sunt false?
- A. Tranzitul baritat de obicei confirmă stenoza esofagiană sub forma unui defect de umplere neregulat
 - B. Tomografia computerizată poate fi utilă în definirea extensiei tumorale
 - C. Evaluarea endoscopică este obligatorie pentru a obține confirmarea histologică a cancerului esofagian
 - D. Tomografia computerizată nu poate identifica ganglionii limfatici cu aspect patologic
 - E. În afara ganglionilor limfatici periesofagieni, organele cel mai frecvent implicate în apariția bolii metastatice sunt ficatul și plămânii
258. Legat de diagnosticul cancerului esofagian, care dintre următoarele sunt adevărate?
- A. Evaluarea paraclinică pentru suspiciunea de cancer esofagian este destinată în principal confirmării diagnosticului și stadializării
 - B. La pacienții cu displazie Barrett, supravegherea endoscopică cu biopsii de rutină favorizează identificarea modificărilor maligne precoce
 - C. În afara ganglionilor limfatici periesofagieni, organele cel mai frecvent implicate în apariția bolii metastatice sunt plămânii și oasele

- D. CT nu este suficient caunică investigație pentru a dovedi invazia tumorii în structurileadiacente
- E. Tranzitul baritat de obicei confirmă stenoza esofagiană sub forma unui defect de umplere neregulat
259. În cadrul stadializării cancerului esofagian sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. În stadiile IIa sau mai incipiente ganglionii limfatici nu sunt afectați
 - B. Localizarea tumorii este folosită pentru stadializarea adenocarcinomului esofagian
 - C. În prezent se folosește aceeași clasificare pentru stadializarea carcinomului scuamocelular și a adenocarcinomului esofagian
 - D. Pentru stadiile incipiente, supraviețuirea la 5 ani este de 50% sau mai mare
 - E. Pentru stadiile IIa sau mai incipiente, există o invazie locală limitată a tumorii
260. Care dintre următoarele afirmații sunt false legat de tratamentul chirurgical al cancerului esofagian?
- A. Rezecția chirurgicală rămâne cea mai bună metodă devindecare
 - B. rezultatul pe termen lung după încercarea de rezecțiecurativă rămâne nefavorabil
 - C. Tratamentul chirurgical are la bază principiul rezecției locale radicale a tumorii
 - D. Majoritatea studiilor raportează o rată globală de supraviețuire la 5 ani de 40%.
 - E. Reconstrucția tractului alimentar post-rezecție se face în general folosind proteze sintetice
261. După rezecția esofagiană pentru cancer esofagian este necesară reconstrucția tractului digestiv. Care dintre următoarele nu sunt folosite ca substitute esofagiene?
- A. Stomac
 - B. Duoden
 - C. Rect
 - D. Jejun
 - E. Colon
262. *După rezecția esofagiană pentru cancer esofagian este necesară reconstrucția tractului digestiv. Dacă stomacul este folosit ca grefon pentru reconstrucția esofagiană, care dintre următoarele vase sunt secționate?
- A. Artera gastrică stângă
 - B. Artera gastrică dreaptă
 - C. Artera gastro-duodenală
 - D. Artera gastro-epiploică stângă
 - E. Artera splenică

263. *Care dintre următoarele nu reprezintă o metodă de tratament paliativ pentru cancerul esofagian?
- A. Dilatația endoscopică
 - B. Terapia cu laser și terapia fotodinamică
 - C. Radioterapia și radiochimioterapia
 - D. Rezecția chirurgicală a tumorii
 - E. Stenturile esofagiene
264. Legat de tehnicile chirurgicale folosite în vederea rezecției esofagiene pentru cancerul de esofag, următoarele sunt adevărate:
- A. Rezecția poate fi efectuată prin toracotomie
 - B. Abordul transtoracic oferă posibilitatea unei rezecții mai extensive și directe a tumorii
 - C. Rezecția poate fi efectuată prin abord transhiatal
 - D. Abordul prin toracotomie poate oferi avantaje semnificative la pacienți cu funcție pulmonară afectată
 - E. Toracotomia este adesea asociată cu o morbiditate mai mare decât o incizie abdominală
265. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate în ceea ce privește terapia neoadjuvantă pentru cancerul esofagian?
- A. Cele mai multe protocoale recomandă folosirea de 5-fluorouracil și cisplatină
 - B. Rezecția chirurgicală se recomandă a fi efectuată la 1 lună după terminarea tratamentului neoadjuvant
 - C. Utilizarea terapiei neoadjuvante nu a demonstrat o îmbunătățire a supraviețuirii în comparație cu rezecția chirurgicală ca unică metodă de tratament
 - D. Cel mai mare beneficiu în supraviețuire apare la pacientul la care se demonstrează un răspuns complet la terapia neoadjuvantă
 - E. Se recomandă iradiere externă de 45 Gy pe parcursul a 6-7 săptămâni
266. Bolile care afectează pancreasul sunt frecvente și includ procese care pot afecta atât funcțiile endocrine, cât și pe cele exocrine:
- A. Congenitale
 - B. Neinflamatorii
 - C. Infecțioase
 - D. Atraumatice
 - E. Neoplazice
267. Pancreasul:
- A. Este un organ intraperitoneal

- B. Împărțit în trei părți distincte: cap, corp și coadă
- C. Capul pancreatic este încadrat de potcoava duodenală
- D. Vena mezenterică superioară (VMS) marchează joncțiunea dintre capul și corpul glandei
- E. Coada reprezintă porțiunea cea mai distală a glandei și se extinde spre hilul splinei pe care, uneori, se sprijină.

268. Trunchiul celiac:

- A. Vascularizează proenteronul
- B. Vascularizează mezenteronul
- C. Vascularizează metenteronul
- D. Vascularizează mezenteronul simetenteronul
- E. Se trifurcă în artera gastrică stângă, artera splenică și artera hepatică comună

269. Trunchiul celiac:

- A. Se bifurcă în artera gastrică stângă și artera hepatică comună
- B. Se bifurcă în artera splenică și artera hepatică comună
- C. Se trifurcă în artera gastrică stângă, artera splenică și artera hepatică comună
- D. Se trifurcă în artera gastrică dreaptă, artera splenică și artera hepatică comună
- E. Vascularizează capul pancreatic și duodenul prin intermediul arterei gastroduodenale (AGD)

270. Artera mezenterică superioară:

- A. Vascularizează în totalitate proenteronul
- B. Vascularizează în totalitate mezenteronul
- C. Vascularizează în totalitate metenteronul
- D. Ia naștere din peretele anterior al aortei abdominale
- E. Ia naștere din peretele posterior al aortei abdominale

271. Artera mezenterică superioară:

- A. Ia naștere din peretele posterior al aortei abdominale
- B. Se situează imediat anterior de pancreas
- C. Prima sa ramură este reprezentată de artera pancreatico duodenală inferioară
- D. Vascularizează intestinul subțire în totalitate, colonul drept și colonul transvers
- E. Vascularizează intestinul subțire în totalitate, colonul stâng și colonul transvers

272. Colateralele trunchiului celiac și ale arterei mezenterice superioare:

- A. Cu toate că un număr mare de pacienți dezvoltă semnificativă a trunchiului celiac, majoritatea acestora prezintă simptome de ischemie mezenterică cronică,

datorită unei vaste și bogate rețele de vase colaterale, care fac legătura între trunchiul celiac și artera mezenterică superioară.

- B. Cu toate că un număr mare de pacienți dezvoltă stenoza semnificativă a trunchiului celiac, majoritatea acestora prezintă simptome de ischemie mezenterică cronică, datorită unei slabe rețele de vase colaterale, care fac legătura între trunchiul celiac și artera mezenterică superioară.
- C. Cele mai frecvente rețele de colaterale asociate trunchiului celiac și arterei mezenterice superioare, care înconjoară pancreasul și duodenul implică vasele gastroduodenale
- D. Artera pancreatică dorsală poate avea origini diferite și are rolul de a interconecta trunchiul celiac și artera mezenterică superioară în mai multe locuri
- E. Artera pancreatică frontală poate avea origini diferite și are rolul de a interconecta trunchiul celiac și artera mezenterică superioară în mai multe locuri

273. Drenajul venos al pancreasului:

- A. Corespunde vascularizației arteriale
- B. Este diferit de vascularizația arterială
- C. La nivelul corpului și cozii pancreatice se face prin intermediul ramurilor tributare venei splenice și venelor pancreatice inferioare
- D. La nivelul corpului și cozii pancreatice se face prin intermediul ramurilor tributare venei splenice și venelor pancreatice superioare
- E. Vena mezenterică superioară se poate alătura sistemului portal la orice nivel de-a lungul venei splenice

274. Inervația pancreasului:

- A. Inervație simpatică (nervul vag)
- B. Inervație parasimpatică (marele nerv splanhnic)
- C. Semnalele senzoriale indicatoare ale durerii pancreatice sunt transmise prin fibrele nervoase senzoriale autonome aferente
- D. Durerea pancreatică poate fi consecința infiltrării neoplazice, a proceselor inflamatorii sau a obstrucției ductale
- E. Tratamentul durerii ușoare la pacienții cu pancreatită acută poate implica deblocarea nervilor aferenți, prin neuroliza plexului celiac, utilizând alcool sau alte substanțe neurolitice

275. Funcția exocrină a pancreasului:

- A. Pancreasul joacă un rol important în digestie și secretă zilnic 1500-1800 mL de fluid alcalin izoton, ce conține electroliți și enzime digestive
- B. Concentrațiile sodiului și potasiului sunt mai mari decât cele din plasmă

- C. Concentrația de clor variază direct proporțional cu secreția de bicarbonat
 - D. Când conținutul de acid gastric ($\text{pH} < 3$) pătrunde în duoden, are loc eliberarea de către mucoasa duodenală a secretinei, care stimulează pancreasul să secrete cantități crescute de lichid bogat în bicarbonat ($\text{pH} > 8$)
 - E. Colecistokina (CCK) stimulează, de asemenea, slab, producția de bicarbonat
276. Funcția endocrină a pancreasului: Insulele Langerhans sunt populate cu o mare varietate de linii celulare care produc diferiți hormoni peptidici, cu excepția:
- A. TSH
 - B. T3
 - C. Somatostatina,
 - D. Pancreastatina
 - E. VIP
277. Etiologia pancreatitei acute:
- A. Consumul de alcool și calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 25% dintre cazurile de pancreatită acută
 - B. Genetice
 - C. Mecanice
 - D. Autoimune
 - E. Vasculare
278. La pacienții cu pancreatită postetanolică, următoarele afirmații sunt corecte, cu excepția:
- A. Primul episod de pancreatită este precedat de 3-4 ani de consum moderat de alcool.
 - B. Acești pacienți prezintă, de obicei, episoade recurente de pancreatită care sunt frecvent legate de consumul continuu de alcool
 - C. După primul episod de pancreatită acută, sistemul ductal pancreatic se deteriorează definitiv și determină dezvoltarea pancreatitei cronice
 - D. Alcoolul poate determina precipitare a secrețiilor cu conținut proteic ridicat, ducând la blocarea ductelor pancreatice de mici dimensiuni
 - E. Mecanismele prin care hiperlipidemia, hipercalcemia și medicamentele precum corticosteroizii, diureticele tiazidice, furosemidul, estrogenii și azatioprina favorizează apariția bolii sunt necunoscute
279. Cauzele mecanice ale pancreatitei acute sunt, cu excepția:
- A. Bolile parazitare
 - B. Calculii renali
 - C. Tumorile
 - D. Traumatismele

E. Alcoolul

280. Definirea gradelor de severitate a pancreatitei acute. Complicațiile locale peri pancreatice ale pancreatitei acute - Pseudochist acut:

- A. Colecție de suc pancreatic înconjurată de un perete de țesut de granulație fibros,
- B. Colecție de suc pancreatic fără perete propriu
- C. Care apare ca rezultat al traumatismelor pancreatice
- D. Care apare ca rezultat al pancreatitei cronice
- E. Care apare ca rezultat al consumului repetat de alcool

281. Definirea gradelor de severitate a pancreatitei acute. Complicațiile locale peri pancreatice ale pancreatitei acute - Pseudochist acut:

- A. Apărute la cel puțin 6 luni după instalarea simptomelor
- B. Este rotundă sau ovoidă
- C. Cel mai adesea cu conținut purulent
- D. Care apare ca rezultat al pancreatitei acute
- E. Care apare ca rezultat al litiazei biliare

282. Definirea gradelor de severitate a pancreatitei acute. Complicațiile locale peri pancreatice ale pancreatitei acute - Abces pancreatic:

- A. Colecție purulentă intraabdominală circumscrisă
- B. de obicei în proximitatea pancreasului
- C. cu necroză pancreatică extinsă
- D. apare ca o consecință a pancreatitei acute sau a traumei pancreatice
- E. apare adesea la mai mult de 12 luni de la debut

283. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Metabolici:

- A. Alcoolul
- B. hiperlipidemia
- C. hipertrigliceridemia
- D. hipercalcemia (hiperparatiroidism)
- E. Pancreatită autoimună

284. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Metabolici:

- A. Litiaza biliară
- B. ERCP
- C. Uremia
- D. Sarcina
- E. Veninul de scorpion

285. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Metabolici, cu excepția:
- A. Litiaza biliară
 - B. Alcoolul,
 - C. pancreas divisum
 - D. hiperlipidemia,
 - E. hipertrigliceridemia
286. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Mecanici:
- A. Hiperlipidemia
 - B. Pancreas divisum
 - C. Obstrucția ductală (ascarizi, tumori etc.)
 - D. Pancreatită autoimună
 - E. ERCP
287. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Mecanici, cu excepția:
- A. Litiaza biliară,
 - B. Veninul de scorpion
 - C. Lupus eritematos
 - D. Obstrucția ductală (ascarizi, tumori etc.)
 - E. Medicamente
288. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Mecanici, cu excepția:
- A. Obstrucția duodenală,
 - B. Obstrucția ductală prin fibroză datorată episoadelor anterioare de pancreatită,
 - C. Disfuncția sfîcterului Oddi
 - D. Sarcina
 - E. Medicamente
289. Diagnosticul diferențial al pancreatitei acute include:
- A. Colecistita acută
 - B. Ulcerul peptic necomplicat
 - C. Ischemia acută mezenterică
 - D. Perforația esofagiană
 - E. Infarctul miocardic
290. Diagnosticul diferențial al pancreatitei acute include, cu excepția:
- A. Litiaza biliară
 - B. Ulcerul peptic necomplicat

- C. Ischemia acută mezenterică,
- D. Perforația esofagiană
- E. Infarctul miocardic

291. Bolile care afectează pancreasul includ procese:

- A. Congenitale
- B. Inflamatorii
- C. Infectioase
- D. Neoplazice
- E. Extradurale

292. Pancreasul este alcatuit din următoarele componente anatomice:

- A. Cap
- B. Gat
- C. Istm
- D. Corp
- E. Coadă

293. Tumorile pancreatice sunt:

- A. Maligne
- B. Premaligne
- C. Benigne
- D. Extracapsulare
- E. Intracapsulare

294. Exemple de tumori maligne pancreatice include următoarele:

- A. Adenocarcinom
- B. Limfom
- C. Adenoma mucinos
- D. Neoplasm mucinos chistic
- E. Chist simplu

295. Exemple de tumori pancreatice premaligne sunt următoarele:

- A. Neoplasmul solid pseudopapilar
- B. Pseudochist
- C. Limfom
- D. Adenom mucinos
- E. Tumori metastatice

296. *Majoritatea pacienților cu tumori pancreatice prezintă boală nerezecabilă și au o supraviețuire medie de aproximativ:
- A. 2 luni
 - B. 12 luni
 - C. 6 luni
 - D. 3 ani
 - E. 5 ani
297. Tumorile pancreatice neuroendocrine (TPN) sunt clasificate în următorul fel:
- A. Funcționale
 - B. Nefuncționale
 - C. Extrafuncționale
 - D. Hiperfuncționale
 - E. Hipofuncționale
298. Tumorile pancreatice neuroendocrine maligne sunt reprezentate de următoarele exemple:
- A. Gastrinoame
 - B. Glucagonoame
 - C. Insulinoame
 - D. Celule insulare nefuncționale
 - E. Lipoame
299. Următoarele mutații ale genelor sau a factorilor de creștere sunt implicate în cancerul pancreatic:
- A. p53
 - B. p16
 - C. APC
 - D. DCC
 - E. r29
300. Tumorile pancreatice benigne sunt reprezentate de:
- A. Pseudochist
 - B. Chist simplu
 - C. Chistadenomul seros
 - D. Limfom
 - E. IPMN
301. Somatostatinoamele pot apărea în:
- A. Pancreas

- B. Duoden
- C. Jejun
- D. Cavitatea bucală
- E. Rect

302. *Pancreatita acută apare prin lezarea celulelor:

- A. Apicale
- B. Dermale
- C. Acinare
- D. Stromale
- E. Epidermale

303. *Următoarele afirmații sunt adevărate despre pancreatita acută:

- A. Consumul de alcool și calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 85% dintre cazurile de pancreatită acută
- B. Consumul de alcool și calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 55% dintre cazurile de pancreatită acută
- C. Consumul de alcool și calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 95% dintre cazurile de pancreatită acută
- D. Consumul de alcool și calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 25% dintre cazurile de pancreatită acută
- E. Consumul de alcool și calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 15% dintre cazurile de pancreatită acută

304. *Complicațiile locale peripancreatice ale pancreatitei acute includ:

- A. Necroza pancreatică
- B. Regurgitare mitrală severă
- C. Perforație de colon sigmoid
- D. Apendicita acută
- E. Infarct miocardic

305. *Factorii etiologici vasculari ai pancreatitei acute sunt:

- A. Periarterita nodoasă
- B. Pancreatita autoimună
- C. Litiaza biliară
- D. Oreion
- E. Alcoolul

306. *Diagnosticul diferențial al pancreatitei acute include:

- A. Colecistita cronică
 - B. Ruptura de splină
 - C. Ischemia acută mezenterică
 - D. Apendicita acută
 - E. Boala Crohn
307. *Necroza pancreatică din cadrul pancreatitei acute apare la aproximativ:
- A. 90% din pacienți
 - B. 80% din pacienți
 - C. 20% din pacienți
 - D. 10% din pacienți
 - E. 50% din pacienți
308. *Este adevărată următoarea afirmație despre pancreatita cronică:
- A. Distrucția glandulară nu mai este reversibilă
 - B. Cel mai frecvent simptom este reprezentat de durerea acută
 - C. Mâncarea adesea nu agravează durerea
 - D. Consumul de alcool este responsabil de aproximativ 50% dintre cazurile de pancreatită cronică
 - E. Poate cauza tuse cronică
309. *Următoarea afirmație este adevărată:
- A. Cea mai frecventă complicație a pancreatitei acute este reprezentată de dezvoltarea unei colecții fluide peripancreatice
 - B. Pacienții cu colecții peripancreatice nu prezintă riscuri de a dezvolta complicații
 - C. Cele mai multe dintre colecțiile peripancreatice nu se resorb spontan
 - D. Colecțiile peripancreatice care persistă nu pot dezvolta un pseudochist pancreatic
 - E. Pancreatitele cornice nu necesită tratament medicamentos
310. *Afecțiuni în care apare hiperamilazemia:
- A. Cancerul pulmonar
 - B. Ischemie intestinală
 - C. Sarcina ectopică
 - D. Insuficiența renală
 - E. Toate de mai sus
311. *Gradul C din stadializarea computer tomografică în pancreatita acută descrie:
- A. Colecție fluidă peripancreatică unică
 - B. Pancreas normal

- C. Inflamația a pancreasului și/sau a grăsimii peripancreatice
- D. Pancreas nevizualizabil
- E. Șoc hemoragic

312. *Splina la adult cantărește:

- A. 100-500 g
- B. 75-150 g
- C. 200 g
- D. 50 g
- E. 750 g

313. *Splina primește aproximativ cât la sută din debitul cardiac?

- A. 5 %
- B. 10%
- C. 20%
- D. 30%
- E. 25%

314. *Splina este cea mai mare sursă de imunoglobulină?

- A. IgM
- B. IgG
- C. IgE
- D. IgA
- E. IgH

315. Indicațiile splenectomiei sunt:

- A. Trauma
- B. Sferocitoza ereditară
- C. Leziune iatrogenă
- D. Apendicita acută
- E. Anemie hemolitică

316. Clasificarea splenomegaliei, în funcție de creștere dimensională, poate fi:

- A. Mică
- B. Moderată
- C. Mare
- D. Gigantă
- E. Nesemnificativă

317. În clasificarea splenomegaliei, forma moderată apare în?

- A. Scorbut
- B. Hepatită
- C. Amiloidoză
- D. Febra tifoidă
- E. Boala Gaucher

318. În clasificarea splenomegaliei, forma mare apare în?

- A. Malaria acută
- B. Malaria cronică
- C. Mielofibroză
- D. Boala Gaucher
- E. Anemie pernicioasă

319. Hipersplenismul este caracterizat de:

- A. Anemie
- B. Leucopenie
- C. Trombocitopenie
- D. Sindrom diareic acut
- E. Hiperfagie

320. Următoarele sunt patologii asociate cu hipersplenismul:

- A. Hipertensiunea portal
- B. Tromboza de venă splenică
- C. Apendicita acută
- D. Sarcoidoza
- E. Sindrom Felty

321. Complicații postsplenectomie includ:

- A. Hemoragii persistente
- B. Atelectazia pulmonară stângă
- C. Pleurezia stângă
- D. Pleurezia dreaptă
- E. Leziuni pancreatice

322. Anomaliile funcției splenice sunt clasificate ca fiind:

- A. Funcționale
- B. Atipice
- C. Anatomice

- D. Subtipice
E. Extracapsulare
323. *Care dintre următoarele afirmații caracterizează leziunile traumatice hepatice de gradul III?
- A. Hematom subcapsular expansiv, sub 10% din suprafață
 - B. Hematom subcapsular neexpansiv, sub 10% din suprafață
 - C. Ruptură capsulară, cu sângerare, 1-3 cm profunzime și sub 10 cm în lungime
 - D. Ruptură capsulară, fără sângerare, sub 1 cm în profunzime
 - E. Dilacerare de peste 3cm profunzime în parenchim
324. *Care dintre următoarele reprezintă principala indicație pentru intervenția chirurgicală în traumatismele hepatice?
- A. Vizualizarea revărsatului intraperitoneal la ecografia abdominală
 - B. Vizualizarea unei arii de contuzie hepatică pe examinarea CT
 - C. Instabilitatea hemodinamică
 - D. Evidențierea hemoragiei prin extravazarea substanței de contrast la examinarea CT
 - E. Evidențierea unui hematom subcapsular neexpansiv, sub 10% din suprafață
325. Care dintre afirmațiile cu privire la clasificarea leziunilor traumatice ale ficatului sunt adevărate?
- A. Leziunile hepatice de gradul VI sunt reprezentate de avulsia hepatică
 - B. Leziunile hepatice de gradul V includ rupturile parenchimatoase implicând >3 segmente ale aceluiași lob
 - C. Leziunile hepatice de gradul IV includ hematoamele intraparenchimatoase >10 cm sau în expansiune
 - D. Leziunile hepatice de gradul III includ hematoamele subcapsulare rupte, cu sângerare activă
 - E. Leziunile hepatice de gradul II includ dilacerările > 3 cm profunzime în parenchim
326. Care dintre următoarele reprezintă modalități imagistice de elecție utilizate în diagnosticul leziunilor traumatice hepatice?
- A. Colangiografia
 - B. Evaluarea ultrasonografică în traumă
 - C. Rezonanța magnetică
 - D. Ultrasonografia standard
 - E. Tomografia computerizată (CT)
327. Leziunile hepatice de gradul IV sunt reprezentate de:

- A. Subcapsular, >50% din suprafață sau în expansiune
 - B. Subcapsular, neexpansiv, 10-50% din suprafață
 - C. Hematom intraparenchimos rupt cu sângerare activă
 - D. Ruptură parenchimotoasă implicând >75% din lobul hepatic
 - E. Ruptură parenchimotoasă implicând 25-75% din lobul hepatic
328. Leziunile hepatice de gradul II sunt reprezentate de:
- A. Hematom subcapsular, neexpansiv, 10-50% din suprafață
 - B. Hematom intraparenchimos, neexpansiv, <10 cm în diametru
 - C. Hematom subcapsular, neexpansiv, < 10% din suprafață
 - D. Ruptură capsulară, sângerare activă 1-3 cm profunzime în parenchim, < 10 cm în lungime
 - E. Leziuni venoase juxtahepatice
329. *Următoarea afirmație cu privire la tumorile hepatice nu este adevărată:
- A. Hemangiomul cavernos hepatic este cea mai frecventă tumoră hepatică benignă
 - B. Carcinomul hepatocelular (CHC), sau hepatomul, reprezintă 90% din tumorile maligne primare ale ficatului
 - C. Hiperplazia nodulară focală (HNF) ar trebui tratată conservator atunci când diagnosticul a fost stabilit imagistic
 - D. În cazul hemangioamelor hepatice, majoritatea bolnavilor sunt simptomatici la prezentare
 - E. Majoritatea pacienților cu adenom hepatic au istoric de expunere la hormoni estrogeni
330. *Care afirmație referitoare la chisturile hepatice este falsă?
- A. Chisturile hepatice pot fi congenitale sau dobândite
 - B. Tumorile chistice sunt de obicei formațiuni unice, voluminoase
 - C. Majoritatea chisturilor hepatice simple comunică cu arborele biliar
 - D. Chistadenoamele tind să recidiveze
 - E. Chistadenoamele au potențial de transformare malignă
331. *Următoarele afirmații cu privire la abcesele hepatice sunt adevărate, cu excepția:
- A. Pacienții cu abces bacterian hepatic acuză febră
 - B. Abcesul hepatic este în majoritatea cazurilor secundar unei infecții a tractului digestiv
 - C. Abcesul ameobian este comun în regiunile în care ameobiaza este endemică
 - D. Abcesul piogen prezintă la CT un perete bine vascularizat
 - E. Majoritatea pacienților cu abces hepatic piogen nu prezintă modificări ale analizelor sanguine

332. *Următoarele afirmații cu privire la tumorile hepatice sunt adevărate, cu excepția:
- A. Carcinomul hepatocelular reprezintă 90% din tumorile maligne primare ale ficatului
 - B. Locul principal de metastazare al carcinomului hepatocelular este reprezentat de peritoneu
 - C. Cele mai frecvente tumori maligne identificate în ficat sunt tumorile metastatice
 - D. În colangiocarcinom, frecvent, nu există tumoră vizibilă pe CT
 - E. Colangiocarcinomul periferic poate fi asimptomatic
333. Următoarele afirmații referitoare la tumorile hepatice sunt adevărate:
- A. Colangiocarcinomul se formează din mucoasa arborelui biliar
 - B. Transplantul hepatic nu reprezintă o opțiune pentru pacienții cu carcinom hepatocelular
 - C. Complicațiile în cazul adenoamelor apar mai frecvent în cazul femeilor care utilizează contraceptive orale pe termen lung
 - D. În hiperplazia nodulară focală, funcția hepatică este afectată
 - E. Hemangiomul hepatic este de 5 ori mai frecvent la bărbați
334. Care afirmații cu privire la chistul hidatic hepatic nu sunt adevărate?
- A. Omul reprezintă o gazdă intermediară
 - B. Omul se infectează intrând în contact cu fecalele câinelui
 - C. Aspirația percutanată sau biopsia sunt indicate în scop diagnostic
 - D. Eroziunea și ruptura la nivelul arborelui bronșic reprezintă o complicație posibilă
 - E. Chistul hidatic rezultă prin infecția parazitară a omului cu *Taenia solium*
335. Care din afirmațiile cu privire la carcinomul hepatocelular (CHC) este adevărată?
- A. Apare în mod uzual la pacienții cu boală hepatică cronică
 - B. Tratamentul depinde de dimensiunea și de extensia bolii hepatice cronice
 - C. Are o susceptibilitate pentru invazia vasculară
 - D. Incidența CHC este scăzută la pacienții infectați cu virus hepatic B sau C, dacă nu au modificări cirotice
 - E. Biopsia este recomandată doar atunci când aspectul tipic imagistic nu este evidențiable
336. Următoarele afirmații cu privire la hemangiomul hepatic sunt adevărate:
- A. Este cea mai frecventă tumoră hepatică benignă
 - B. Sunt descoperite deseori accidental
 - C. Hemangiomul cavernos mai mare de 10 cm este definit drept hemangiom gigant

- D. Computer tomografia cu contrast evidențiază captarea progresivă a substanței de contrast spre periferia leziunii
- E. În majoritatea cazurilor durerea are o altă etiologie
337. Care dintre afirmațiile cu privire la hiperplazia nodulară focală (HNF) nu este adevărată?
- Este o leziune benignă
 - Este o leziune bine circumscrisă în parenchimul hepatic
 - Funcția hepatică este afectată
 - Sunt rar asociate cu ruptură sau cu hemoragie
 - Au potențial malign
338. Care dintre afirmațiile cu privire la adenomul hepatic este adevărată?
- Este frecvent întâlnit la femeile peste 60 de ani
 - Este o leziune solitară
 - Este o leziune încapsulată
 - Prezintă risc de sângerare
 - Prezintă risc de transformare malign
339. Următoarele afirmații referitoare la tumorile maligne hepatice sunt adevărate:
- Carcinomul hepatocelular are susceptibilitate pentru invazia vaselor tributare sistemului port
 - Orice formațiune hepatică mai mare de 1 cm la un pacient cu ciroză ar trebui investigată pentru a exclude un posibil hepatocarcinom
 - Colangiocarcinomul periferic determină apariția icterului obstructiv
 - În cazul carcinomului hepatocelular asociat cu ciroză hepatică, majoritatea chirurgilor preferă rezecțiile hepatice extinse
 - Tratamentele ablativă (MWA, RFA) sunt considerate superioare rezecției hepatice în cazul metastazelor
340. Care dintre următoarele reprezintă strategii non-curative în carcinomul hepatocelular?
- Ablația prin radiofrecvență (RFA)
 - Chemoembolizarea
 - Radioembolizarea
 - Ablația cu microunde (MWA)
 - Rezecția hepatică
341. Majoritatea chisturilor hepatice simple:
- Sunt de mici dimensiuni
 - Sunt de mari dimensiuni

- C. Sunt simptomatice
 - D. Comunică cu arborele biliar
 - E. Conțin lichid seros
342. Care dintre următoarele afirmații cu privire la neoplasmul chistic hepatic sunt false?
- A. Apare mai frecvent la bărbați
 - B. Apare mai frecvent după vârsta de 40 de ani
 - C. Sunt rare
 - D. Sunt de obicei leziuni unice, de mici dimensiuni (sub 5 cm)
 - E. Au potențial de transformare malign
343. Care din următoarele afirmații referitoare la epidemiologia calculilor biliari este adevărată:
- A. Incidența calculilor biliari crește cu vârsta
 - B. La bărbații caucazieni, sub vârsta de 50 de ani, prevalența este de 4--10%,
 - C. Femeile sunt afectate de circa 3 ori mai frecvent decât bărbații
 - D. Prevalența litiazei biliare la femeile caucaziene cu vârsta sub 50 de ani este de 25%
 - E. Litiaza biliară tinde să nu prezinte agregare familială.
344. Predispun la formarea de calculi:
- A. Obezitatea
 - B. Nuliparitatea
 - C. Scăderea ponderală rapidă
 - D. Doze crescute de contraceptive orale pe bază de estrogen
 - E. Nutriția parenterală totală prelungită
345. Calculii pigmentari negri:
- A. Se întâlnesc în cazurile de infecție a bilei
 - B. Reprezintă aproximativ 20% din totalul calculilor biliari
 - C. Apar primitiv în căile biliare și sunt moi
 - D. Se găsesc, în general, în colecist
 - E. Sunt, de regulă, asociați cu afecțiunile hemolitice și cu ciroza hepatică
346. Următoarele afirmații referitoare la patogenia litiazei biliare sunt false:
- A. Calculii micști reprezintă circa 75% dintre toate tipurile de calculi
 - B. Majoritatea calculilor micști conțin suficient calciu pentru a deveni radioopaci
 - C. Ocazional, se formează un singur calcul de dimensiuni crescute, compus aproape în întregime din colesterol

- D. Evacuarea incompletă a veziculei biliare nu asigură condițiile ideale pentru conglomerare
- E. Sursa majorității calculilor localizați în căile biliare (coledocolitiaza) este vezicula biliară

347. „Nămolul” biliar (sludge):

- A. Conține mucoproteine, cristale de colesterol și bilirubinat de calciu
- B. Se întâlnește adesea în cazurile de menținere îndelungată a nutriției parenterale
- C. Poate fi un precursor al calculilor biliari
- D. Conține mucoproteine, cristale de colesterol și bilirubinat de sodiu
- E. Se întâlnește adesea în cazurile de înfometare și scădere ponderală rapidă

348. *Vascularizația veziculei biliare este asigurată de:

- A. Arterei mezenterice superioare
- B. Arterei hepatice proprii
- C. Arterei gastrice drepte
- D. Arterei hepatice drepte
- E. Arterei gastroduodenale

349. În colica biliară:

- A. Durerea este, de obicei, constantă, destul de severă
- B. Durerea este de tip visceral
- C. Durerea este mai frecvent, în epigastriu, cu iradiere anteroposterioară la același nivel
- D. Durerea este de tip visceral, adesea descrisă ca o durere surdă, continuă, supărătoare
- E. Durerea este inconstantă

350. Colica biliară:

- A. Este produsă de obstacol și nu se asociază cu inflamație sau infecție
- B. Tinde să apară postprandial, posibil după o masă copioasă sau bogată în grăsimi,
- C. Poate fi însoțită de greață și vărsături.
- D. Nu este ameliorată în timp și de analgezice puternice
- E. Se consideră că durerea este consecința creșterii presiunii din vezicula biliară

351. În colecistita acută:

- A. Durere la palpare, constantă sau agravată progresiv, localizată în hipocondrul drept sau epigastriu
- B. Durerea este mediată de nervii senzitivi vegetativi
- C. Durerea se menține peste 3-4 ore și poate continua pe parcursul a câteva zile
- D. Durerea este mediată de nervii senzitivi somatici

- E. Durere surdă, vagă sau nesemnificativă în abdomenul superior
352. La examenul clinic, în colecistita acută:
- A. Pacientul are o atitudine neliniștită, agitată
 - B. Pulsul poate fi ridicat secundar durerii, inflamației sau infecției
 - C. Examenul abdomenului relevă semnul Murphy pozitiv
 - D. Examenul abdomenului relevă semnul Blomberg pozitiv
 - E. Pacientul are tendința de nu se mișca.
353. Fosfataza alcalină (FA):
- A. Este sintetizată de epiteliul căilor biliare
 - B. Creșterea FA și GGT este mai mare decât creșterea AST și ALT în cazurile de hepatită acută
 - C. Nivelul seric al acestei enzime este moderat crescut în hepatită
 - D. Scăderea concomitentă a gama-glutamyl transferazei (GGT) indică, de asemenea, că sursa creșterii FA este calea biliară
 - E. Creșterea FA și GGT este mai mare decât creșterea AST și ALT în cazurile de obstrucție biliară
354. *Explorarea inițială, de elecție, în cazul pacienților cu afecțiuni biliare este:
- A. Computer tomografia
 - B. Colecisto-gastrografia orală
 - C. Ecografia
 - D. Radiografia abdominală simplă
 - E. Colangio-pancreatografia prin rezonanță magnetică (MRCP)
355. *Următoarele afirmații referitoare la ecografia abdominală sunt adevărate cu excepția:
- A. Sensibilitatea și specificitatea ecografiei în detectarea litiazei biliare sunt de 95%
 - B. Ecografia are o sensibilitate scăzută în decelarea dilatațiilor de cale biliară
 - C. Ecografia este mai puțin utilă în evidențierea calculilor de la nivelul căilor biliare
 - D. Oferă informații despre ficat și pancreas
 - E. Ecografia poate detecta cu succes calculi cu diametru de până la 3 mm
356. În colecistita acută diagnosticul diferențial include:
- A. Hepatita acută,
 - B. Pancreatita acută,
 - C. Ulcerul perforat și
 - D. Apendicita acută
 - E. Sigmoidită perforate

357. Colecistita cronică :

- A. Este cea mai frecventă formă de litiază colecistică simptomatică
- B. Durerea este colicativă și localizată în HD și epigastriu
- C. Febra și frisoanele sunt prezente
- D. Examenul abdomenului relevă semnul Murphy pozitiv
- E. Greața și vărsăturile pot însoți durerea

358. Acidul ursodeoxicolic:

- A. Are o rată de dizolvare de 90% pentru calculii mai mici de 5 mm și de 60% pentru calculii mai mici de 10 mm
- B. se administrează cel puțin 6 luni și chiar timp de un an.
- C. Are o rată de dizolvare de 60% pentru calculii mai mici de 5 mm și de 90% pentru calculii mai mici de 10 mm
- D. Reduce saturarea bilei cu colesterol prin inhibarea secreției de colesterol
- E. Este substanța cel mai frecvent administrată în tratamentul non chirurgical al cilelilor biliari simptomatici

359. În colangita acută, triada Charcot se caracterizează prin:

- A. Hipotensiune
- B. Icter
- C. Durere abdominale în hipocondrul drept
- D. Febră asociată cu frisoane
- E. Confuzie psihică

360. Care din următoarele afirmații referitoare la pancreatita acută biliara sunt adevărate:

- A. Apare din cauza obstrucției tranzitorii sau persistente a canalului pancreatic, de obicei la nivelul ampulei Vater,
- B. Greața, vărsăturile și febra ușoară sunt rare
- C. Tahicardia și hipotensiunea arterială secundară hipovolemiei sunt frecvente
- D. Pacienții cu pancreatită acută se prezintă cu durere abdominală în etajul superior, adesea iradiată spre spate, și sensibilitate la palparea abdomenului la acest nivel
- E. Severitatea pancreatitei acute poate fi determinată pe baza unor factori de risc clinici, de laborator și radiologici.

361. *Ileusul biliar se caracterizează prin , cu excepția:

- A. Reprezintă <1% din toate cazurile de ocluzie intestinală

- B. Este o complicație neobișnuită care presupune erodarea peretelui vezicii biliare de către un calcul care pătrunde în intestinul adiacent
- C. Pacienții se prezintă cu simptome de ocluzie intestinală și aer în arborele biliar
- D. Ileusul biliar apare mai frecvent la bărbați decât la femei
- E. Un istoric de colici biliare sau de litiază biliară este frecvent întâlnit la acești pacienți

362. Factori de risc pentru cancerul vezicii biliare sunt:

- A. Litiaza biliară
- B. Pacienții cu polipi ai vezicii biliare cu diametrul de 1,5 cm
- C. Vezicula biliară de porțelan
- D. Infecția colecistului cu *Klebsiella pneumoniae*
- E. Colangita sclerozantă primară

363. *Cancerul de veziculă biliară:

- A. Incidența maximă se află în a cincea decadă de viață
- B. Un raport 3: 1 în favoarea femeilor
- C. Se regăsește în 5--11 % din toate piesele de colecistectomie
- D. Diagnosticul corect este stabilit preoperator în 40% din cazuri
- E. Simptomele bolii incipiente sunt adesea cauzate direct de boala neoplazică.

364. La pacienții cu cancer al veziculei biliare:

- A. Icterul este prezent la aproximativ 50% dintre acești pacienți
- B. CT și MRCP identifică cu acuratețe extensia bolii și reprezintă investigații imagistice importante pentru evaluarea existenței metastazelor
- C. Pacienții cu suspiciune preoperatorie de neoplasm de veziculă biliară sunt candidați pentru colecistectomia laparoscopică
- D. Rata de supraviețuire la 5 ani rămâne crescută (>25% la 5 ani),
- E. Tumorile avansate pot necesita o rezecție hepatică formală

365. *Cancerul căilor biliare:

- A. Este responsabil de aproximativ 10% din totalul neoplaziilor GI
- B. Colangiocarcinomul intrahepatic este cel mai frecvent
- C. Apare cu frecvență egală la ambele sexe
- D. Colangiocarcinomul extrahepatic reprezintă doar 10% din neoplasmele căilor biliare
- E. Procese de inflamație cronică nu preced dezvoltarea neoplaziei.

366. *Următoarele afirmații referitoare la colangiocarcinom sunt adevărate cu excepția:

- A. Riscul dezvoltării unei neoplazii de cale biliară este semnificativ mai mare la persoanele cu colangită sclerozantă primară

- B. Aproximativ o treime din persoanele cu carcinom de cale biliară au și litiază veziculară asociată
- C. Neoplaziile de cale biliară sunt tumori local-avansate cu dezvoltare rapidă, care metastează frecvent la distanță.
- D. Simptomele frecvente sunt asociate dezvoltării locale ce cauzează obstrucție biliară
- E. La examinarea clinică, poate fi decelată hepatomegalie
367. În cazul pacienților cu colangiocarcinom:
- A. Prognosticul este rezervat, cu o supraviețuire la 5 ani de doar 5-10%
- B. Chirurgia este singurul tratament curativ,
- C. Colangiocarcinoamele intrahepatice sunt, de obicei, tratate prin rezecții hepatice, dar marginile negative sunt obținute la >50% dintre pacienți
- D. Rata de supraviețuire la 5 ani după rezecția leziunilor de tremie medie este aproximativ 30%
- E. Tumorile perihilare, numite și tumori Klatskin, sunt cel mai bine tratate prin operația Whipple
368. *Chisturile coledociene congenitale:
- A. Sunt mai frecvente la femei (raport femei/bărbați 4: 1) și la populația asiatică
- B. Sunt mai frecvente la bărbați (raport bărbați femei 4: 1) și la populația asiatică
- C. Chisturile coledociene sunt cel mai bine evaluate inițial prin ecografie
- D. În general, se recomandă ca aceste chisturi să nu fie rezecate
- E. MRCP sau ERCP nu conturează suplimentar detalii anatomice specific
369. *Caracteristicile ileusului biliar sunt următoarele cu excepția:
- A. Pacient tânăr, fără patologii asociate
- B. Pacient vârstnic, tarat
- C. Ocluzie intestinală incompletă
- D. Radiografia evidențiază aer în căile biliare
- E. Ecografia relevă litiază veziculară și aer în arborele biliar
370. Leziunile de cale biliară:
- A. Incidența leziunilor de cale biliară asociată colecistectomiei laparoscopice (0,4-0,6%) este de aproximativ 4 ori mai mică decât cea asociată colecistectomiei clasice
- B. Aproximativ 25% din leziuni apar în urma unei colecistectomii simple și implică secționarea căii biliare și a vascularizației sale în apropierea ficatului
- C. Leziunile pot implica canalul coledoc, canalul hepatic comun sau canalele hepatice stâng și drept

- D. Dacă leziunea implică <50% din circumferința căii biliare, fără o devascularizare semnificativă, repararea primară nu poate fi efectuată
- E. Leziunile canalelor accesorii mai mici de 3 mm care drenează o porțiune mică de parenchim hepatic pot fi ligaturate

371. Complicațiile stricturii biliare sunt reprezentate de:

- A. Icter obstructive
- B. Angiocolită recurentă
- C. Ciroză biliară
- D. Pancreatită acută
- E. Hipertensiune portală

372. Colecistectomia laparoscopică:

- A. Principalele riscuri asociate abordului laparoscopie sunt legate de leziunile căilor biliare, ale intestinului și ale vaselor principale
- B. Dezavantajele abordului laparoscopic sunt creșterea complicațiilor de plagă și pulmonare
- C. Dacă pacientul are comorbidități grave sau dacă intervenția chirurgicală se practică pentru colecistită acută, spitalizarea postoperatorie este, de obicei, de minim 72 de ore
- D. Dacă există dificultăți tehnice întâmpinate cu abordul laparoscopie, procedura minim invazivă trebuie convertită într-un abord deschis.
- E. Dacă prin colangiografia intraoperatorie se evidențiază calculi în CBP, aceștia pot fi îndepărtați laparoscopic prin canalul cistic

373. Caracteristicile litiazei coledociene:

- A. Istoric de dureri abdominale
- B. Icter
- C. Urina hipocroma
- D. Scaune decolorate
- E. Semnul Murphy pozitiv

374. Scintigrafia biliară cu radionuclizi HIDA (hepatobiliary iminodiacetic acid):

- A. Sensibilitatea și specificitatea scintigrafiei HIDA în diagnosticul colecistitei acute sunt de 95-97%, respective de 90-97%.
- B. Scintigrafia HIDA este utilă în identificarea calculilor veziculari sau ai CBP
- C. Vizualizarea CBP și a duodenului în absența vizualizării colecistului după 4 ore indică o obstrucție a canalului cistic
- D. Rezultatele fals negative pot apărea la pacienți cărora li se administrează exclusiv nutriție parenterală sau la cei cu hepatită

- E. Această investigație este utilă și în identificarea unei posibile fistule biliare postoperatorii
375. Etiologii majore ale ischemiei mesenterice acute (IMA) sunt:
- A. Embolismul arterei mezenterice superioare (AMS)
 - B. Mutația factorului VII
 - C. Starea de hipocoagulabilitate
 - D. Tromboza arterei mezenterice superioare (AMS)
 - E. Vasodilatația circulației splanhnice
376. Durerea asociată ischemiei mesenterice acute (IMA):
- A. Debutează brusc
 - B. Durere disproporționată la examenul fizic
 - C. Durere proporționată la examenul fizic
 - D. Clasic nu este severă
 - E. Debutează insidios
377. Odată ce un pacient prezintă semne clinice de peritonită:
- A. Infarctul intestinului subțire este deja instalat
 - B. Infarctul intestinului subțire nu este deja instalat
 - C. Înseamnă suprainfecția locală
 - D. Este determinată de perforația gastrică asociată
 - E. Mortalitatea este ridicată
378. Pacienții cu ischemie mezenterică non-ocluzivă (IMNO):
- A. Este instabilitatea hemodinamică, cauza principală
 - B. Prezintă tablou clinic specific
 - C. Pot avea dureri abdominale minore
 - D. Are un tablou clinic nespecific
 - E. Caracteristica clinică predominantă este stabilitatea hemodinamică
379. *Pentru tromboza venei mezenterice superioare VMS, tratamentul de primă intenție este:
- A. Anticoagularea promptă cu heparină intravenoasă
 - B. Antibioterapie intravenoasă
 - C. Dezobstruarea chirurgicală
 - D. Dezobstruarea endoscopică
 - E. Reechilibrarea hidroelectrolitică

- 380.*Standardul de aur în diagnosticul paraclinic al ischemiei mezenterice acute este reprezentat de:
- A. Irigografie cu substanța de contrast
 - B. Capsula endoscopică
 - C. Arteriografia mezenterică
 - D. Gastroduodenoscopie
 - E. Aortografie
381. Tumorile benigne ale intestinului subțire :
- A. Sunt mult mai frecvente decât cele maligne
 - B. Sunt mai puțin frecvente decât cele maligne
 - C. Sunt asimptomatice în majoritate
 - D. Prezintă simptomatologie rapid obstructivă
 - E. Prezintă simptomatologie rapid hemoragică
382. Pe măsură ce tumora crește în dimensiuni:
- A. Poate determina invaginație
 - B. Produce întotdeauna perforație
 - C. Se malignizează
 - D. Se fixează intraperitoneal
 - E. Poate provoca ocluzie
383. Adenocarcinoamele intestinului subțire:
- A. Sunt mai frecvente în jejun
 - B. Nu apar niciodată în duoden
 - C. Sunt mai frecvente în duoden
 - D. Prezintă incidență mai scăzută spre ileon
 - E. Prezintă incidență mai crescută spre ileon
384. Cele mai frecvente forme de prezentare a adenocarcinoamelor de intestin subțire sunt:
- A. Ocluzia
 - B. Peritonita
 - C. Ocluzia adesea asociată cu scăderea ponderală
 - D. Perforația
 - E. Hemoragia peritoneală
385. Suspiciunea unui neoplasm al intestinului subțire crește atunci când există:
- A. Ocluzia intestinului subțire în absența herniei
 - B. Neoplasm de colon

- C. Ocluzia intestinului subțire în absența unei intervenții chirurgicale în antecedente
- D. Antecedente familiale de neoplasm colonic
- E. Ocluzie la persoana mai varstnică

386. Tumorile din regiunea periampulară se pot prezenta cu:

- A. Icter dureros
- B. Icter nedureros
- C. Mai rar, cu pancreatită de cauză inexplicabilă
- D. Mai frecvent, cu pancreatită de cauză inexplicabilă
- E. Hemobilie

387. *Diagnosticul tumorilor de intestin subțire se face:

- A. Arteriografie
- B. Arteriografie selectivă
- C. Aortografie complete
- D. Cel mai frecvent prin evaluările cu substanță de contrast
- E. Endoscopie

388. *Cea mai frecventă formă de prezentare a tumorilor carcinoide de intestin subțire este:

- A. Hemoragia
- B. Perforația
- C. Ocluzia
- D. Inflamația
- E. Peritonita

389. Cele mai frecvente manifestări asociate diverticulului Meckel includ:

- A. Ocluzia
- B. Invaginația
- C. Inflamația
- D. Peritonita
- E. Scaderea ponderală

390. Hemoragia asociată diverticulului Meckel se prezintă:

- A. Ca melenă
- B. Ca rectoragie cu sânge roșu aprins
- C. Ca rectoragie cu sânge roșu maroniu
- D. Cu durere frecventă
- E. Ca hemoragie digestive inferioară

391. Obstrucția intestinală asociată diverticului Meckel poate apărea din cauza:
- Degenerarii maligne
 - Volvusului intestinului subțire în jurul diverticului
 - Volvusului diverticului
 - Efectului constrictiv al unei benzi mezodiverticulare.
 - Sangerarii masive intralumenale
392. Diagnosticul diferențial al patologiei diverticului Meckel poate fi făcut cu:
- Apendicita acută
 - Boala inflamatorie pelvină
 - Enterita regională
 - Miodisplazii
 - Colica renală dreapta
393. *Sindromul intestinului scurt, uneri denumit „intestin scurt”, este definit ca :
- Existența a <80 cm de intestin subțire în lungime la un adult
 - Extirparea în general a unei porțiuni de intestine subțire
 - Existența a <2 80 cm de intestin subțire în lungime la un adult
 - Existența a <I 80 cm de intestin subțire în lungime la un adult
 - Existența a < 80 cm de intestin gros în lungime la un adult
394. *Pierderea ileonului terminal duce la o pierdere permanentă a:
- Absorbției fierului
 - Absorbției vitaminei B6
 - Absorbției glucidelor
 - Absorbției vitaminei B12
 - Absorbției vitaminei C
395. Anatomic, colonul diferă de intestinul subțire din următoarele puncte de vedere:
- Calibru
 - Gradul de fixare
 - Prezența apendicilor epiploici
 - Prezența pe suprafață a teniilor și a haustrelor
 - Unul se află în cavitatea toracică
396. Afirmații adevărate despre anatomia colonului:
- Diametrul colonului este variabil în diferitele lui segmente
 - Cecul are un diametru mediu de 7,5 cm, în timp ce colonul sigmoid are un diametru mediu de 2,5 cm

- C. O mare parte a colonului este retroperitoneală și este fixată de peretele abdominal posterolateral
- D. În plus, colonul are apendici epiploici, care sunt structuri adipoase la nivelul serosae
- E. Există apendici epiploici la nivelul cecului, apendicelui cecal și rectului

397. Peretele colonului are în structura sa:

- A. Mucoasă
- B. Submucoasă
- C. Musculară
- D. Seroasă
- E. Pleura

398. Rectul:

- A. Începe de la jonctiunea rectosigmoidiană și se termină la inelul anorectal
- B. Are o lungime de aproximativ 12- 18 cm
- C. Prezintă trei pliuri submusculare, numite „valvele rectale” (ale lui Houston)
- D. Cele două treimi superioare ale rectului sunt acoperite anterior de peritoneu și atașate posterior de retroperitoneu
- E. Reprezintă prima porțiune a intestinului subțire

399. Entități arteriale implicate în vascularizația rectului:

- A. Artera hemoroidală superioară (cunoscută și ca artera rectală)
- B. Artera mezenterică inferioară
- C. Artera hemoroidală mijlocie
- D. Trunchiul celiac
- E. Artera mezenterică superioară

400. Cripte anale:

- A. Se termină la baza coloanelor lui Morgagni
- B. Reprezintă locul în care sunt eliminate secrețiile
- C. Se găsesc la nivelul întregului intestin gros
- D. Sunt vizibile doar microscopic
- E. Sunt specifice colonului transvers

401. *Diferența majoră din punct de vedere histologic dintre colon și intestinul subțire este reprezentată de:

- A. Celulele cu inel cu pecete
- B. Numărul de straturi
- C. Prezența diferitelor tipuri de celule

- D. Vizibilitatea la examinare
E. Absența vilozițiilor
402. *Vascularizația arterială a canalului anal și a sfîcterului anal este realizată de
A. Trunchiul celiac;
B. Artera hemoroidală inferioară
C. Artera mezenterică inferioară
D. Artera mezenterică superioară
E. Artera colică dreaptă
403. Apendicita acută:
A. Este cea mai frecventă urgență chirurgicală
B. Afectează aproximativ 6,7% dintre femei și 8,6% dintre bărbați
C. Este o afecțiune foarte rară
D. Nu reprezintă niciodată o urgență
E. Apare doar la copii
404. Diagnosticul diferențial al durerii localizate în cadranul abdominal inferior drept include o varietate de afecțiuni
A. Enterice,
B. Urologice,
C. Musculoscheletale
D. Ginecologice.
E. Toracice
405. Caracteristici similare cu cele ale apendicitei, în unele situații, prezintă și afecțiunile:
A. Diverticulita Meckel,
B. Diverticulita cecală sau sigmoidiană,
C. Ileita acută,
D. Colecistita
E. Splenomegalia
406. Pregătirea preoperatorie adecvată în tratamentul chirurgical al apendicitei acute:
A. Cefalosporină de generația a doua,
B. Penicilină cu spectru larg
C. Combinație de fluoroquinolonă și acoperire anaerobă cu metronidazole
D. Nu include antibiotice
E. Este contraindicată

407. Tumorile apendicelui pot include:
- A. Carcinoidul
 - B. Carcinomul
 - C. Mucocelul
 - D. Rinofima
 - E. Bubonocelul
408. Majoritatea carcinoidelor apendiceale sunt benigne, dar pot fi o sursă de:
- A. Obstrucție luminală
 - B. Reflux gastroesofagian
 - C. Apendicită
 - D. Colecistită
 - E. Carcinom colon transvers
409. *În cazul în care apendicele perforează, poate exista o ameliorare temporară a durerii viscerale datorită:
- A. Distragerii atenției pacientului
 - B. Decompresiei organului turgescen
 - C. Apariției unor noi afecțiuni
 - D. Caracterului nesemnificativ al bolii
 - E. Prezenței mucusului
410. *În sarcină diagnosticul de apendicită acută poate fi îngreunat de:
- A. Anemie
 - B. Antigenul specific prostatei
 - C. Leucocitoză
 - D. Dureri axilare
 - E. Inapetență
411. *Următoarea afirmație privind diverticuloza colonică, este adevărată:
- A. Diverticuloza colică este cea mai puțin frecventă descoperire endoscopică
 - B. Prevalența acestei afecțiuni scade odată cu vârsta
 - C. Cea mai frecventă localizare a bolii diverticulare este la nivelul colonului sigmoid
 - D. Diverticuli congenitali sunt mai frecvenți localizați pe colonul stâng
 - E. Majoritatea pacienților(80%) devin simptomatici în decursul vieții
412. *Tabloul clinic în Colita Ulcerativă:
- A. Cei mai mulți pacienți prezintă diaree mucopurulentă, sanguinolentă,

- B. Tabloul clinic inițial în Colita Ulcerativă nu variază în funcție de extensia leziunilor la nivelul colonului
- C. Febra nu poate indica prezența multiplelor microabcese intestinale sau a endotoxemiei secundare
- D. Manifestările extraintestinale survin la procente crescute de pacienți
- E. Investigația de referință pentru diagnostic este tomografia computerizată

413. Tratamentul complicației bolii diverticulare cuprinde:

- A. În 85% dintre cazuri, tratamentul diverticulitei acute este inițial medical
- B. Cea mai mare parte a pacienților, totuși nu răspund la tratamentul non chirurgical și necesită un tratament ulterior
- C. Pacientul cu diverticulita acută recurentă, cu mai mult de 1 episod anual, va fi operat de urgență
- D. Tratamentul de primă intenție la pacienții cu fistule, în contextul bolii diverticulare, este cel chirurgical
- E. Pacienții care se prezintă cu perforație liberă intraperitoneală sunt operați în regim de urgență, cea mai frecventă intervenție este operația Hartmann

414. Hemoragia diverticulară:

- A. 70% dintre hemoragiile digestive inferioare, sunt datorate diverticulozei
- B. Hemoragia diverticulară este întotdeauna în cantitate mică
- C. Colonoscopia reprezintă metoda principală în diagnosticul hemoragiei digestive inferioare, putând fi și terapeutică, nu doar diagnostică
- D. Majoritatea hemoragiilor cu origine diverticulară sunt controlate prin tratament conservator
- E. Dacă pacientul este sub tratament anticoagulant sau antiplachetar, acesta nu se întrerupe

415. Următoarele afirmații privind Colita Ulcerativă și Boala Crohn, sunt adevărate:

- A. Colita ulcerativă și boala Crohn sunt două dintre cele mai rare forme de boală inflamatorie intestinală
- B. Colita Ulcerativă reprezintă o afecțiune transmurală, care se poate localiza oriunde la nivelul tractului digestiv, de la cavitatea bucală până la anus
- C. Colita Ulcerativă interesează mucoasa și submucoasa și afectează doar colonul și rectul
- D. Caracteristicile macroscopice care diferențiază Boala Crohn de Colita Ulcerativă, sunt lipsa afectării rectului, prezența leziunilor discontinue (alternanță de zone de mucoasă indemă cu zone afectate), ulcerații aftoase și ulcere liniare

- E. Etiologia Colitei Ulcerative nu este pe deplin elucidată, se consideră implicați factori infecțioși, imunologici, genetici și de mediu
416. În cadrul tratamentului chirurgical al Colitei Ulcerative următoarele afirmații sunt corecte:
- A. Indicație operatorie în colita fulminantă și megacolonul toxic
 - B. Tratament operator în boala refractară la tratament
 - C. Pacienții ce au dezvoltat displazie sau cancer au contraindicație operatorie
 - D. Pacienții cu complicații severe ale bolii vor beneficia în prima fază de intervenție chirurgicală, ulterior de tratament de reanimare
 - E. Proctocolectomia cu rezervor ileoanal este considerată în prezent intervenția chirurgicală de elecție
417. Boala Crohn, față de Colita Ulcerativă, prezintă:
- A. Diaree mai frecventă, mai frecvent cu sânge
 - B. Rectul este întotdeauna interesat
 - C. Fistula perianală este frecventă
 - D. Megacolonul apare mult mai frecvent
 - E. Distribuție segmentară, leziuni parcelare, față de Colita Ulcerativă ce are distribuție continuă
418. Indicația tratamentului chirurgical în boala diverticulară:
- A. Perforația liberă
 - B. Obstrucția
 - C. Hemoragia
 - D. Un episod de diverticulita la 3-4 ani
 - E. Diverticulita necomplicată, când se efectuează rezecția Hartmann
419. *La adult, cel mai frecvent, ocluzia colonului este dată de:
- A. Cancerul de colon
 - B. Cancerul de rect
 - C. Boala diverticulară
 - D. Volvulus de colon
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
420. Simptomele cele mai relevante în diagnosticul ocluziei intestinului gros, sunt:
- A. Absența tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale
 - B. Greață și vărsături
 - C. Diaree sanguinolentă

- D. Fistule perianale
E. Modificări în calibrul scaunului, ceea ce ridică suspiciunea unui carcinom
421. În cadrul tratamentului ocluziei intestinului gros, următoarele afirmații sunt corecte:
- A. Terapia inițială cuprinde resuscitare volemică și corectarea dezechilibrelor electrolitice
 - B. Intervenția chirurgicală este aproape întotdeauna indicată la pacienții cu ocluzie completă
 - C. Laparotomia de urgență este efectuată pentru ocluzia intestinală acută cu distensie a cecului ce depășește 12 cm, sensibilitate abdominală crescută, semne de peritonită sau sepsis.
 - D. În cazul pacienților cu cancer ocluziv cu peritonită, se introduce un stent endoscopic pentru decompresie
 - E. Perforația cauzată de volvulus și cancerile obstructive se rezolvă endoscopic
422. *Manifestările clinice ale volvulusului colonului includ:
- A. Durere abdominală
 - B. Oprirea tranzitului intestinal
 - C. Greață
 - D. Vărsături
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
423. În cazul volvulusului colonului, următoarele afirmații sunt corecte:
- A. La examenul fizic, se evidențiază distensie abdominală, sensibilitate și, adesea, o ampulă rectală goală la examenul digital.
 - B. Volvulusul sigmoidian apare frecvent la pacienții vârstnici cu istoric de constipație și demență
 - C. Evaluarea imagistică trebuie efectuată precoce în cazul suspiciunii de volvulus, deoarece poate stabili rapid diagnosticul
 - D. Explorarea CT cu substanță de contrast nu are indicație decât rar în diagnosticul volvulusului de colon
 - E. Radiografia abdominală rămâne investigația de elecție în diagnosticul volvulusului colonului
424. În cazul tratamentului volvulusului colonului, următoarele afirmații sunt corecte:
- A. În absența ischemiei sau perforației de colon, tratamentul inițial al volvulusului de sigmoid este detorsionarea endoscopică, eficientă pentru 60-95% dintre pacienți.
 - B. Din cauza riscului înalt de recurență a volvulusului și a riscurilor asociate fiecărui astfel de episod, intervenția chirurgicală trebuie luată în considerare

- C. Dintre procedurile electiv pentru volvulusul sigmoidian, rezeecția sigmoidului cu anastomoză este cea mai eficientă în prevenirea episoadelor de recurență
- D. În cazul perforației sau colon neviabil, se efectueaza colonoscopie de urgență
- E. În cazul volvulusului de cec, detensionarea endoscopică reprezintă procedura de elecție

425. Prolapsul mucoasei rectale este caracterizat de:

- A. Pliuri radiale
- B. Pliuri concentrice
- C. Pliuri circumferențiale
- D. Eversiunea a 2-3 cm
- E. Eversiunea a 4-20 cm

426. Procidența rectală:

- A. Reprezintă eversiunea de mucoasă rectală prin orificiul anal
- B. Reprezintă protruzia întregului perete rectal prin canalul anal
- C. Reprezintă prolabaarea pachetelor hemoroidale
- D. Apare mai frecvent la bărbații supraponderali, hiperstenici
- E. Apare mai ales la femeile slabe, astenice

427. Hemoroizii de gradul III:

- A. Nu prolabează
- B. Prolabează în timpul defecației
- C. Revin în poziție normală spontan
- D. Necesită reducere manuală
- E. Nu sunt reductibili

428. Tratamentul prolapsului rectal poate presupune:

- A. O procedură perineală
- B. O procedură intra-abdominală
- C. Rezeecția segmentului de intestin redundant
- D. Sutura peretelui colonic la fascia prepubiană
- E. Colopexie

429. Ligatura cu benzi elastice este indicată în tratamentul hemoroizilor interni de gradul:

- A. I, asimptomatici
- B. I, simptomatici
- C. II
- D. III

E. IV

430. Tratamentul conservator al trombozei hemoroizilor externi recomandă:
- A. Băi de șezut
 - B. Perne de șezut
 - C. Căldură locală
 - D. Gheață local
 - E. Antiinflamatoare nesteroidiene
431. Tratamentul chirurgical al trombozei hemoroizilor externi recomandă:
- A. Intervenție în primele 48 de ore de la debut
 - B. Intervenție după 48 de ore de la debut
 - C. Ligatura cu benzi elastice
 - D. Excizia hemoroidului trombozat sub anestezie locală
 - E. Incizia hemoroidului trombozat sub anestezie generală
432. Diagnosticile diferențiale ale abceselor anorectale includ:
- A. Hemoroizii prolabați
 - B. Hemoroizii trombozați
 - C. Fisura anală
 - D. Fistula perianală
 - E. Boala pilonidală
433. *Tratamentul chirurgical de elecție a fisurilor anale cronice este:
- A. Sfincțerotomia internă laterală dreaptă
 - B. Sfincțerotomia externă laterală dreaptă
 - C. Sfincțerotomia internă laterală stângă
 - D. Sfincțerotomia externă laterală stângă
 - E. Sfincțerotomia totală
434. *Factorii care duc la eșecul tehnicii lambourilor de avansare endoanală din tratamentul fistulelor perianale sunt următorii, cu excepția:
- A. Episod acut de proctită
 - B. Fistulă recto-vaginală
 - C. Obezitate
 - D. Neoplazii
 - E. Antecedente de chimioterapie
435. *O fisură anală este considerată cronică după o perioadă de la debut de:

- A. 14 zile
- B. 4 săptămâni
- C. 8 săptămâni
- D. 4 luni
- E. 6 luni

436. Tulpinile de HPV implicate cel mai frecvent în apariția cancerelor de canal anal sunt:

- A. 6
- B. 11
- C. 14
- D. 16
- E. 18

437. În sifilisul primar anorectal:

- A. Șancrul sifilitic apare ca o mică papulă care, în final, va dezvolta o ulcerăție
- B. Ulcerele anale sunt în general nedureroase și umede
- C. Limfadenopatiile sunt nedureroase, de mari dimensiuni
- D. Limfadenopatiile sunt dureroase, de mici dimensiuni
- E. Proctita poate să apară în prezența sau în absența șancrului sifilitic

438. *În sifilisul anorectal netratat stadiul secundar de boală apare la aproximativ:

- A. 2-4 săptămâni de la apariția leziunilor primare
- B. 2-4 săptămâni de la dispariția leziunilor primare
- C. 4-10 săptămâni de la apariția leziunilor primare
- D. 4-10 săptămâni de la dispariția leziunilor primare
- E. 2-10 săptămâni de la contactul sexual

RĂSPUNSURI CAP. XII - CHIRURGIE

1	B	40	A, B, E	79	D	118	B, C, E
2	B, C	41	A, B, E	80	B, C, E	119	E
3	A, B, D	42	A, B, E	81	A, D	120	D
4	B	43	C	82	A, B, C	121	A
5	C	44	C	83	A, B, C, E	122	B
6	A, B, E	45	B	84	B, C, E	123	C
7	A, D, E	46	D	85	A, C, E	124	A, D, E
8	A, C, E	47	A	86	C	125	A, B, E
9	B, C, E	48	C	87	E	126	B, C, D
10	C	49	A	88	A, C, D, E	127	A, B, D
11	B, C	50	A	89	C	128	A, B, C
12	A, B, E	51	B	90	D, E	129	B, C, E
13	B	52	A, B, C, E	91	A, C	130	B, D, E
14	A	53	A, C	92	B, C, E	131	B, C, D, E
15	A, B	54	A, B, D, E	93	B	132	A, C, D
16	A, C, D	55	A, B, C, E	94	B, C, D	133	B, C, D
17	B, C, E	56	A, B, C	95	A, B, C, D	134	A, B, C
18	A, C, E	57	A, B, C, D	96	A	135	B, C, E
19	A	58	A, B, E	97	A, B, C	136	E
20	A	59	A, B, E	98	A, B, D	137	A
21	A	60	A, C, D	99	A, B, D	138	B
22	A	61	B, C, D	100	C, D, E	139	E
23	A	62	A, B, D, E	101	B, C, D	140	B, D, E
24	A	63	A, B, C, E	102	A, C	141	A, B, D
25	A, B, C	64	A, B, D, E	103	D	142	A, B
26	A, B, C, D	65	A, B, E	104	A, B, D, E	143	A, D, E
27	A, B, C, D	66	A, B, D, E	105	A, C	144	A, C, D
28	A, B, C, E	67	A, C, E	106	A, B, C, E	145	A, B
29	A, B, C, D	68	A, B, C, D	107	C	146	A, B, E
30	A, B, C, D	69	A, B, C	108	A, C, E	147	B, C, D
31	A, B	70	A, B, D	109	B, C, E	148	A, C, D, E
32	A, C, E	71	A, B, C	110	D	149	A, B, D
33	A, B, E	72	A, B, C, E	111	A, C, E	150	A, B, E
34	A, B, E	73	A, B, C, D	112	B, C, D	151	B, C, D
35	A, D	74	A, B, C	113	A, C, D	152	D
36	A, B, C, D	75	A, B, C	114	D	153	C
37	A, B, E	76	A, B, C, D	115	B, E	154	B, D
38	A, B, E	77	A, B, C, E	116	A, C	155	C, D
39	A, B, E	78	A, B, D	117	A, C, D, E	156	A, C, E

157	A, B, C, E	196	A, C	235	B, C, D	274	C, D
158	C	197	B, D, E	236	A, C	275	D, E
159	C	198	A, B, C, E	237	A, C, E	276	A, B
160	A, B, C	199	A, B, E	238	A, B, D	277	B, C, D, E
161	A, C, D, E	200	B, D	239	E	278	A, C
162	A, B, C, D	201	B, C	240	A, D, E	279	B, E
163	B, C, D	202	B, D, E	241	A, C	280	A, C, D
164	A	203	B, C, E	242	D	281	B, D
165	A, D	204	A, B, D, E	243	A, D, E	282	A, B, D
166	B, D	205	A, B, C, E	244	B, E	283	A, B, C, D
167	C	206	B, C, E	245	A	284	C, D, E
168	C	207	A, C, D, E	246	B	285	A, C
169	A, C, D	208	A, D, E	247	D	286	B, C, E
170	B, C, E	209	B, E	248	B, C, E	287	B, C, E
171	B, C, D	210	B, D, E	249	A, E	288	D, E
172	A, C, D, E	211	B	250	B, C, E	289	A, C, D, E
173	C	212	A, C, E	251	B, C, D, E	290	A, B
174	A, D, E	213	B, D, E	252	C, E	291	A, B, C, D
175	A, C, D, E	214	B, C, D, E	253	B, C, D	292	A, C, D, E
176	C	215	D	254	D	293	A, B, C
177	C	216	D, E	255	A, B, D	294	A, B
178	B, C, E	217	A, B, C	256	A, B, C, E	295	A, D
179	B, C, D, E	218	C, E	257	D	296	C
180	A, D, E	219	A, C, D	258	A, B, D, E	297	A, B
181	B, C, D	220	C, D	259	A, D, E	298	A, B, D
182	B	221	A, B, C, E	260	D, E	299	A, B, C, D
183	D	222	C, D	261	B, C	300	A, B, C
184	A	223	E	262	A	301	A, B, C, E
185	E	224	B, E	263	D	302	C
186	A	225	A, B	264	A, B, C, E	303	A
187	E	226	A, D	265	A, B, D, E	304	A
188	D	227	D	266	A, C, E	305	A
189	B, C, D, E	228	A, B, C, D	267	C, E	306	C
190	B, C, E	229	C, E	268	A, E	307	C
191	B, D	230	D	269	C, E	308	A
192	A, C, D, E	231	C	270	B, D	309	A
193	C, E	232	C	271	C, D	310	E
194	A, C, E	233	B, D, E	272	A, D	311	C
195	B, C, D	234	B, C, E	273	A, C	312	B

313	A	352	B, C, E	391	B, D	430	A, D, E
314	A	353	A, C, E	392	A, C	431	A, D
315	A, B, C, E	354	C	393	D	432	B, C, E
316	A, B, C	355	B	394	D	433	C
317	A, B, C	356	A, B, C, D	395	A, B, C, D	434	E
318	B, C, D	357	A, B, E	396	A, B, C, D	435	C
319	A, B, C	358	A, B, D, E	397	A, B, C, D	436	D, E
320	A, B, D, E	359	B, C, D	398	A, B, C, D	437	A, C, E
321	A, B, C, E	360	A, C, D, E	399	A, B, C	438	D
322	A, C	361	D	400	A, B		
323	E	362	A, B, C, E	401	E		
324	C	363	B	402	B		
325	A, B, D	364	A, B, E	403	A, B		
326	B, D, E	365	C	404	A, B, C, D		
327	C, E	366	C	405	A, B, C, D		
328	A, B, D	367	A, B	406	A, B, C		
329	D	368	A	407	A, B, C		
330	C	369	A	408	A, C		
331	E	370	C, E	409	B		
332	B	371	A, B, C, E	410	C		
333	A, C	372	A, D, E	411	C		
334	C, E	373	A, B, D	412	A		
335	A, B, C, E	374	A, C, E	413	A, D, E		
336	A, B, C, E	375	A, D	414	A, C, D		
337	C, E	376	A, B	415	C, D, E		
338	B, D, E	377	A, E	416	A, B, E		
339	A, B	378	A, D	417	C, E		
340	B, C	379	A	418	A, B, C		
341	A, E	380	C	419	E		
342	A, D	381	A, C	420	A, B, E		
343	A, B, C	382	A, E	421	A, B, C		
344	A, C, D, E	383	C, D	422	E		
345	B, D, E	384	A, C	423	A, B, C		
346	B, D	385	A, C	424	A, B, C		
347	A, B, C, E	386	B, C	425	A, D		
348	D	387	D	426	B, E		
349	A, B, D	388	C	427	B, D		
350	A, B, C, E	389	A, C	428	A, B, C		
351	A, C, D	390	B, C	429	B, C, D		

CAP. XIII - CHIRURGIE PLASTICĂ

1. Un copil de 5 ani a fost ars într-un incendiu auto și a necesitat grefe extinse de piele la nivelul regiunii faciale și la nivelul membrelor superioare. Care dintre următoarele afirmații legate de faza de reabilitare din îngrijirea acestui pacient sunt adevărate?
 - A. Reabilitarea începe la momentul producerii leziunii
 - B. Trebuie așteptată închiderea rănilor pentru a începe procesul de reabilitare
 - C. Contracturile cicatricilor post-arsură pot imobiliza complet extremitățile și pot produce sechele funcționale și estetice semnificative
 - D. Țesutul cicatriceal rămâne inflammat și nu se mai remodelează după producerea leziunii
 - E. Multe proceduri reconstructive pot fi evitate prin aplicarea precoce și continuă a fizioterapiei și a altor tehnici de reabilitare

2. Un barbat de 35 ani este adus în serviciul UPU cu arsuri chimice la nivelul maninilor bilateral după ce a intrat în contact cu o substanță necunoscută. Care dintre următorii factori determină gradul de lezare al țesuturilor?
 - A. Durata contactului dermic
 - B. Sexul pacientului
 - C. Concentrația agentului cauzator
 - D. Natura agentului cauzator
 - E. Antecedentele heredocolaterale ale pacientului

3. O femeie de 56 ani este adusă în serviciul UPU prezentând arsuri la nivelul mâinilor și antebrățelor bilateral post contact cu sodă caustică (hidroxid de sodiu). Despre arsurile chimice produse de substanțe alcaline este adevărat că:
 - A. Personalul medical nu este nevoit să poarte echipament de protecție
 - B. Leziunile sunt în general mai superficiale decât par
 - C. Substanțele alcaline se dizolvă și se combină cu proteinele tisulare
 - D. Leziunile alcaline pot pătrunde dincolo de ceea ce este vizibil la examinare și vor necesita mai multe lichide pentru resuscitarea volemică eficientă
 - E. Prezintă riscul absorbției și toxicității sistemice pentru pacient

4. *Un bărbat în vârstă de 28 ani este adus în serviciul UPU cu arsuri chimice post contact accidental cu acid sulfuric. El prezintă leziuni la nivelul feței și mâinilor, și un pH de 7,28. Care dintre următoarele afirmații legate de arsurile produse de substanțe acide este falsă?

- A. Acizii induc degradarea proteinelor prin hidroliză, ceea ce duce la formarea unei escare mai puțin profunde decât cea produsă de substanțele alcaline
 - B. Leziunile sunt în general mai superficiale decât par
 - C. Leziunile pot pătrunde dincolo de ceea ce este vizibil la examinare și vor necesita mai multe lichide pentru resuscitarea volemică eficientă
 - D. Prezintă riscul absorbției și toxicității sistemice pentru pacient
 - E. Cadrele medicale trebuie să poarte echipament de protecție și să detoxifice pacientul complet înainte de alte îngrijiri
5. Un bărbat în vârstă de 62 ani este adus în serviciul UPU cu arsuri electrice post contact accidental cu fire de înaltă tensiune în timp ce era la pescuit. Care dintre următoarele afirmații legate de arsurile electrice sunt adevărate?
- A. Apar atunci când curentul electric pătrunde printr-o parte a corpului, precum mâna, și traversează țesuturile cu cea mai mare rezistență, în general nervi, vase de sânge și mușchi, pentru a ieși prin pământ
 - B. Leziunile electrice sunt clasificate în leziuni de înaltă tensiune dacă au peste 100V
 - C. În cazul leziunilor provenite din contactul cu curent industrial, afectarea pielii poate fi limitată, însă pot exista daune asociate mai extinse ale țesuturile moi subiacente
 - D. Curentul se deplasează preferențial subtegumentar, deoarece țesuturile mai profunde au o rezistență mai redusă
 - E. Adevărata extensie a deteriorării tisulare în cazul leziunilor de înaltă tensiune poate fi imposibil de determinat la examinarea inițială
6. Un bărbat în vârstă de 62 ani este adus în serviciul UPU cu arsuri electrice post contact accidental cu fire de înaltă tensiune în timp ce era la pescuit. Ce fel de leziuni poate prezenta pacientul?
- A. În urma aprinderii îmbrăcămintei fără trecerea curentului prin pacient pot apărea arsuri prin flacăra
 - B. Complicațiile acute includ apariția cataractei și a neuropatiei periferice
 - C. Leziunile electrice pot fi, de asemenea, asociate cu căderi și pot produce contuzii
 - D. Curentul care trece de la sursă la sol poate genera un arc electric sau leziuni de tip „flash”
 - E. Explozia asociată poate produce traume semnificative, inclusiv ruptura timpanului
7. *Un bărbat în vârstă de 57 ani este găsit inconștient lângă un cablu de curent de înaltă tensiune. Care este primul pas în gestionarea situației?
- A. La toate victimele șocului electric trebuie să se efectueze o electrocardiogramă (ECG)

- B. Din cauza posibilității de traume multiple în urma căderii și a contracțiilor musculare involuntare asociate, pacientul trebuie imobilizat și tratat ca victima cu politraumatisme
- C. Leziunea electrică poate produce aritmii, iar mulți pacienți mor din cauza fibrilației ventriculare sau a stopului cardiac induse electric, astfel că resuscitarea imediată este esențială
- D. Sursele de curent trebuie deconectate înainte ca pacientul să poată fi abordat
- E. Victimele leziunilor de înaltă tensiune trebuie trimise la un centru de arși și vor necesita resuscitare adecvată
8. O femeie de 25 ani se prezintă cu arsuri de gradul I post expunere îndelungată la soare. Despre arsurile de gradul I sunt adevărate următoarele:
- A. Se albesc la digitopresiune
- B. Prezintă fliclene destinse, formate din epiderm cu conținut lichidian proteic extravazat
- C. Sunt foarte dureroase
- D. Se prezintă ca zone hiperemice
- E. Formează cicatrice
9. O femeie de 25 ani se prezintă cu arsuri de gradul I post expunere îndelungată la soare. Tratamentul în cazul arsurilor de gradul I constă din:
- A. Hidratare orală adecvată
- B. Compusi topici calmanti
- C. În general este doar suportiv
- D. Se tratează prin excizie și greșare
- E. Poate include sulfat de neomicină pentru prevenirea infecției
10. Un bărbat de 56 ani se prezintă cu arsuri de gradul II superficiale la nivel toracic anterior post contact cu un lichid fierbinte. Sunt adevărate următoarele:
- A. Prezintă fliclene destinse, formate din epiderm cu conținut lichidian proteic extravazat
- B. Sunt foarte dureroase
- C. Depășesc dermul
- D. Prezintă piele eritematoasă
- E. Se albesc la presiune directă
11. Despre arsurile de gradul II profunde sunt adevărate următoarele:
- A. Eritemul lipsește deseori
- B. Durerea este în majoritatea cazurilor mai mare decât în cazul arsurilor superficiale

- C. Se tratează majoritatea prin excizie și grefare
 - D. Se vindecă fără cicatrice
 - E. Sunt alb-cerate
12. Despre arsurile de gradul III sunt adevărate următoarele:
- A. Sunt, de obicei, dureroase
 - B. Suprafața plagii poate avea orice culoare
 - C. Se albesc la digitopresiune
 - D. Cele foarte mici se pot vindecă spontan
 - E. Includ toate straturile pielii
13. Sub ce forme se pot manifesta leziunile inhalatorii la pacientul ars?
- A. Intoxicație cu dioxid de carbon (CO₂)
 - B. Leziuni ale căilor respiratorii inferioare
 - C. Leziuni ale căilor respiratorii superioare
 - D. Leziuni ale cavității bucale
 - E. Intoxicație cu monoxid de carbon (CO)
14. *Care dintre afirmatiile legate de intoxicatia cu monoxid de carbon este falsă?
- A. CO se leagă competitiv pe receptorii pentru oxigen ai moleculei de hemoglobină
 - B. Țesuturile cu necesar crescut de oxigen sunt cele mai vulnerabile
 - C. Tratamentul constă în ventilație cu oxigen 100%
 - D. Puls-oximetria detectează cu acuratețe intoxicația cu CO
 - E. Intoxicația cu CO produce o alterare a statusului mental
15. *Care dintre următoarele afirmații este adevărată?
- A. Leziunile căilor respiratorii superioare sunt adevăratele leziuni inhalatorii
 - B. Leziunile căilor respiratorii inferioare sunt produse de căldură
 - C. Intubația orotraheală precoce nu este necesară în perioada acută în cazul pacienților cu leziuni de căi aeriene
 - D. Marca intoxicației cu cianură o reprezintă acidoza metabolică persistentă ce nu răspunde la resusitare lichidiană
 - E. Simptomele în cazul pacienților cu arsuri de căi aeriene apar întotdeauna în primele 24-48 ore
16. *Despre tratamentul inițial al pacienților cu arsuri sunt valabile următoarele, cu excepția:
- A. Așezarea măștii cu oxigen pe o victimă a unei arsuri prin flacără prezintă riscul de a reaprinde îmbrăcămintea ce arde mocnit

- B. Chiar și în absența expunerii la fum, pacienții cu arsuri faciale severe pot dezvolta edem masiv ce poate duce la obstrucția căilor respiratorii supraglotice
 - C. Calculul formal al necesităților lichidiene se amână până după evaluarea secundară
 - D. Plăgile nu trebuie acoperite cu creme cu antibiotic sau de alt gen și nici pansate înainte de finalizarea evaluării secundare
 - E. În estimarea suprafeței totale arse sunt incluse arsurile de orice grad
17. În cadrul resuscitării inițiale a pacienților arși se impun următoarele:
- A. Montarea unui cateter Foley
 - B. Asigurarea a două linii venoase de calibru mare
 - C. Administrare de sange sau componente sanguine
 - D. Prelevare sânge pentru analize
 - E. Calculul necesităților lichidiene în timpul examinării primare
18. Printre criteriile de transfer către centrul de arsuri se numără:
- A. Arsurile de gradul 3 doar la copii
 - B. Arsurile chimice
 - C. Arsurile ce implică fața, mâinile, picioarele, organele genitale, perineul sau articulațiile majore
 - D. Leziunile inhalatorii
 - E. Arsură de profunzime parțială cu <5 % SCT
19. *Printre criteriile de transfer către centrul de arsuri se numără următoarele, cu excepția:
- A. Arsurile la pacienți cu afecțiuni medicale preexistente ce pot complica managementul arsurii, prelungi recuperarea sau afecta mortalitatea
 - B. Arsurile la copii din spitalele fără personal calificat sau echipament necesar îngrijirii acestora
 - C. Arsurile la pacienții ce vor necesita intervenții speciale de reintegrare socială, emoționale și de reabilitare
 - D. Arsurile de gradul 1 la orice grupă de vârstă
 - E. Arsurile ce implică fața, mâinile, picioarele, organele genitale, perineul sau articulațiile majore
20. *Una dintre principalele metode de documentare a suprafeței arse este regula lui:
- A. 7
 - B. 8
 - C. 9
 - D. 10
 - E. 20

21. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate?
- A. Șocul post-combustional apare în general în cadrul arsurilor peste 15-20% SCT
 - B. Edemul apare în primele 24 de ore post-arsură, fiind cel mai pronunțat în primele 8 ore
 - C. Jumătate din cantitatea totală de fluid este administrată în primele 16 ore
 - D. Menținerea unui debit urinar adecvat este utilizată ca indicator al administrării corespunzătoare de fluide și ca obiectiv de tratament
 - E. Resuscitarea lichidiană nu oprește extravazarea de fluide către spațiul interstițial
22. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate?
- A. Evaluarea frecvență a pulsului extremităților, a funcției motorii și senzitive și a durerii este esențială
 - B. Resuscitarea lichidiană oprește extravazarea de fluide către spațiul interstițial
 - C. Escarotomia și fasciotomia reprezintă același lucru și se referă la o incizie făcută prin escara rigidă, cu consistență de piele uscată, pentru a opri fenomenele de compresie
 - D. Acumularea masivă de fluide la nivelul țesuturilor abdominale poate produce sindrom de compartiment abdominal
 - E. Fasciotomiile se impun mai frecvent în cazul arsurilor prin curent electric cu voltaj înalt
23. În ceea ce privește suportul respirator al pacientului ars, sunt adevărate următoarele:
- A. Frecvent pacienții cu leziuni inhalatorii necesită volume mai mari de fluid intravenos
 - B. Resuscitarea excesivă cu fluide intravenoase este indicată în cadrul sindromului de detresă respiratorie acută
 - C. Sindromul de detresă respiratorie acută este diagnosticat prin aspectul de tip „geam mat” pe radiografia toracică asociat cu manifestările clinice de agravare a insuficienței respiratorii
 - D. Pacienții sindrom de detresă respiratorie acută cu au nevoie de suport ventilator agresiv pentru combaterea hipoxemiei
 - E. Sindromul de detresă respiratorie acută secundar injuriei inhalatorii poate progresa către insuficiență respiratorie cronică
24. Escara din arsură:
- A. Prezintă un risc scăzut de suprainfectare
 - B. Duce la creșterea pierderii de fluide prin evaporare
 - C. Poate duce la o reacție inflamatorie intensă ce poate escalada până la insuficiență multiplă de organ și exitus
 - D. Se tratează exclusiv prin tratament conservator

E. Se tratează în general prin excizie chirurgicală

25. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate?

- A. Excizia tangențială presupune îndepărtarea cu bisturiul sau electrocauterul a pielii afectate și a țesutului subcutanat până la fascia subiacentă.
- B. Excizia fascială presupune îndepărtarea cu bisturiul sau electrocauterul a pielii afectate și a țesutului subcutanat până la fascia subiacentă.
- C. Excizia fascială este ușor de realizat, relativ fără sângerare și asigură o rată bună de prindere a grefei, dar este mutilantă
- D. Excizia tangențială a arsurilor profunde de grosime parțială permite salvarea elementelor intacte de la nivel dermic, îmbunătățind astfel rezultatul grefării.
- E. Arsurile limitate cu grosime mixtă sau nedeterminabilă trebuiesc grefate imediat

26. Grefarea în cadrul arsurilor:

- A. Nu se realizează niciodată în același timp cu arsura
- B. Grefele de piele de grosime parțială sunt obținute prin excizia eliptică a pielii de la nivel inghinal sau de la nivelul flancurilor abdominale (zone donatoare închise primar prin sutură)
- C. Grefele de piele toată grosimea sunt obținute prin folosirea dermatomului pentru a recolta tegument intact până la nivelul dermului superficial
- D. În tratamentul arsurilor foarte mari, urgența de a îndepărta escara impune adesea ca excizia să fie realizată chiar și în lipsa zonelor donatoare disponibile pentru grefare
- E. Pentru a crește suprafața de acoperire, pielea poate fi expandată prin perforare sau tăiere multiplă și formare de mici fan

27. Următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. Suprafața pielii este, teoretic, sterilă pentru 24-48 ore după arsură
- B. Escara din arsură este un mediu ideal de cultură pentru germeni
- C. Leziunile severe de arsură nu se însoțesc de imunosupresie
- D. Sepsisul cu punct de plecare de la nivelul arsurii este rareori fatal
- E. Primul antimicrobiantopic eficient folosit pe scară largă a fost nitratul de argint

28. Antibiototerapia sistemică puternică și numeroși agenți topici au dus la apariția următorilor germeni multirezistenți:

- A. Staphylococcus aureus meticilino-rezistent
- B. Acinetobacter
- C. Enterococcus rezistent la vancomicină
- D. Streptococcus meticilino-rezistent
- E. Enterococcus sensibil la vancomicină

29. Dintre următoarele complicații infecțioase cele mai frecvente la pacienții cu arsuri sunt:
- Pneumonia
 - Infecții de tract urinar
 - Spesis
 - Tromboflebita
 - Endometrita
30. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- Ca parte a răspunsului hormonal la trauma cauzată de arsuri scade rata metabolismului
 - Malnutriția proteică provoacă atât consumul mușchilor respiratori, cât și compromiterea sistemului imun
 - Hrănirea enterală este inferioară nutriției intravenoase la arși
 - O dietă cu lichide bogate în lipide este esențială până când se poate relua alimentația pe cale orală în mod adecvat
 - Pacienții arși necesită suport nutrițional agresiv și monitorizare nutrițională atentă în toată faza de tratament a închiderii plăgii
31. *Asigurarea unei diete de bază bogată în proteine (de proteine/kg greutate corporală zilnic), în cantități suficiente pentru a satisface cerințele calorice, rămâne cel mai important principiu în gestionarea nutrițională a acestor pacienți. Cantitatea de proteine(g) /kg corp necesară este de:
- a. 1,5-2,0 g
 - b. 15-25g
 - c. 8-10g
 - d. 0,15-0,2g
 - e. 20-40g
32. Care dintre următoarele sunt obiective generale ale tratamentului pacientului ars?
- Prevenirea infecțiilor
 - Ameliorarea durerii
 - Limitarea fasciotomiilor din considerente estetice
 - Facilitarea vindecării optime cu cicatrici cât mai reduse
 - Vindecarea fără cicatrici
33. *O femeie în vârstă de 45 ani se prezintă cu arsuri superficiale de grosime parțială cu ulei încins la nivel antebrăț bilateral și coapsă stângă. Care dintre următoarele NU reprezintă principii de tratament?

- A. Spălarea completă a plăgii
 - B. Antibioticele orale indiferent dacă plăgile sunt infectate sau nu
 - C. Îndepărtarea flictenelor rupte
 - D. Nu este necesară evaluarea zilnică a arsurilor
 - E. Reaplicarea frecventă a produselor topice
34. *O femeie în vârstă de 45 ani se prezintă cu arsuri profunde de grosime parțială cu ulei încins la nivel antebrăț bilateral și arsuri grad III coapsă stângă. Care dintre următoarele NU reprezintă principii de tratament?
- A. Arsurile sunt acoperite initial cu un unguent antibiotic și pansate
 - B. Toate arsurile, cu excepția celor mici, trebuie excizate
 - C. Arsurile la care vindecarea durează mai mult de 3 săptămâni vor forma cicatrici hipertrofice
 - D. Nu este necesară evaluarea zilnică a arsurilor
 - E. Spălarea completă a plăgii
35. Despre tratamentul durerii în cadrul pacienților arși sunt adevărate următoarele:
- A. Calea orală este preferată în faza de resuscitare
 - B. Cele mai utilizate analgezice pentru controlul durerilor acute în cazul arsurilor sunt opioidele
 - C. Morfina și fentanilul sunt principalii anxiolitici folosiți în tratamentul anxietății cauzate de arsuri
 - D. Antiinflamatoarele nesteroidiene pot fi utilizate pentru ameliorarea durerii ușoare până la moderate
 - E. Medicamentele întotdeauna controlează complet durerea și anxietatea
36. Despre Necroliza epidermică toxică sunt adevărate următoarele:
- A. Reprezintă o tulburare exfoliativă rare a pielii uneori amenințătoare de viață
 - B. NET este definit ca <10% descuamare SC
 - C. Dilantina și antibioticele de tip sulfonamide sunt implicate în 40% din toate cazurile
 - D. Grupurile cu risc înalt includ pacienți cu crize epileptice, cancer metastatic infecții ale tractului urinar, transplanturi alogene de măduvă osoasă și infecții cu HIV
 - E. Este cauzată de reacții imunitare mediate celular, care duc la distrugerea celulelor epiteliale bazale de către celulele CD8+ și de macrofagele din dermul superficial
37. Despre Necroliza epidermică toxică sunt adevărate următoarele:
- A. Semnul Nikolsky, separarea epidermului superficial la presiune digitală moderată, este o constatare rară

- B. Se constată o fază prodromală, asemănătoare unei viroze, ce constă din febră și stare de rău
- C. Apare o erupție maculară care se răspândește, devenind adesea confluentă
- D. Orofaringele, ochii, tractul gastrointestinal nu sunt aproape niciodată implicate
- E. Antiinflamatoare nesteroidiene, unele antibiotice, infecții ale tractului respirator superior și boli virale pot fi implicate în declanșare bolii

38. Despre tratamentul în Necroliza epidermică toxică sunt adevărate următoarele:

- A. Nu este necesară întreruperea imediată a agentului declanșator
- B. Se va efectua biopsia pielii de la marginea zonei cu flictene și a pielii indemne adiacente pentru a distinge NET/SSJ de afecțiunile infecțioase
- C. Infecțiile secundare ale pielii sunt principala cauză de deces
- D. Agenții topici epidermului superficial sulfamidă sunt în general utilizați
- E. Afectarea oculară este frecventă și până la jumătate dintre supraviețuitori rămân cu sechele severe pe termen lung

39. Printre factorii asociați cu un risc crescut de mortalitate în Necroliza epidermică toxică se numără:

- A. Vârsta mai mică de 40 de ani
- B. Prezența malignității
- C. Acidoză
- D. Ritmul cardiac mai mic de 120 de bătăi/minut
- E. Descuamare epidermală > 10% SCT

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

CAP. XIV - CHIRURGIE VASCULARĂ

1. Ocluzia arterei femurale superficiale nu provoacă claudicație la nivelul:
A. Haluce
B. Picior
C. Coapsă
D. Gambă
E. Mușchilor fesieri
2. Durerea de repaus în boala arterială periferică are următoarele semnificații și caracteristici:
A. Frecvent localizată la nivelul degetelor de la picioare
B. Ameliorarea durerii în poziție declivă a picioarelor la marginea patului
C. Predomină pe timpul zilei
D. Reprezintă un stadiu incipient de boală
E. Frecvent apare la nivelul gambelor
3. Boala arterială localizată distal de genunchi nu este tipică la:
A. Vârstă între 25-45 ani
B. Vârstă înaintată
C. Fumători
D. Insuficiență renală în stadii incipiente
E. Diabet zaharat
4. Boala arterială aorto-iliacă este caracterizată prin:
A. Atrofia mușchilor fesieri
B. Atrofia mușchilor coapsei
C. Claudicația mușchilor gambei
D. Obstrucții ale arterei brahiale
E. Stenoze ale arterelor poplitee bilateral
5. În boala arterială periferică inspecția membrelor inferioare pune în evidență:
A. Ulcere
B. Eritroză de declivitate
C. Atrofie musculară
D. Edem
E. Pierderea pilozității la nivel proximal

6. Fluxul de sânge dintr-o stenoză moderată afișat pe un aparat Doppler nu poate îmbrăca următoarele aspecte:
 - A. Trifazic
 - B. Monofazic
 - C. Bifazic
 - D. Fază de platou
 - E. Unde Q adânci
7. Simptomele specifice bolii arteriale periferice sunt date de:
 - A. Gradul de dezvoltare al circulației colaterale
 - B. Numărul ocluziilor arteriale
 - C. Asocierea infarctului miocardic
 - D. Toleranța bună a pacientului la distanțe mari de mers
 - E. Gravitatea ocluziei arteriale
8. Nu sunt riscuri ale angio-RM și angio-CT următoarele:
 - A. Fald de discție la locul puncției
 - B. Pseudo anevrisme la locul puncției
 - C. Complicație legată de administrarea substanței de contrast
 - D. Sângerare la locul puncției
 - E. Exacerbarea insuficienței renale
9. Complicații locale postoperatorii ale intervenției de bypass arterial :
 - A. Sângerare la nivelul anastomozelor
 - B. Infarctul miocardic
 - C. Accidentul vascular cerebral
 - D. Infecția plăgii
 - E. Insuficiența renală cronică
10. Cauzele mai puțin frecvente ale bolii arteriale periferice sunt:
 - A. Boala Buerger
 - B. Fibroza chistică
 - C. Ateromatoză carotidiană
 - D. Trombocitopenia
 - E. Endofibroza iliacă
11. Sunt corecte afirmațiile următoare referitoare la bypass-urile extra-anatomice:
 - A. Nu sunt indicate în abdomen ostil

- B. Pot fi axilo-femorale și femuro-femorale
 - C. La pacienții critici această procedură se realizează doar sub anestezie generală
 - D. Se realizează utilizând proteze sintetice tunelizate de la o arteră la cealaltă prin țesut celular subcutanat
 - E. Patența lor este mai crescută în comparație cu cea a bypass-urilor anatomice
12. Dezavantajele bypass-ului în situ cu vena safenă sunt:
- A. Nu permite o potrivire mai bună a dimensiunilor între arteră și venă
 - B. Necesită incizii mari pentru efectuarea bypass-ului
 - C. Leziunea endotelială în timpul trecerii valvulotomului
 - D. Posibilitatea păstrării unei cuspe a unei valve (valvă păstrată)
 - E. Vena rămâne în poziție normală anatomică
13. Claudicația:
- A. Apare la repaus
 - B. Durere precipitată de exercițiu fizic
 - C. Este ameliorată în repaus
 - D. Durerea cedează în timpul efortului fizic
 - E. Durerea este însoțită de creșterea tensiunii arteriale
14. Ulcere cauzate de insuficiența arterială sunt:
- A. De obicei dureroase
 - B. Pacientul diabetic are dureri atroce
 - C. Diabeticii au adesea neuropatie periferică asociată ca urmare durerea poate să lipsească
 - D. Cu localizare în treimea inferioară a coapsei
 - E. Frecvent întâlnite la tineri
15. Ulcerațiile diabetice sunt:
- A. Nedureroase
 - B. Localizate pe fața plantară a piciorului
 - C. Localizate pe fața medială a piciorului
 - D. Localizate pe fața laterală a piciorului
 - E. Localizate în zonele de presiune
16. Terapia medicală include:
- A. Controlul dislipidemiei
 - B. Renunțarea la fumat

- C. Controlul frecvenței cardiace și a contractilității cardiace prin administrare de betablocant
- D. Tratamentul HTA
- E. Vitamine
17. Aterectomia sau îndepărtarea plăcii utilizează:
- A. Lame rotative
- B. Lame orbitale
- C. Energie laser
- D. Substanță de contrast
- E. Ecograf
18. Amputația de coapsă este indicată:
- A. Atunci când ischemia este superficială
- B. Gangrena se extinde până în treimea inferioară a gambei
- C. Gangrena se extinde până la nivelul genunchiului
- D. Atunci când ischemia este profundă
- E. Piciorul este edemațiat
19. Medicația antiplachetară:
- A. Este folosită de rutină după orice intervenție endovasculară
- B. Clopidogrelul împreună cu Plavix pentru cel puțin 6 luni
- C. Clopidogrelul împreună cu aspirina pentru cel puțin 4 luni
- D. Clopidogrelul împreună cu aspirina pentru cel puțin 6 luni
- E. Aspirină pe termen nelimitat
20. Indicele gleznă-braț:
- A. Se calculează prin împărțirea presiunii de la nivelul gleznei cu presiunea arterială sistolică de la nivelul arterei femurale.
- B. Se calculează prin împărțirea presiunii de la nivelul gleznei cu presiunea arterială sistolică de la nivelul arterei brahiale.
- C. Valoare normală mai mare ca 0,7
- D. IGB mai mic de 0,4 este asociat cu durere de repaus sau leziuni tisulare
- E. Valoarea normală mai mare ca 0,9
21. *Cel mai mare efect asupra diferenței de presiune distal de o îngustare arterială conform Legii Poiseuille îl are:
- A. Reducerea razei arterei
- B. Volumul sanguin

- C. Grosimea stenozei
D. Vâscozitatea sanguină
E. Viteza de curgere
22. *Sonda Doppler emite ultrasunete cu lungime de undă cuprinse între:
A. 3-5Mhz
B. 4-8Mhz
C. 2-10Mhz
D. 2,5-9,5Mhz
E. 1-7,5Mhz
23. *Indicele gleznă-braț are o valoare normală de:
A. 0,3
B. 0,5
C. Peste 0,9
D. 0,2-0,5
E. 0,35
24. *Valoarea indicelui gleznă-braț asociată cu durere de repaus este de:
A. 0,6
B. 0,8
C. Sub 0,4
D. Sub 0,7
E. 0,3-0,6
25. *Gradul de îngustare a lumenului vascular de la care presiunea și fluxul sanguin scade distal de punctul de îngustare:
A. 50%
B. 20-30%
C. 20%
D. 10-15%
E. 35%
26. Următoarele vene fac parte din sistemul venos profund al membrelor inferioare:
A. Venele peroniere
B. Venele tibiale anterioare
C. Venele tibiale posterioare
D. Vena safenă mare
E. Vena femurală comună

27. Evaluarea stărilor de hipercoagulabilitate la pacientul cu tromboză venoasă idiopatică se face prin:
- A. Proteina C/S
 - B. Antitrombina II
 - C. CA 19
 - D. Dozarea factorului V Leiden
 - E. CA-4
28. Măsurile de profilaxie la pacientul chirurgical:
- A. Antibioterapie
 - B. Administrare de acid acetilsalicilic
 - C. Heparină subcutanată
 - D. Mobilizare precoce
 - E. Dispozitive de compresie segmentară intermitentă
29. Tabloul clinic al emboliei pulmonare:
- A. Tahicardie
 - B. Bradicardie
 - C. Dispnee, tahipnee
 - D. Hemoptizie
 - E. Durere toracică de tip pleuritic
30. Tromboliza venoasă este contraindicată în:
- A. Hemoragii recente
 - B. Accident vascular cerebral recent
 - C. Trombofilie
 - D. Traumatisme recente
 - E. Cardiopatie ischemică
31. În embolia pulmonară trombii pot proveni din:
- A. Vene radiale
 - B. Venele femurale
 - C. Venele pelvine mari
 - D. Venele bazilice
 - E. Venele iliace
32. Următoarele vene fac parte din sistemul venos central:
- A. Vena subclaviculară
 - B. Vena cava inferioară

- C. Venele peroniere
 - D. Venele femurale
 - E. Vena tibiala posterioară
33. Diagnosticul diferențial al trombozei venoase profunde se face cu:
- A. Chistul Baker rupt
 - B. Limfangită
 - C. Traumatismul membrului inferior
 - D. Ischemie critică de membru inferior
 - E. Gangrena Fournier
34. Tratamentul tromboflebitei superficiale include:
- A. Compresse calde
 - B. Ciorapi elastici
 - C. Heparină cu greutate moleculară mică 4-6 săptămâni
 - D. Antiinflamatorii nesteroidiene
 - E. Gheață locală
35. Simptomele cauzate de venele varicoase:
- A. Senzație de greutate și oboseală după ortostatism prelungit
 - B. Crampe nocturne
 - C. Sângerare de la nivelul venelor superficiale
 - D. Durere atroce
 - E. Tromboflebită superficială
36. Strippingul venei safene:
- A. Vena este expusă doar la un singur capăt
 - B. Vena este expusă la ambele capete
 - C. Vena este ligaturată la nivelul joncțiunii safenofemorale
 - D. Vena este ligaturată la nivelul joncțiunii femurofemorale
 - E. Este des folosită
37. Ligaturarea safenei:
- A. Se realizează la rasul venei femurale la nivelul fosei ovale
 - B. Această tehnică elimină refluxul venos
 - C. Incidența recidivei este mică față de tehnica strippingului
 - D. Indică la pacienți cu vene safene proximale de mari dimensiuni, mai mare de 1,5 cm
 - E. Indică la pacienți cu vene safene proximale de mici dimensiuni, sub 1,5 cm

38. Tehnicile mai puțin invazive sunt reprezentate de:
- A. Închiderea endovenoasă prin ablație cu radiofrecvență
 - B. Strippingul venei safene
 - C. Scleroterapia cu spumă ghidată ecografic
 - D. Închiderea mecano-chimică a venei safene
 - E. Ligaturarea safenei
39. Excizia colateralelor venoase prin micro-incizii:
- A. Tributarele safenei pot fi îndepărtate prin incizii mici
 - B. Cicatricile sunt foarte mici
 - C. Nu sunt folosite clampe
 - D. Este foarte dureroasă
 - E. Se mai numește și flebectomie
40. Explorările neinvazive vasculare includ:
- A. Ultrasonografia Doppler
 - B. IRM
 - C. Scintigrafia
 - D. Radiografia
 - E. CT
41. Elementele constitutive ale Triadei Virchow:
- A. Stări de hipercoagulabilitate
 - B. Ischemie
 - C. Stază
 - D. Hemofilie
 - E. Leziuni endoteliale venoase
42. Lipodermatoscleroza:
- A. Apare frecvent la nivelul gambei
 - B. Apare în treimea inferioară a coapsei
 - C. Apare la nivelul zonei în care presiunea este e mai ridicată în ortostatism
 - D. Este invalidantă
 - E. Nu apare în forme ușoare
43. Boala venoasă este reprezentată de:
- A. Teleangiectazii
 - B. Ulcere venoase
 - C. Ischemie acută

- D. Sindromul post-trombotic
- E. Varice

44. Cauze frecvente de lezare endotelială și a TVP sunt:

- A. Traumatismele osoase
- B. Limfangita
- C. Ischemia cronică
- D. Traumatismele țesuturilor moi
- E. Infecții subcutanate

45. Tromboza venoasă superficială provoacă:

- A. Edem
- B. Eritem
- C. Paloare
- D. Sensibilitate de-a lungul traiectului venos
- E. Prurit

46. Pacientul cu TVP prezintă:

- A. Edem
- B. Paloare
- C. Durere locală
- D. Creșterea temperaturii locale
- E. Impotență funcțională

47. *Probabilitatea ca un adult să dezvolte un ulcer venos pe parcursul vieții este de:

- A. 35%
- B. 12%
- C. 4%
- D. 6%
- E. 2%

48. *Următoarea boală venoasă este responsabilă pentru multe decese neașteptate la pacientul spitalizat:

- A. Tromboza venoasă profundă
- B. Varice hidrostatice
- C. Infarctul miocardic acut
- D. Accidentul vascular cerebral Ischemic
- E. Ulcere venoase suprainfectate

49. *Rata mortalității la pacientul spitalizat pentru tromboembolismul pulmonar este:
- A. 4%
 - B. Depășește 10%
 - C. Sub 5 %
 - D. Peste 50%
 - E. 15%
50. *Tributarele venei safene sunt îndepărtate cel mai bine prin:
- A. Stripping
 - B. Terapie laser
 - C. Ligatura safenei la rasul venei femurale
 - D. Flebectomii prin microincizii
 - E. Ablație cu radiofrecvență
51. *Câte din TVP din spital evoluează asimptomatic?
- A. Aproape 50 %
 - B. Peste 30%
 - C. 20-30%
 - D. 5%
 - E. 10%

RĂSPUNSURI CAP. XIV - CHIRURGIE VASCULARĂ

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 A, B, C, E | 40 A, B, E |
| 2 A, B | 41 A, C, E |
| 3 A, C, D | 42 A, C |
| 4 A, C | 43 A, B, D, E |
| 5 A, B, C | 44 A, D |
| 6 A, B, D, E | 45 A, B, D |
| 7 A, B, E | 46 A, C |
| 8 A, B, D | 47 D |
| 9 A, D | 48 A |
| 10 A, E | 49 B |
| 11 B, D | 50 D |
| 12 C, D | 51 A |
| 13 B, C | |
| 14 A, C | |
| 15 A, B, D, E | |
| 16 A, B, C, D | |
| 17 A, B, C | |
| 18 C, D | |
| 19 A, E | |
| 20 B, D, E | |
| 21 A | |
| 22 C | |
| 23 C | |
| 24 C | |
| 25 A | |
| 26 A, B, C, E | |
| 27 A, D | |
| 28 C, D, E | |
| 29 A, C, D, E | |
| 30 A, B, D | |
| 31 B, C, E | |
| 32 A, B | |
| 33 A, B, C | |
| 34 A, C, D | |
| 35 A, B, C, E | |
| 36 B, C | |
| 37 A, B, D | |
| 38 A, C, D | |
| 39 A, B, E | |

FACULTATEA DE MEDICINĂ

P-ța Eftimie Murgu, nr. 2, cod 300041, Timișoara, România

Tel: +40256220484

Email: decanat.mg@umft.ro

www.umft.ro

CAP. XV - ORTOPEDIE

1. *Cât la sută din masa totală a corpului este reprezentată de oase, articulații, mușchi, tendoane, ligamente și fascia aponevrotică:
 - A. 75%
 - B. 65%
 - C. 85%
 - D. 70%
 - E. 60%
2. *Care este procentul de paturi din secțiile chirurgicale ocupat de pacienții cu fracturi de sold asociate osteoporozei post-menopauza?
 - A. 25%
 - B. 15%
 - C. 35%
 - D. 25%
 - E. 20%
3. *Lezarea cărui tip de țesut determină încadrarea unei fracturi ca fiind “deschisă”?
 - A. Conjunctiv
 - B. Tegumentar
 - C. Vascular
 - D. Nervos
 - E. Osos
4. *Fracturile de stres și pe os patologic au de obicei un traiect:
 - A. Oblic
 - B. Spiroid
 - C. Cominutiv
 - D. Segmentar
 - E. Transversal
5. *O fractură prin compresie semnifică faptul că osul trabecular sau spongios este strivit și apare adesea la nivelul:
 - A. Corpurilor vertebrale
 - B. Humerusului proximal
 - C. Diafizei tibiale

- D. Maleolei peroniere
E. Colului femural
6. *O singură incidență radiografică nu permite o descriere exactă a fracturii deoarece:
A. Radiografia este o investigație cu sensibilitate scăzută
B. Fracturile se produc bidimensional
C. Fracturile se produc tridimensional
D. Fracturile se produc ca urmare a unor traumatisme cu energii înalte
E. Radiografiile se pot deteriora, ducând la erori de diagnosticare
7. *În cazul fracturilor deschise, pentru leziunile ușor contaminate se administrează:
A. Intravenos cefalosporine de generația a II-a
B. Intramuscular peniciline
C. Intravenos aminoglicozide
D. Intravenos cefalosporine de generația I
E. Oral tetraciclina
8. *Printre complicațiile fixării externe a fracturilor se numără:
A. Tromboza venoasă profundă
B. Întârzierea consolidării
C. Trombembolismul pulmonar
D. Defectele tegumentare
E. Elongările nervoase
9. *Oasele vulnerabile la necroza avasculară sunt:
A. Oasele lungi
B. Oasele plate
C. Oasele mici
D. Oasele acoperite pe o suprafață mare de cartilaj articular
E. Oasele de la nivelul membrului pelvin
10. *În 90% din luxatiile traumatice, capul humeral este deplasat:
A. Anterior de fosa glenoidă
B. Posterior de fosa glenoidă
C. Superior de acromion
D. Inferior de acromion
E. Medial de coracoidă
11. *Evaluarea pentru mers stepat trebuie efectuată la toți pacienții cu:

- A. Leziune de menisc
 - B. Fractură bimalleolară
 - C. Spondiloză lombară
 - D. Fractură a platoului tibial
 - E. Luxație posterioară de șold
12. Despre genu varum se poate afirma că:
- A. Afectează articulația gleznei
 - B. Crează o deformitate în forma literei „X”
 - C. Crează o deformitate în forma de paranteze
 - D. Afectează articulația genunchiului
 - E. Afectează articulația șoldului
13. Printre etapele vindecării fracturii întâlnim:
- A. Formarea calusului dur
 - B. Formarea calusului semi-dur
 - C. Formarea calusului moale
 - D. Formarea calusului lichid
 - E. Formarea hematomului
14. Indicații pentru fixarea internă a unei fracturi pot fi:
- A. Fracturi la paraplegici
 - B. Fracturi pe os patologic
 - C. Esecul metodelor non-operatorii de reducere
 - D. Fracturi la care nu se poate aplica imobilizare gipsată
 - E. Fracturi metafizare fără deplasare
15. Indicații pentru fixarea externă a unei fracturi sunt:
- A. Fracturi infectate
 - B. Fracturi pelvine instabile
 - C. Fracturi deschise, instabile
 - D. Fracturi de masiv trohanterian
 - E. Fracturi de humerus proximal
16. Selectați mecanisme de infectare bacteriană a osului:
- A. Diseminare hematogenă de la apropiere
 - B. Contaminare în urma unei fracturi închise
 - C. Diseminare prin contiguitate de la un focar infecțios
 - D. Diseminare prin continuitate de la un focar infecțios
 - E. În urma unei proceduri chirurgicale aplicate la nivelul osului

17. Elemente patognomonice ale artrozei sunt:
 - A. Pensarea localizată a spațiului articular
 - B. Durerea matinală
 - C. Osteofite
 - D. Durerea nocturnă
 - E. Chiste în osul subcondral
18. Ligamente regăsite la nivelul coloanei vertebrale sunt:
 - A. Ligamentul interspinos
 - B. Ligamentul infraspinos
 - C. Ligamentul supraspinos
 - D. Ligamentul galben
 - E. Ligamentul longitudinal anterior
19. Testul sertarului anterior al genunchiului se realizează cu:
 - A. Genunchiul flectat la 30°
 - B. Genunchiul flectat la 45°
 - C. Genunchiul flectat la 60°
 - D. Translația anterioară a tibiei
 - E. Translația anterioară a rotulei
20. Meniscurile au rol în:
 - A. Creșterea suprafețelor de contact articulare
 - B. Lubrifierea articulației
 - C. Nutriția cartilajului hialin
 - D. Vindecarea rupturilor ligamentare
 - E. Rigidizarea articulației
21. Testul Thompson pentru diagnosticarea clinică a rupturii tendonului Achile se realizează:
 - A. Cu pacientul în decubit dorsal
 - B. Cu piciorul atârând liber la marginea mesei
 - C. Cu pacientul în decubit ventral
 - D. Cu pacientul în decubit lateral
 - E. Prin strângerea mușchiului gambei
22. Pe măsură ce boala Legg-Calve-Perthes avansează, se produc:
 - A. Resorbția țesutului osos necrozat
 - B. Revascularizarea capului femural
 - C. Revascularizarea capului fibular

- D. Osteocondensarea condilului femural intern
 - E. Osteocondensarea condilului femural extern
23. O formă flexibilă a scoliozei se poate datora:
- A. Unui spasm muscular de lângă un disc herniat
 - B. Unui vechi traumatism al coloanei vertebrale
 - C. Spondilozei toracale
 - D. Unei posturi deficitare
 - E. Ca urmare a compensării unui picior scurtat
24. Tabloul clinic în debutul osteomielitei se caracterizează prin:
- A. Senzația de instabilitate articulară
 - B. Durere severă în apropierea capătului osului lung
 - C. Protejarea membrului afectat
 - D. Evitarea mișcării membrului afectat
 - E. Tumefierea țesuturilor moi
25. Tratamentul artritei reumatoide vizează:
- A. Schimbarea stilului de viață
 - B. Calmarea durerii
 - C. Supresia inflamației sinoviale
 - D. Prevenirea deformărilor articulare
 - E. Reconstrucția articulară precoce
26. Sindromul de compartiment poate fi consecința:
- A. Gonartrozei decompensate algice
 - B. Capsulitei adezive a umărului
 - C. Contuziilor musculare severe
 - D. Sindromului de strivire
 - E. Fracturilor
27. Obiectivele chirurgiei de urgență în fracturile de bazin sunt:
- A. Controlul hemoragiei
 - B. Controlul sfincterian al tractului urinar
 - C. Reluarea urgentă a mersului
 - D. Permitea recuperării pulmonare
 - E. Restabilirea completă a anatomiei osoase
28. În fracturile diafizei femurale, osteosinteza cu tija reduce riscul de:
- A. Tromboză venoasă

- B. Contractura de cvadriceps
- C. Redoarea genunchiului
- D. Redoarea șoldului
- E. Atrofia musculară

29. Cele mai frecvente fracturi de șold sunt:

- A. Fractura subtrohanteriană
- B. Fractura trohantero-diafizară
- C. Fractura acetabulară
- D. Fractura de col femural
- E. Fractura intertrohanteriană

30. Mușchii coafei rotatorilor sunt:

- A. Subscapular
- B. Supraspinos
- C. Intraspinos
- D. Infraspinos
- E. Rotund mic

31. Tratamentul tendiniței coafei rotatorilor constă în:

- A. Aplicații locale reci
- B. Masaj profund de relaxare
- C. Repaus
- D. Medicație antiinflamatoare
- E. Exerciții concentrice ale umărului

32. Partea laterală a gleznei este susținută de următoarele ligamente:

- A. Ligamentul colateral anterior
- B. Ligamentul talofibular posterior
- C. Ligamentul incrucisat posterior
- D. Ligamentul talofibular anterior
- E. Ligamentul calcaneofibular

33. Următoarele ligamente ale genunchiului sunt extrasinoviale:

- A. Ligamentul incrucisat anterior
- B. Ligamentul incrucisat posterior
- C. Ligamentul colateral medial
- D. Ligamentul colateral anterior
- E. Ligamentul colateral lateral

34. Hernia de disc afectează cel mai des discurile vertebrale:
- A. L4-L5
 - B. L2-L3
 - C. T12-L1
 - D. L5-S1
 - E. L1-L2
35. Tratamentul conservator în durerea de spate include:
- A. Repaus în decubit dorsal pe un plan moale
 - B. Analgezice
 - C. Antiinflamatorii
 - D. Exerciții de întărire
 - E. Elongații
36. Cauze ale osteoporozei pot fi:
- A. Boli maligne
 - B. Deficiențe nutriționale
 - C. Efortul fizic exagerat
 - D. Microtraumatismele repetate
 - E. Tulburări endocrine
37. Osteoporoza și osteomalacia sunt similare din punct de vedere:
- A. Radiologic
 - B. Al analizelor sanguine
 - C. Clinic
 - D. Al modului de apariție
 - E. Al tratamentului
38. Următoarele tumori metastazează deseori la nivelul osului:
- A. Creier
 - B. Rect
 - C. San
 - D. Prostată
 - E. Plămâni
39. Mielomul multiplu poate cauza:
- A. Dureri osoase
 - B. Pusee febrile

- C. Artroza degenerativă
 - D. Fatigabilitate
 - E. Fracturi pe os pathologic
40. Printre caracteristicile principale ale osteosarcomului întâlnim:
- A. Distribuție trimodală pe grupe de vârstă
 - B. Durere cu agravare nocturnă
 - C. Distribuție bimodală pe grupe de vârstă
 - D. Localizare preferențială la nivelul metafizei femurului distal și tibiei proximale
 - E. Ușor mai frecventă la femei decât la bărbați
41. Printre caracteristicile principale ale tumorei cu celule gigant întâlnim:
- A. Durere și tumefacție peri-articular
 - B. Apare de regulă în intervalul de vârstă 30-50 ani
 - C. Este o tumoră benignă cu agresivitate scăzută
 - D. Se localizează adesea la nivelul epifizei femurului, radiusului și tibiei
 - E. Are aspect radiografic de arie cu extindere excentrică epifizară
42. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Fascia plantară este o structură groasă, fibroasă atașată de calcaneu
 - B. Fascia plantară este o structură subțire, elastică atașată de calcaneu
 - C. Reacțiile inflamatorii de la nivelul fasciei plantare produc exostoza calcaneana de tracțiune vizualizată radiologic sub forma unui pinten osos
 - D. Reacțiile inflamatorii de la nivelul fasciei plantare nu produc exostoza calcaneana
 - E. Factorii contributivi ai fasceitei plantare sunt atât piciorul plat cât și cel cav
43. Următoarele afirmații despre rupturile tendonului Achilean sunt adevărate:
- A. Rupturile tendonului Achilean apar la sportivi de vârstă mijlocie care solicită tendonul dincolo de toleranța sa.
 - B. Rupturile tendonului Achilean apar la persoane sedentare de vârstă tânără care solicită tendonul dincolo de toleranța sa
 - C. Testul Thompson verifică dacă complexul format din gastrocnemian și soleus este intact
 - D. Tratamentul chirurgical al rupturilor tendonului Achilean este indicat în cazul sportivilor
 - E. Tratamentul chirurgical al rupturilor tendonului Achilean este indicat în cazul persoanelor sedentare
44. Bacteriile pot infecta osul prin următoarele mecanisme:

- A. Prin contact sexual
 - B. Diseminare hematogenă de la distanță
 - C. Contaminare în urma unei fracturi deschise
 - D. În urma unei proceduri chirurgicale aplicate la nivelul osului
 - E. Diseminare prin contiguitate de la un focar infecțios
45. În momentul înoculării unei bacterii la nivelul unei articulații sinoviale procesul inflamator secundar poate produce:
- A. O distrucție ușoară la nivelul cartilajului articular
 - B. O distrucție lentă a cartilajului articular
 - C. O distrucție rapidă a cartilajului articular
 - D. O distrucție severă a cartilajului articular
 - E. Remodelare osoasă
46. *Cel mai frecvent etiologia tenosinovitei septice a flexorilor mâinii este:
- A. Streptococcus agalactiae
 - B. Streptococcus pneumoniae
 - C. Staphylococcus Aureus
 - D. Klebsiella pneumoniae
 - E. Borrelia burgdorferi
47. Tratamentul artritei reumatoide vizează:
- A. Calmarea durerii
 - B. Reconstrucția articulară precoce
 - C. Reconstrucția articulară tardivă
 - D. Prevenția deformărilor articulare
 - E. Supresia inflamației sinoviale
48. Osteoartroza este:
- A. Numită și boala degenerativă articulară
 - B. Cea mai răspândită formă de artrită care afectează adultul
 - C. Caracterizată de subțierea progresivă a cartilajului articular
 - D. Caracterizată de îngroșarea progresivă a cartilajului articular
 - E. O patologie traumatică osoasă
49. Osteomalacia este:
- A. Rezultatul unei deficiențe în conținut de fier al pacientului
 - B. Rezultatul unei deficiențe în conținutul de minerale al osului
 - C. Similară din punct de vedere radiologic cu osteoporoza

- D. Datorată unui aport nutritiv necorespunzător de vitamina D și calciu
- E. Denumită rahitism în forma sa pediatrică

50. Următoarele afirmații despre Boala Paget sunt adevărate:

- A. Este caracterizată prin resorbție osoasă excesivă
- B. Pacienții acuză dureri osoase
- C. Pacienții prezintă incurbarea progresivă a membrilor inferioare
- D. Pacienții prezintă micșorarea craniului
- E. Oasele pacienților au o rezistență crescută

51. *Următoarele afirmații referitoare la Hiperparatiroidism sunt adevărate:

- A. Hiperparatiroidismul provoacă alopecie
- B. Hiperparatiroidismul provoacă osteopenie osoasă difuză
- C. Hiperparatiroidismul primar se datorează unui adenom sau hiperplaziei glandei tiroide
- D. Hiperparatiroidismul secundar se datorează unui adenom de prostată
- E. În hiperparatiroidism, radiografic, se observă o condensare osoasă difuză

52. Următoarele afirmații despre luxații sunt adevărate:

- A. Genunchiul este articulația care luxează cel mai frecvent
- B. Umărul este articulația care luxează cel mai frecvent
- C. Luxația posterioară a umărului este un diagnostic frecvent omis
- D. Reducerea luxației de umăr se obține prin adducție graduală a umărului simultană cu tracțiunea produsă de un cearșaf plasat în axilă și contraacțiunea produsă prin tracțiunea brațului
- E. Reducerea luxației de umăr se obține prin abducție graduală a umărului simultană cu tracțiunea brațului și contraacțiunea produsă de un cearșaf plasat în axilă

53. Fracturile de șold:

- A. Sunt produse de traumatisme cu energie minimă în cazul pacienților tineri
- B. Sunt produse de traumatisme cu energie minimă în cazul pacienților vârstnici și la cei cu osteoporoză
- C. Prezentarea clinică patognomonică este: membrul pelvin afectat rotat extern și scurtat
- D. Reprezintă 33% din numărul total de internări în centrele de ortopedie
- E. Prezentarea clinică patognomonică este: membrul pelvin afectat rotat intern, scurtat și în adducție

54. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Diafiza femurală este cel mai rezistent os din corp

- B. La pacienții tineri, producerea unei fracturi a diafizei femurale necesită un traumatism de energie mare
 - C. La pacienții vârstnici, producerea unei fracturi a diafizei femurale necesită un traumatism de energie mare
 - D. Într-o fractură închisă de diafiza femurală se pot pierde la nivelul coapsei 1-3 unități de sange și apariția socului hipovolemic
 - E. Fracturile de diafiză de femur au caracter socogen și trombogen
55. *Următoarele afirmații referitor la fracturile diafizelor tibiale și fibulare sunt false:
- A. Fracturile diafizei tibiale sunt frecvent deschise și contaminate
 - B. Vascularizația redusă a tibiei duce la pseudartroză și consolidare întârziată în cazul fracturilor diafizare de tibie
 - C. Osteosinteza pe focar închis și imobilizarea în aparat gipsat deasupra de genunchi reprezintă tratamentul standard pentru fracturile închise, necomplicate ale diafizelor tibiei și fibulei
 - D. Osteosinteza pe focar deschis cu hobanaj și imobilizarea în aparat gipsat deasupra de genunchi reprezintă tratamentul standard pentru fracturile închise, necomplicate ale diafizelor tibiei și fibulei
 - E. În cazul fracturilor diafizei tibiale implantul utilizat de elecție constă într-o tijă centromedulară introdusă în urma alezajului corespunzător
56. *În cazul fracturilor de bazin ce asociază instabilitate hemodinamică, o măsură de reechilibrare a pacientului este:
- A. Imobilizarea gipsată pelvi-podală
 - B. Efectuarea unei uretrografii retrograde în vederea evaluării integrității uretrei
 - C. Stabilizarea de urgență a bazinului cu fixator extern
 - D. Tratament anticoagulant
 - E. Efectuare RMN de bazin
57. Un ciclu normal de mers:
- A. Se extinde din momentul atingerii solului cu călcâiul unui picior până la următoarea atingere a solului cu același călcâi
 - B. Se extinde din momentul atingerii solului cu călcâiul unui picior până la următoarea atingere a solului cu varful aceluiași picior
 - C. Fază de sprijin (60% din ciclu) este când piciorul este în contact cu solul
 - D. Fază de sprijin (60% din ciclu), când piciorul este deasupra solului
 - E. Faza de balansare este definită de avansarea (pendularea) membrului inferior contralateral până la atingerea călcâiului de sol
58. Mersul este afectat de anomaliile următoarelor articulații:

- A. Articulația cotului
- B. Metatarsofalangiene
- C. Glezna
- D. Metacarpofalangiene
- E. Genunchiului

59. Următoarele afirmații despre luxația șoldului sunt adevărate:

- A. Luxația șoldului este produsă frecvent în timpul accidentelor de mașină atunci când genunchiul se lovește de bord
- B. Luxația șoldului este produsă frecvent în timpul accidentelor prin cădere de la aceeași înălțime atunci când șoldul se lovește de un plan dur
- C. Luxația șoldului nu reprezintă o urgență medico-chirurgicală
- D. În cazul luxației de șold, șoldul trebuie redus de urgență și fracturile asociate trebuie tratate pentru refacerea stabilității articulației șoldului
- E. Orice întârziere a reducerii luxației coxo-femorale de peste 8-12 ore de la traumatism crește riscul de necroză avasculară a capului femural

60. Stenoza lombară apare ca urmare a următoarelor modificări degenerative:

- A. Îngustarea discului intervertebral
- B. Dezvoltarea hipertrofică a fațetelor articulare
- C. Cudarea ligamentului galben
- D. Cudarea ligamentului longitudinal anterior
- E. Cudarea ligamentului interspinos

61. *Explorarea radiologică de elecție în leziunile medulare este:

- A. Radiografia simplă
- B. Mielografia
- C. IRM
- D. Tomografia computerizată
- E. Mielo CT

62. Deformarea scoliotică a coloanei vertebrale:

- A. Reprezintă curbarea în plan frontal a coloanei vertebrale
- B. Se asociază întotdeauna cu deformări ale curburilor fiziologice din plan sagital
- C. Nu se asociază întotdeauna cu rotația vertebrelor
- D. Cauzează asimetria cutiei toracice
- E. Pe măsură ce curbura scoliotică se intensifică, forma vertebrelor și coastelor atașate se modifică

63. *Scolioza este:
- A. De cele mai multe ori congenitală
 - B. De cele mai multe ori neuromusculară
 - C. De cele mai multe ori idiopatică
 - D. Mai frecventă la băieți
 - E. Niciuna din cele enunțate
64. Boala Legg Calve Perthes este:
- A. Afecțiune a genunchiului
 - B. Afecțiune ce apare la copii
 - C. Apare mai des la băieți
 - D. Reprezintă osteonecroza capului femural
 - E. De etiologie tuberculoasă
65. *În cazul unui sportiv de înaltă performanță cu durere cronică la nivel inghinal, pentru depistarea precoce a unei eventuale fracturi de stres cu localizare la nivelul colului femural este indicat să efectuăm următoarea investigație:
- A. Scintigrafie osoasă cu radioizotopi pe bază de pirofosfat de technetium
 - B. Radiografie standard articulație coxo-femurală
 - C. Radiografie în 2 incidente (antero-posterioară și profil) art coxo-femurală
 - D. Ecografie de șold
 - E. Osteotomodensitometrie
66. Care din următoarele afirmații cu privire la tendinita coafei rotatorilor nu este adevărată:
- A. Apare cu precădere la cei care efectuează mișcări repetitive de flexie anterioară a articulației umărului
 - B. Modificările inflamatorii dureroase pot afecta și bursa subacromială
 - C. Este frecventă la sportivi (de exemplu, înotători, aruncători)
 - D. Tomografia computerizată este tehnica indicată pentru diagnosticul acestei afecțiuni
 - E. În evoluție pot apărea la nivelul tendonului coafei rotatorilor calcificări degenerative
67. În cazul unui pacient diagnosticat cu epicondilită laterală, printre eventualele activități răspunzătoare pentru apariția afecțiunii se numără:
- A. Mișcări de abducție repetitivă ale articulației umărului
 - B. Activități care presupun efectuarea unei munci manuale repetitive de extensie a articulației radio-carpene
 - C. Sportivi care practică sporturi de lovire a mingii cu racheta

- D. Activități care presupun efectuarea unei munci manuale repetitive de flexie a articulației radio-carpene
- E. Sportivi care practica sporturi ce presupun ridicare de greutate
68. În cazul unei disjunctii acromio-claviculare grad III sunt rupte următoarele structuri ligamentare:
- Ligamente costo-claviculare
 - Ligamente sterno-claviculare
 - Ligamentul coraco-acromial
 - Ligamente acromio-claviculare
 - Ligamente coraco-claviculare
69. În cazul fracturilor supracondiliene ale humerusului, următoarele afirmații nu sunt adevărate:
- Sunt fracturi care se produc prin cădere cu cotul în extensie
 - Sunt fracturi articulare ce implică suprafața articulară a humerusului distal
 - Sunt fracturi articulare ce implică suprafața articulară a humerusului proximal
 - Sunt fracturi care se produc prin cădere cu cotul în flexie
 - Ca și complicație a acestei fracturi poate să apară în evoluție sindromul de pronație dureroasă a cotului
70. *Entorsele sunt clasificate în funcție de gravitatea leziunilor care se produc. Care dintre următoarele enunțuri sunt adevărate?
- Entorsele nu presupun neapărat leziuni ale ligamentelor
 - Entorsele de gradul I prezintă leziuni ligamentare microscopice, însă fără modificarea stabilității articulației atunci când articulația este supusă stresului
 - Entorsele de gradul I prezintă ruperea de fascicule întregi de ligament însoțită de un punct final ferm în ceea ce privește testarea clinică
 - În cazul ruperii de ligament cu pierderea stabilității articulației, leziunea ligamentară este clasificată ca o entorsă de gradul II.
 - În entorsele de gradul II ligamentele prezintă continuitate microscopică
71. Care dintre următoarele reprezintă contraindicații ale reimplantării?
- Amputația prin strivire sau avulsie
 - Amputație individuală de police distal de falangă mijlocie
 - Amputație individuală de deget II proximal de falanga mijlocie
 - Amputația la pacienții vârstnici care au comorbidități sau tulburări mentale
 - Amputația la orice nivel la copii

72. Care dintre următoarele NU sunt semne clasice ale sindromului de compartiment produs prin ischemie tisulară?
- Durere
 - Transpirație
 - Paloare
 - Paralizie
 - Amețeală
73. Testul serratului anterior respectiv posterior, sunt utilizate pentru a evalua integritatea ligamentului încrucișat anterior respectiv posterior. Care dintre afirmațiile următoare sunt adevărate?
- Translația tibială anterioară anormală obținută trăgând tibia înainte cu genunchiul flectat la 45° sugerează că fibrele anteromediale ale ligamentului încrucișat anterior sunt rupte
 - Translația tibială anterioară anormală obținută trăgând tibia înainte cu genunchiul flectat la 45° sugerează că fibrele anteromediale ale ligamentului încrucișat posterior sunt rupte
 - Translația tibială posterioară anormală obținută trăgând tibia posterior indică o leziune a ligamentului încrucișat posterior
 - Laxitatea anterioară a genunchiului poate fi apreciată cu ajutorul testul Lachman, efectuat cu genunchiul flectat la 20°
 - Laxitatea anterioară a genunchiului poate fi apreciată cu ajutorul testul Lachman, efectuat cu genunchiul flectat la 45°
74. Identificați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate, referitor la țesutul de origine cât și tipul de tumoră malignă sau benignă, al următoarelor tumori:
- Granulomul eozinofil este o tumoră osoasă benignă provenită din țesut incert
 - Granulomul eozinofil este o tumoră osoasă malignă provenită din țesut incert
 - Granulomul eozinofil este o tumoră osoasă benignă provenită din măduva osoasă
 - Encondromul este o tumoră osoasă malignă provenită din țesut incert
 - Encondromul este o tumoră osoasă benignă provenită din țesut cartilaginos
75. *Stresul submaximal repetat poate produce microfracturi, care dacă nu sunt lăsate să se vindece vor conduce la:
- Fraktură deschisă
 - Fraktură pe os patologic
 - Fraktură de stres
 - Fraktură în lemn verde
 - Niciuna dintre cele de mai sus

76. *Complicațiile locale în procesul de vindecare a fracturii nu includ:
- A. Infecția
 - B. Întârzierea în consolidare
 - C. Pseudartroza
 - D. Sepsisul
 - E. Calusul vicios
77. *Complicațiile sistemice în urma fracturii nu includ:
- A. Șocul
 - B. Calusul vicios
 - C. Sepsisul
 - D. Gangrena gazoasă
 - E. Embolia grăsoasă
78. *Deplasarea în fractura olecranului este datorată contracției mușchiului:
- A. Biceps brahial
 - B. Brahial
 - C. Triceps sural
 - D. Triceps brahial
 - E. Coracobrahial
79. *Articulația care luxează cel mai frecvent este:
- A. Umărul
 - B. Cotul
 - C. Șoldul
 - D. Genunchiul
 - E. Glezna
80. *Cel mai rezistent os din corp este:
- A. Diafiza humerală
 - B. Diafiza radială
 - C. Diafiza femurală
 - D. Patela
 - E. Diafiza tibială
81. *Durerea patelo-femurală apare consecutiv stresării mecanismului extensorului genunchiului. Acesta este format din:
- A. Mușchiul croitor
 - B. Mușchiul cvadriceps

- C. Mușchiul biceps femural
- D. Mușchiul semimembranos
- E. Mușchiul semitendinos

82. *Care dintre cele patru ligamente care stabilizează genunchiul este intrasinovial:

- A. Ligamentul colateral medial
- B. Ligamentul colateral lateral
- C. Ligamentul încrucișat posterior
- D. Ligamentul încrucișat anterior
- E. Toate cele de mai sus

83. *Absența flexiei plantare a gleznei în timpul testului Thompson indică ruptura:

- A. Tendonului patelar
- B. Tendonului cvadricipital
- C. Tendonului Achile
- D. Ligamentului talofibular anterior
- E. Ligamentului calcaneo-fibular

84. *Face parte dintre tumorile benigne ale osului:

- A. Osteosarcomul
- B. Condrosarcomul
- C. Fibrosarcomul
- D. Sarcomul Ewing
- E. Osteomul osteoid

85. Fragmentele osoase fracturate pot fi deplasate:

- A. Prin forța unui traumatism
- B. Datorită luxației
- C. Datorită gravitației
- D. Datorită comorbidităților
- E. Datorită tracțiunii musculare

86. Fac parte dintre complicațiile locale care apar în procesul de vindecare al fracturii:

- A. Infecția
- B. Pseudartroza
- C. Tromboza venoasă
- D. Calusul vicios
- E. Necroza avasculară

87. Fac parte dintre complicațiile sistemice care apar în urma fracturii:
- Întârzierea în consolidare
 - Pseudartroza
 - Șocul
 - Tromboza venoasă
 - Embolia grăsoasă
88. Cei patru mușchi ai coafei rotatorii sunt:
- Subscapular
 - Supraspinos
 - Infraspinos
 - Rotund mare
 - Rotund mic
89. Ligamentele laterale ale gleznei sunt cele mai frecvent afectate ligamente din corp. Acestea sunt:
- Ligamentul deltoid
 - Ligamentul talofibular anterior
 - Ligamentul talofibular posterior
 - Ligamentul calcaneo-fibular
 - Tendonul Achile
90. Fac parte dintre testele utilizate pentru a evalua integritatea ligamentului încrucișat anterior:
- Testul Mc Murray
 - Testul sertarului anterior
 - Varus test
 - Valgus test
 - Testul Lachman
91. Care dintre următoarele articulații intră în componența umărului:
- Glenohumerală
 - Radioulnară proximală
 - Acromioclaviculară
 - Sternoclaviculară
 - Scapulotoracică
92. Bacteriile pot infecta osul printr-unul din următoarele mecanisme:
- Diseminare limfatică de la distanță

- B. Diseminare hematogenă de la distanță
- C. Contaminare în urma unei fracturi deschise
- D. În urma unei proceduri chirurgicale aplicate la nivelul osului
- E. Diseminare prin contiguitate de la un focar infecțios

93. Următoarele sunt tumori maligne:

- A. Osteosarcom
- B. Osteom osteoid
- C. Condrosarcom
- D. Osteocondrom
- E. Sarcom Ewing

94. Următoarele sunt tumori benigne:

- A. Fibrosarcom
- B. Osteom osteoid
- C. Encondrom
- D. Condrosarcom
- E. Sarcom Ewing

95. Următoarele afirmații despre fracturi sunt adevărate:

- A. Localizarea fracturii nu are importanță pentru vindecare și tratament
- B. Osul cortical, diafizar, se vindecă mai lent
- C. Traiectul fracturii sugerează cantitatea de energie cinetică absorbită de os
- D. Fracturile de stres și pe os patologic au de obicei un traiect spiroid
- E. Fracturile spiroide sau oblice rezultă printr-un traumatism de rotație și torsiune

96. Etapele vindecării fracturii cuprind:

- A. Formarea hematomului (2 - 24 luni)
- B. Inflamație și proiferare celulară (de la ore la săptămâni)
- C. Formarea calusului moale (2 zile - 6 săptămâni)
- D. Formarea calusului dur (10 zile - 4 luni)
- E. Remodelare osoasă (imediat)

97. Dispozitivele de fixare internă în cazul unei fracturi includ:

- A. Broșe
- B. Șuruburi
- C. Plăci
- D. Tije centromedulare
- E. Tracțiune continuă

98. Complicațiile care survin cu o frecvență crescută din cauza unui tratament inițial inadecvat într-o fractură a scafoidului carpian sunt:
- Necroza avasculară
 - Gangrena gazoasă
 - Pseudartroza
 - Embolia grăsoasă
 - Calusul vicios
99. Următoarele afirmații despre fracturile șoldului sunt adevărate:
- Fracturile de șold produse de traumatisme cu energie minimă sunt frecvente la pacienții vârstnici și la cei cu osteoporoză
 - Reprezintă 3% din numărul total de internări în centrele de ortopedie
 - Cele mai frecvente tipuri de fracturi de șold sunt cele de col femural și intertrohanteriene
 - Membrul inferior afectat este rotat extern și scurtat
 - Tratamentul chirurgical nu permite mobilizarea precoce a pacientului și nu reduce complicațiile asociate imobilizării prelungite la pat
100. Următoarele afirmații despre fracturile diafizelor tibială și fibulară nu sunt adevărate:
- Fracturile diafizare ale tibiei și fibulei se produc de 9 ori mai frecvent decât cele de diafiză femurală
 - Fracturile tibiei sunt rar deschise și contaminate
 - Vascularizația redusă a tibiei duce la pseudartroză și întârzieri în consolidare
 - Fracturile de tibie au un risc scăzut de a produce sindrom de compartiment
 - Complicațiile asociate tratamentului inadecvat al fracturilor de tibie sunt cea mai frecventă cauză a proceselor de malpraxis în chirurgia ortopedică de traumă
101. Semnele clasice ale sindromului de compartiment produs prin ischemie tisulară sunt:
- Durere (pain)
 - Parestezie
 - Hipertermie
 - Paralizie
 - Paloare
102. Factorii care contribuie la durerea coafei rotatorilor sunt:
- Stabilitatea articulației gleno-humerale
 - sSăbiciunea musculară
 - Dezechilibrul muscular

- D. Tehnica de aruncare corectă
E. Antrenament intens
103. Factori contributivi ai durerii plantare calcaneene sunt:
A. Piciorul plat
B. Piciorul cav
C. Alergarea pe vârfuri sau în nisip
D. Subponderabilitatea
E. Încălțăminte adecvată
104. Reprezintă opțiuni pentru autogrefe de țesuturi moi în reconstrucția LIA:
A. Tendonul patelar
B. Tendonul semitendinosului
C. Tendonul semimembranosului
D. Tendonul gracilisului
E. Fascia lata
105. Următoarele afirmații despre boala Legg-Calve-Perthes sunt adevărate:
A. Reprezintă osteonecroza capului humeral la copii cu vârste cuprinse între 4-8 ani
B. Raportul dintre sexul masculin și feminin este 1/8
C. Acuzele subiective se pot situa în partea internă a genunchiului, în teritoriul de distribuție al nervului obturator
D. Forța scăzută a abducției se traduce prin prezența mersului Trendelenburg
E. Patologia are o evoluție limitată, cu o durată între 2 și 4 ani
106. Care dintre următoarele afirmații despre scolioză sunt false:
A. Scolioza reprezintă curbarea coloanei vertebrale și poate fi flexibilă (corectibilă) sau fixă (structurală)
B. Scolioza consecutivă neurofibromatozei este cauzată de o serie de anomalii la nivelul formării vertebrelor
C. În cel mai multe cazuri, scolioza este de natură idiopatică
D. Băieții sunt afectați de 9 ori mai frecvent decât fetele
E. Curburile severe de la nivelul coloanei vertebrale toracice pot compromite funcția cardio-pulmonară
107. Următoarele afirmații despre osteomielita acută hematogenă sunt adevărate:
A. Apare cel mai frecvent la copii
B. Este cauzat de o diseminare hematogenă de la un alt focar de infecție, situat la distanță

- C. Până la vârsta de 3 ani sunt uzuale infecțiile cu *Haemophilus Influenzae*
D. Debutul este lent
E. Numărul de leucocite și viteza de sedimentare a hematiilor au, de regulă, valori scăzute
108. Fac parte dintre complicațiile tardive ale osteomielitei hematogene:
A. Durere severă în apropierea extremității osului lung
B. Septicemie
C. Dezvoltarea osteomielitei cronice persistente sau recurente
D. Fracturi pe os patologic
E. Tulburări de creștere prin afectarea plăcilor de creștere epifizare
109. Radiologic, elementele patognomonice ale osteoartrozei sunt:
A. Pensarea localizată a spațiului articular
B. Mărirea spațiului articular
C. Scleroza osului subcondral
D. Osteofite
E. Chiste în osul subcondral
110. Reprezintă procedee osoase în tratamentul chirurgical al artrozei:
A. Osteosinteza
B. Osteotomia
C. Artroplastia parțială
D. Artroplastia totală
E. Artrodeza
111. Reprezintă manifestări clinice ale radiculopatiei rădăcinii nervoase L4:
A. Durere și parestezii față medială picior și gleznă
B. Hipoestezie picior dorsal și haluce
C. Hipotonie extensor lung al halucelui
D. Diminuare reflex rotulian
E. Diminuare reflex achilean
112. Reprezintă manifestări clinice ale radiculopatiei rădăcinii nervoase C7:
A. Hipoestezie față laterală a brațului
B. Slăbire extensie degete și triceps brahial
C. Slăbire flexie degete
D. Siminuire reflex bicipital
E. Diminuare reflex tricipital

113. Dintre tulburările endocrine care cauzează osteoporoză fac parte:
- A. Hipogonadism
 - B. Hiperparatiroidism
 - C. Hipotiroidism
 - D. Boală Cushing
 - E. Hipertiroidism
114. Reprezintă caracteristici ale osteomului osteoid:
- A. Durere care adesea cedează la aspirină
 - B. Asimptomatic, cu excepția fracturii pe os patologic
 - C. Apare la vârste sub 30 de ani
 - D. Apare între 45-65 ani
 - E. Radiologic prezintă o zonă radiotransparentă <1 cm, înconjurată de o zonă densă de scleroză
115. Tratatamentul tumorilor osoase include:
- A. Tratatamentul chirurgical
 - B. Chimioterapie
 - C. Radioterapie
 - D. Fizioterapie
 - E. Kinetoterapie

RĂSPUNSURI CAP. XV - ORTOPEDIE

- | | | |
|---------------|---------------|----------------|
| 1 D | 40 B, C, D | 79 A |
| 2 E | 41 A, D, E | 80 C |
| 3 B | 42 A, C, E | 81 B |
| 4 E | 43 A, C, D | 82 D |
| 5 A | 44 B, C, D, E | 83 C |
| 6 C | 45 C, D | 84 E |
| 7 D | 46 C | 85 A, C, E |
| 8 B | 47 A, B, D, E | 86 A, B, D, E |
| 9 D | 48 A, B, C | 87 C, D, E |
| 10 A | 49 B, C, D, E | 88 A, B, C, E |
| 11 E | 50 A, B, C | 89 B, C, D |
| 12 C, D | 51 B | 90 B, E |
| 13 A, C, E | 52 B, C, E | 91 A, C, D, E |
| 14 A, B, C, D | 53 B, C, D | 92 B, C, D, E |
| 15 A, B, C | 54 A, B, D, E | 93 A, C, E |
| 16 C, E | 55 D | 94 B, C |
| 17 A, C, E | 56 C | 95 B, C, E |
| 18 A, C, D, E | 57 A, C, E | 96 B, C, D |
| 19 B, D | 58 B, C, E | 97 A, B, C, D |
| 20 A, B, C | 59 A, D, E | 98 A, C, E |
| 21 B, C, E | 60 A, B, C | 99 A, C, D |
| 22 A, B | 61 C | 100 B, D |
| 23 A, D, E | 62 A, D, E | 101 A, B, D, E |
| 24 B, C, D | 63 C | 102 B, C, E |
| 25 B, C, D, E | 64 B, C, D | 103 A, B, C |
| 26 C, D, E | 65 A | 104 A, B, D, E |
| 27 A, D | 66 A, D | 105 C, D, E |
| 28 A, B, C, E | 67 B, C | 106 B, D |
| 29 D, E | 68 D, E | 107 A, B, C |
| 30 A, B, D, E | 69 B, C, D, E | 108 C, D, E |
| 31 C, D | 70 B | 109 A, C, D, E |
| 32 B, D, E | 71 A, C, D | 110 B, C, D, E |
| 33 B, C, E | 72 B, E | 111 A, D |
| 34 A, D | 73 A, C, D | 112 B, E |
| 35 B, C, D, E | 74 C, E | 113 A, B, D, E |
| 36 A, B, E | 75 C | 114 A, C, E |
| 37 A, C | 76 D | 115 A, B, C |
| 38 C, D, E | 77 B | |
| 39 A, D, E | 78 D | |

CAP. XVI - UROLOGIE

1. *Cancerale de prostată își au originea, cel mai frecvent în:
 - A. Zona periferică a prostatei
 - B. Zona tranzițională a prostatei
 - C. Zona centrală a prostatei
 - D. Stroma fibromusculară anterioară
 - E. Verumontanum
2. *Majoritatea bărbaților cu cancer prostatic incipient :
 - A. Sunt tineri, sub 40 de ani
 - B. Prezintă disurie
 - C. Prezintă hematurie
 - D. Prezintă nicturie
 - E. Sunt asimptomatici
3. *În general, valoarea PSA (antigenul prostatic specific) este considerată normală la valori de:
 - A. Peste 10 ng/ml
 - B. Sub 4 ng/ml
 - C. 10-15 mg/ml
 - D. Sub 4 mg/ml
 - E. Peste 10 mg/ml
4. *Principala formă de tratament a cancerului de prostată aflat în stadiu metastatic o reprezintă:
 - A. Deprivarea androgenică
 - B. Brahiterapia
 - C. Radioterapia externă a pelvisului
 - D. Prostatectomia radicală cu limfodisecție ilioobturatorie
 - E. Prostatectomia radicală fără limfodisecție
5. *Markerul tumoral specific pentru carcinomul renal cu celule clare îl reprezintă:
 - A. PSA
 - B. Alfa fetoproteina
 - C. Beta HCG

- D. CA125
E. Nu are marker specific
6. *Din totalul androgenilor circulanți, mai puțin de 10% sunt produși la nivelul:
A. Testiculelor
B. Hipofizei
C. Suprarenalelor
D. Hipotalamusului
E. Prostetei
7. *Vascularizația prostatei provine din:
A. Artera Aortă
B. Artera Hipogastrică
C. Artera Mezenterică superioară
D. Artera Pudendală
E. Artera Poplitee
8. *Prostatita acută:
A. Este o afecțiune infecțioasă-bacteriană
B. Este o afecțiune infecțioasă fungică
C. Este o afecțiune infecțioasă -virală
D. Este o afecțiune infecțioasă parazitară
E. Este o afecțiune genetică
9. *Antigenul specific prostatic (PSA):
A. Este o serin protează care clivează proteinele din sperma postejaculatorie
B. Poate fi scăzut în cazul bărbaților cu prostatită
C. O valoare sub 40ng/ml este considerată normală
D. Are 6 forme dominante
E. Raportul PSA liber/PSA total <20-25 %, se asociază cu litiaza vezicală
10. *Despre anatomia rinichilor este adevărata următoarea afirmație:
A. Sunt organe tubulare
B. Sunt situate intraperitoneal
C. Sunt perpendiculare pe coloana lombară
D. Sunt organe pereche
E. Rinichiul stâng are raport cu duodenul
11. *Care din următoarele leziuni peniene, sunt considerate premaligne:

- A. Leucoplakia
 - B. Boala Bowen
 - C. Condiloamele acuminat
 - D. Eritoplazia Queyrat
 - E. Toate leziunile de mai sus
12. *Fimoza:
- A. Reprezintă relaxarea fibrotică a tegumentului prepuțial
 - B. Nu permite rețracția prepuțului peste gland
 - C. Nu permite recalotarea glandului
 - D. Reprezintă prezența unei cicatrice la nivelul tunicii albuginee
 - E. Reprezintă o erecție prelungită
13. *Stricturile uretrale:
- A. Sunt cel mai frecvent cauzate de uretrita urliană
 - B. Sunt cel mai frecvent cauzate de Mycoplasma urealiticum
 - C. Sunt cauzate de uretrită gonococică
 - D. Se diagnostichează prin ureteroscopie
 - E. Tratamentul presupune administrarea de alfa-blocant
14. *Cistita bacteriană:
- A. Febra este un simptom constant
 - B. Asociază frecvent semnul valului
 - C. Frecvența la bărbați
 - D. Femeile sunt predispușe la infecții recurente
 - E. E E-coli cauzează >20% din toate infecțiile de tract urinar
15. *Incontinența urinară reprezintă:
- A. Pierderea voluntară de urină
 - B. Incontinența de efort apare în scăderea presiunii intraabdominale (la ras, tușit etc)
 - C. Incontinența prin imperiozitate este un simptom obstructiv
 - D. Incontinența totală apare în fistulele vezico-vaginale
 - E. Reprezintă o infecție de tract urinar superior
16. *Litaza urinară are următorii factori de risc:
- A. Acidoza tubulară
 - B. Hiperparatiroidism
 - C. Deshidratare
 - D. Istoric familial de litiază

- E. Toate variantele de mai sus sunt corecte
17. *În cancerul de prostată localizat, la un pacient cu speranța de viață sub 10 ani, atitudinea terapeutică adecvată este:
- A. Supraveghere activă
 - B. Prostatectomia radicală
 - C. Cadioterapia
 - D. Himioterapia
 - E. Watchful waiting
18. *Hiperplazia benignă de prostata își are originea de dezvoltare cu preponderență în:
- A. Zona periferică
 - B. Zona anterioară
 - C. Zona centrală
 - D. Zona tranzițională
 - E. Zona fibro-musculară
19. *În prostatita acută complicată cu retenție acută de urină se recomandă:
- A. Cateterismul uretro-vezical
 - B. Urostomia cutanată
 - C. Nefrostomia
 - D. Cateterismul suprapubian
 - E. Cistoscopia
20. *Prima linie terapeutică medicamentoasă în tratamentul hiperplaziei benigne de prostată este reprezentată de:
- A. Antiandrogeni
 - B. Antimuscarinice
 - C. Blocante alfa-adrenergice
 - D. Inhibitori de 5-alfa reductaza
 - E. Anticolinergice
21. Care dintre afirmațiile următoare privind prostatita acută sunt adevărate?
- A. Cel mai frecvent nu i se decelează agentul etiologic
 - B. Poate avea o cauză bacteriană
 - C. Agentul infecțios cel mai frecvent este o bacterie Gram-negativă
 - D. Dintre bacterii, cel mai adesea este implicat Escherichia coli
 - E. Agentul infecțios cel mai frecvent este o bacterie Gram-pozitivă

22. Finasterida și dutasterida:
- A. Sunt utilizați pentru tratamentul hiperplaziei benigne de prostată simptomatice
 - B. Sunt alfa blocante
 - C. Sunt inhibitori de 5 alfa reductază
 - D. Produc o scădere semnificativă (60-70%) a dimensiunii prostatei
 - E. Cresc, de obicei, nivelul seric al antigenului prostatic specific
23. Care dintre afirmațiile privind biopsia prostatei sunt adevărate?
- A. Este aproape întotdeauna efectuată prin perineu
 - B. De regulă se recoltează 2-4 fragmente
 - C. De regulă se recoltează 10-14 fragmente
 - D. Plasarea cu acuratețe a acului de biopsie este facilitată de ultrasonografia transrectală
 - E. Antibioterapia pre- și post- procedură sunt contraindicate
24. Care dintre afirmațiile privind carcinomul renal cu celule clare sunt adevărate?
- A. De obicei, își are originea în tubii colectorii
 - B. Se consideră că nitrozaminele și fumul de țigară sunt implicate în apariția acestei patologii
 - C. Semnul clinic cel mai frecvent întâlnit este hematuria
 - D. Poate induce, în unele cazuri, simptome nespecifice
 - E. În stadiile avansate, tumora invadează vena renală și vena cavă
25. Cancerul vezical:
- A. Cel mai frecvent este reprezentat de carcinomul cu celule tranziționale
 - B. Inflamațiile vezicale cronice pot favoriza apariția carcinomului cu celule scuamoase
 - C. În stadiul Ta și T1, rezecția transuretrală a tumorii este adesea singurul tratament necesar
 - D. BCG s-a dovedit foarte eficient în tratamentul tumorilor în stadiul T2
 - E. În cazul tumorilor musculo-infiltrative se recomandă cistectomia radicală
26. Pielonefrita acută obstructivă:
- A. Reprezintă o urgență urologică
 - B. Tratamentul antibiotic fără dezobstrucția căii urinare este suficient
 - C. Manevrelor de extragere a calculului sunt obligatorii ca tratament initial
 - D. Scopul intervenției de urgență îl reprezintă dezobstrucția căii urinare
 - E. Drenajul căii urinare se realizează folosind stent ureteral dublu J sau nefrostomă percutanată
27. Care dintre afirmațiile următoare privind traumatismele renale sunt adevărate?

- A. Marea majoritate (70-80%) sunt reprezentate de traumatisme închise
 - B. Evaluarea unui pacient instabil hemodinamic include examinarea CT
 - C. Tendința este de a practica tratamentul conservator cât timp pacientul este stabil hemodinamic
 - D. Contuziile renale minore sunt cele mai des întâlnite
 - E. Laceratiile majore se caracterizează prin leziuni care interesează capsula renală și joncțiunea corticomedulară
28. Tratamentul medicamentos al hiperplaziei benigne de prostată poate include:
- A. Blocanți alfa-1 adrenergici
 - B. Inhibitori de 5 alfa reductază
 - C. Tratamentul combinat între blocant alfa1 adrenergic și inhibitor de 5 alfa reductază
 - D. BCG endovezical
 - E. Thiotepa
29. Care dintre următoarele afirmații privind cancerul de prostată sunt adevărate?
- A. PSA seric se corelează doar parțial cu extensia bolii
 - B. Cancerul de prostată în stadiu metastatic afectează în mod tipic plămânii
 - C. Cancerul de prostată în stadiu metastatic afectează în mod tipic ficatul
 - D. Cancerul de prostată este initial o boală androgen-independentă
 - E. Castrarea chimică se poate obține prin administrarea de analogi LHRH
30. Care dintre următoarele afirmații privind cancerul de prostată în stadiul localizat sunt adevărate?
- A. Pentru pacienții cu speranța de viață sub 10 ani, watchful waiting poate fi indicată
 - B. Supravegherea activă este preferată la pacienții cu speranța de viață mai mare de 10 ani și scor Gleason peste 8
 - C. Crioterapia este utilizată în anumite centre
 - D. Prostatectomia radicală și radioterapia sunt metode de tratament cu viză curativă
 - E. Creșterea PSA după tratament este frecventă în primele 6 luni
31. Referitor la priapism, sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Spre deosebire de erecția fiziologică, doar corpul spongios e turgescen
 - B. Priapismul netratat poate duce la disfuncție erectilă prin fibroza corpului spongios
 - C. Tratamentul priapismului datorat anemiei falciforme include hidratare, analgezie și alcalinizare
 - D. În priapismul cu flux înalt se indică embolizarea selectivă a fistulei
 - E. Prima linie de tratament (în primele 6 ore) în priapismul indus de substanțele vasoactive o reprezintă aspirarea sângelui din corpii cavernoși

32. Care dintre următoarele patologii peniene reprezintă urgențe chirurgicale?
- Fimoza
 - Parafimoza
 - Priapismul
 - Boala Peyronie
 - Fractura peniană
33. Referitor la torsiunea de cordon spermatic, următoarele afirmații sunt adevărate:
- Torsiunea este intravaginală în perioada adolescenței
 - Torsiunea este extravaginală la nou-născut
 - Dacă este un diagnostic probabil, trebuie efectuată ecografie Doppler color
 - În primele patru ore apar leziuni testiculare ireversibile
 - La examenul clinic se constată apariția unui semn punctiform albastru
34. Care dintre afirmațiile următoare privind traumatismele vezicale sunt adevărate?
- Investigația imagistică de mare acuratețe pentru diagnosticul rupturii vezicale este cistografia
 - Dacă se suspectează leziuni uretrale concomitente trebuie efectuată o urografie
 - Rupturile vezicale cauzează rar hematurie
 - Dacă se asociază cu fracturi de bazin, trebuie suspectată o ruptură uretrală
 - Rupturile mici, extraperitoneale, pot fi gestionate prin menținerea unei sonde vezicale Foley 1-2 săptămâni
35. Care dintre afirmațiile privind tumorile vezicale sunt adevărate?
- Cistectomia radicală la bărbat presupune îndepărtarea doar a vezicii urinare și a prostatei
 - Invazia grăsimii perivezicale definește stadiul T3
 - În prevenirea recidivelor tumorilor în stadiul T1, tratamentul intravezical cu BCG este cel mai frecvent utilizat
 - Protocoalele de supraveghere ale tumorilor vezicale Ta și T1 includ cistoscopia și citologia urinară
 - BCG este foarte eficient în tratamentul Tis
36. Care dintre afirmațiile privind tratamentul litiazei urinare sunt adevărate?
- Alegerea tratamentului depinde de mărimea și localizarea calculilor
 - Calculi ureterali mai mici de 5 mm necesită, de regulă, ureteroscopie flexibilă sau rigidă

- C. Îndepărtarea calculilor renali prin abord percutanat reprezintă o alternativă terapeutică pentru litiaza renală multiplă
- D. Tratamentul medicamentos al calculilor de acid uric constă în alcalinizare urinară și în aport crescut de lichide
- E. Calculii de acid uric se dizolvă la un pH scăzut
37. Prostatectomia radicală robotică și laparoscopică prezintă următoarele avantaje în comparație cu prostatectomia radicală deschisă:
- A. Risc redus de transfuzii necesare
- B. Timp mai scurt de recuperare
- C. Mobilizarea rapidă a pacientului
- D. Recuperarea mai rapidă a continenței urinare
- E. Disecție mai facilă intraoperator
38. Următoarele modalități terapeutice sunt eficiente în cancerul de prostată metastatic:
- A. Orhiectomia bilaterală
- B. Rezecția transuretrală a cancerului de prostată
- C. Brahiterapia
- D. Castrarea medicamentoasă
- E. Terapia cu estrogeni
39. Traumatismele renale au ca și cauze frecvente:
- A. Accidente rutiere
- B. Accidente de muncă
- C. Cădere de la aceeași înălțime
- D. Căderi accidentale
- E. Sporturi de contact
40. În lacerările renale majore, distinctiv față de cele minore, întâlnim:
- A. Contuzii renale
- B. Rupturi renale corticale
- C. Extravazat urinar
- D. Hematom larg perirenal
- E. Rupturi renale cortico-medulare
41. Triada clasică a semnelor asociate unei tumori renale este alcătuită din:
- A. Anemie
- B. Hematurie
- C. Febră

- D. Masa abdominală palpabilă
E. Durere în flanc
42. Colica renală este frecvent asociată cu:
A. Febra
B. Grețuri
C. Durere intermitentă în flanc
D. Durere hipogastrică
E. Vărsături
43. Tratamentul de primă intenție în pielonefrita acută obstructivă de cauză litiazică include:
A. Drenajul renal prin stent ureteral
B. Îndepărtarea calculului obstructiv
C. Nefrostomia percutanată
D. Antibioterapia
E. Mobilizarea calculului obstructiv
44. Următoarele semne și simptome sunt sugestive pentru traumatismele cu ruptura vezicală:
A. Prezența hematuriei macroscopice
B. Piuria
C. Durere pelvină moderată
D. Imposibilitatea de a urina
E. Durere severă suprapubiană
45. Hiperplazia benignă de prostată:
A. Produce obstrucție subvezicală
B. Generează simptome obstructive (polakiurie, imperiozitate, nocturie)
C. Generează simptome iritative (disurie, dribbling terminal, jet urinar slab proiectat)
D. Generează simptome obstructive (disurie, dribbling terminal, jet urinar slab proiectat)
E. Generează simptome iritative (polakiurie, imperiozitate, nocturie)
46. În tratamentul chirurgical al hiperplaziei benigne de prostată:
A. Se practică rezecția transuretrală a adenomului de prostată
B. Se practică abordare chirurgicală deschisă la prostate mari > 50 gr
C. Abordul transuretral este cel mai rar folosit
D. Se practică prin abord retroperitoneal
E. Îndepărtarea chirurgicală a țesutului prostatic se face prin abord deschis, robotic sau transuretral

47. Care dintre afirmațiile privind adenocarcinomul prostatic sunt adevărate?
- A. Incidența cancerului de prostată crește odată cu vârsta
 - B. Tuseu rectal reprezintă o metodă de examinare importantă
 - C. PSA este piatra de temelie în screeningul carcinomului prostatic
 - D. Cancerul de prostată debutează întotdeauna cu scădere ponderală, obstrucție ureterală, hematurie macroscopică
 - E. Prostatectomia radicală presupune un abord retropubic
48. Carcinomul renal cu celule clare:
- A. Are originea în tubii contorti proximali
 - B. Incidența mai crescută la sexul masculin (raport barbați/femei 2/1)
 - C. Deseori este diagnosticat incidental
 - D. Hematuria este semnul clinic cel mai rar întâlnit
 - E. Durerea și masa palpabilă în flanc pot fi semne ale bolii
49. Colica renală este caracterizată prin:
- A. Durere în flanc cu iradiere în organele genitale externe
 - B. Are caracter continuu
 - C. Poate fi însoțită de greață și vărsături
 - D. Durerea este controlată prin doze mici de analgezice
 - E. Cauza durerii este reprezentată de obstrucția cauzată de calcul
50. Elementele urmărite în cadrul cistoscopiei sunt:
- A. Poziția și configurația orificiilor ureterale
 - B. Întreaga mucoasă pentru decelarea leziunilor de tip tumoral
 - C. Aspectul ureterelor proximale
 - D. Aspectul calicelor renale
 - E. Culoarea urinei evacuate la nivelul orificiilor ureterale în vezică
51. Care dintre afirmațiile privind traumatismele renale sunt adevărate?
- A. Rezultă în urma accidentelor rutiere sau prin cadere de la înălțime
 - B. Hematuria este un semn clinic
 - C. Evaluarea pacientului stabil include examinarea CT
 - D. Traumatismele închise însumează 5-10% din totalul traumatismelor renale
 - E. Se decide tratament conservator pentru pacienții instabili hemodinamici
52. Următoarele afirmații despre tumorile renale benigne sunt adevărate:
- A. Majoritatea leziunilor chistice sunt benigne
 - B. Cele complexe necesită investigații suplimentare

- C. Angiomiolipomul este de obicei diagnosticat prin CT
D. În cazul chistelor renale simple se practică nefrectomie
E. Majoritatea chistelor renale necesită obligatoriu biopsiere în vederea diagnosticului
53. În cazul carcinomului vezicii urinare:
A. Hematuria macroscopică este un simptom frecvent
B. Prevalența este mai mare în rândul fumătorilor
C. Tratamentul presupune rezecția transuretrală a tumorii +/- chimio/imunoterapie intravezicală
D. Nu necesită cistoscopie periodică
E. În cazul tumorilor non-musculoinfiltrative se practică cistectomie
54. Torsiunea de cordon spermatic se caracterizează prin:
A. Pierderea reflexului cremasteric
B. Torsiunea intravaginală are loc frecvent în adolescență
C. Testicolul este tumefiat, dureros
D. Poziția testicolului poate să fie înaltă
E. Diagnosticul diferențial include hernia ombilicală
55. În cadrul infecțiilor scrotale:
A. Sunt implicate bacterii gram pozitive
B. Apare fasciita necrozantă iar mai apoi gangrena Fournier
C. În lipsa tratamentului chirurgical pacientul poate evolua spre deces
D. Nu necesită tratament antibiotic cu spectru larg
E. Este exclusă debridarea și excizia largă a țesuturilor devitalizate
56. Următoarele afirmații despre cancerul testicular nu sunt adevărate:
A. Este o afecțiune care cuprinde tumori cu celule germinale și non-germinale
B. Diagnosticul diferențial cuprinde varicocelul, hidrocelul și spermatocelel
C. Nu trebuie dozați markerii tumorali
D. Tratamentul este exclusiv medicamentos
E. Necesită obligatoriu dozarea PSA seric
57. Care dintre afirmațiile privind infertilitatea la bărbat sunt adevărate ?
A. Presupune evaluarea organelor genitale masculine externe
B. Necesită efectuarea spermogramei
C. Se evaluează existența altor boli în copilărie (oreion)
D. Anamneza trebuie să conțină posibila expunere la toxice
E. Prezența varicocelului nu trebuie documentată

58. Disfuncția erectilă prezintă următoarele cauze:
- A. Tulburările vasculogene
 - B. Tulburările psihice
 - C. Sindroamele endocrinologice
 - D. Cauze neurogene
 - E. Abuzul de inhibitori de PDE-5
59. În tratamentul litiazei ureterale:
- A. Pielonefrita obstructivă nu necesită montarea unui stent intern
 - B. Calculii ureterali sub 5 mm de obicei se elimină spontan
 - C. Stentul ureteral produce o dilatare activă a ureterului
 - D. Tratamentul presupune efectuarea ureteroscopiei flexible sau rigide
 - E. Se poate efectua ESWL
60. Extrofia vezicală se caracterizează prin:
- A. Dezvoltarea completă a peretelui vezical anterior
 - B. Presupune expunerea peretelui vezical posterior prin peretele abdominal
 - C. Foarte frecvent întâlnită
 - D. Implica incontinența totală
 - E. Există un risc crescut de adenocarcinom vezical

RĂSPUNSURI CAP. XVI - UROLOGIE

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 A | 40 C, D, E |
| 2 E | 41 B, D, E |
| 3 B | 42 B, C, E |
| 4 A | 43 A, C, D |
| 5 E | 44 A, D, E |
| 6 C | 45 A, D, E |
| 7 B | 46 A, E |
| 8 A | 47 A, B, C, E |
| 9 A | 48 A, B, C, E |
| 10 D | 49 A, C, E |
| 11 E | 50 A, B, E |
| 12 B | 51 A, B, C |
| 13 C | 52 A, B, C |
| 14 D | 53 A, B, C |
| 15 D | 54 A, B, C, D |
| 16 E | 55 A, B, C |
| 17 E | 56 C, D, E |
| 18 D | 57 A, B, C, D |
| 19 D | 58 A, B, C, D |
| 20 C | 59 B, D, E |
| 21 A, B, C, D | 60 B, D, E |
| 22 A, C | |
| 23 C, D | |
| 24 B, C, D, E | |
| 25 A, B, C, E | |
| 26 A, D, E | |
| 27 A, C, D, E | |
| 28 A, B, C | |
| 29 A, B, E | |
| 30 A, C, D | |
| 31 C, D, E | |
| 32 B, C, E | |
| 33 A, B | |
| 34 A, D, E | |
| 35 B, C, D, E | |
| 36 A, C, D | |
| 37 A, B, D, E | |
| 38 A, D, E | |
| 39 A, B, E | |

1. *Care din următoarele nu reprezintă un factor de risc al otitei medii cu efuziune:
 - A. Creșă
 - B. Infecție recentă de tract respirator superior
 - C. Hrănire cu biberonul
 - D. Număr crescut de frați în casă
 - E. Sexul feminin

2. *Care patologie nu se încadrează în diagnosticul diferențial etiologic al parezei faciale:
 - A. Paralizia Bell
 - B. Otită medie acută
 - C. Globus Pharyngeus
 - D. Herpes zoster otic
 - E. Boala Lyme

3. *Otoscleroza produce în stadiile incipiente:
 - A. Hipoacuzie de transmisie dobândită
 - B. Pareză facială centrală
 - C. Pareză facială periferică
 - D. Supurație auriculară
 - E. Perforație de timpan

4. *Otita medie acută netratată poate progresa către, cu excepția:
 - A. Mastoidită,
 - B. Meningită
 - C. Abces cerebral
 - D. Paralizie de trigemen
 - E. Labirintită

5. *Care din următoarele anomalii pot duce la deformări importante la nivelul urechii cu absența pavilionului auricular, a conductului auditiv extern sau a structurilor urechii medii sau interne:
 - A. Anomalii importante ale primului arc branchial
 - B. Anomalii importante ale celui de-al doilea arc branchial
 - C. Anomalii importante ale celui de-al treilea arc branchial
 - D. Anomalii importante ale celui de-al patrulea arc branchial
 - E. Anomalii importante ale celui de-al cincilea arc branchial

6. *Anomaliile de arc branhiat se pot prezenta sub forma de, cu excepția:
 - A. Trompe
 - B. Chisturi
 - C. Sinusuri
 - D. Fistule
 - E. Fragmente cartilaginoase

7. *Aproximativ 80% dintre tumorile benigne de glande salivare sunt:
 - A. Pesudomixoame
 - B. Epitelioame
 - C. Tumori mixte sau adenoame pleomorfe
 - D. Seroame
 - E. Carcinoame

8. *Care din următoarele afirmații este corectă:
 - A. Limfoamele benigne reprezintă cea mai frecventă patologie benignă cervicală în rândul copiilor și adulților tineri,
 - B. Limfoamele maligne reprezintă cea mai rară patologie malignă cervicală în rândul copiilor și adulților tineri,
 - C. Limfoamele maligne reprezintă cea mai frecventă patologie malignă cervicală în rândul adulților și vârstnicilor,
 - D. Limfoamele maligne reprezintă cea mai frecventă patologie malignă cervicală în rândul copiilor și adulților tineri,
 - E. Limfoamele maligne reprezintă cea mai frecventă patologie malignă craniană în rândul copiilor și adulților tineri.

9. *La copiii mici, cricotirotomia nu este posibilă, astfel încât calea aeriană este asigurată optim prin:
 - A. Traheotomie la nivel imediat supracricoidian,
 - B. Traheotomie la nivel imediat tiroidian,
 - C. Traheotomie la nivel imediat hioidian,
 - D. Traheotomie la nivel imediat subcricoidian,
 - E. Traheotomie la nivel imediat suprahiodian.

10. *Care afirmație este falsă?
 - A. Cartilajul aritenoid este un cartilaj pereche
 - B. Cartilajul tiroid este un cartilaj nepereche
 - C. Membrana cricotiroidiana este foarte bine reprezentată la copil
 - D. Laringele ocupa compartimentul central al gâtului

- E. Laringele are conexiuni musculare cu baza craniului
11. *Care afirmație este falsă?
- A. Procesul vocal aritenoidian se află medial
 - B. Drenajul limfatic al laringelui este dependent de localizare.
 - C. Cadrul laringian constă în nouă structuri cartilaginoase.
 - D. Cartilajele pereche aritenoidice au o formă de piramidă cu 3 fețe și se articulează inferior cu tiroidul
 - E. Epiglota este o structură situată anterior, în formă de frunză, suprapusă orificiului laringian superior.
12. *Indicați afirmația care nu reprezintă o funcție primară a laringelui:
- A. Respirația
 - B. Protecția căii aeriene
 - C. Fonația
 - D. Deglutiția
 - E. Producerea vocii primare
13. *În deglutiție, au loc urmatatoarele evenimente, cu excepția:
- A. Laringele acționează ca o valvă
 - B. Se închide calea aeriană, prevenind astfel aspirarea
 - C. Înainte ca bolul alimentar să ajungă la laringe, mușchii extrinseci ai laringelui îl ascensionează
 - D. Sinusurile piriforme raman inchise in faza involuntara a deglutiției
 - E. Epiglota acoperă laringele pentru a direcționa bolusul către lateral
14. *Următoarea afirmație despre fonatie este falsă:
- A. Ajustări fine ale tensiunii corzii vocale și a presiunii intratoracice a aerului vor defini frecvența acestei mișcări și volumul sunetului generat
 - B. Sunetele complexe ale limbajului necesită rezonanță faringiană, orală și a cavităților nazale.
 - C. Vocea este produsă de trecerea aerului prin glota în abducție
 - D. Articularea limbajului are loc atunci când vocea este modificată continuu de musculatura care intră în alcătuirea cavitatii faringiene, orale si nazale
 - E. Disfonia este consecința alterării mecanismelor normale de producere a vocii
15. *Alegeți afirmația adevărată:
- A. Una din funcțiile principale ale nasului este aceea de răcire a aerului inspirat
 - B. Cartilajele alare sunt cartilaje nepereche

- C. Tavanul nasului este format de peretele inferior al sinusului maxilar
- D. Vascularizația nasului își are origine doar în sistemul carotidian extern
- E. Cavitățile nazale se întind de la narine care sunt situate anterior până la choane care sunt situate posterior
16. *Complexul osteo-meatal conține:
- A. Sinusul etmoid anterior și meatul superior
- B. Sinusul etmoid anterior și meatul inferior
- C. Sinusul etmoid posterior și meatul superior
- D. Sinusul etmoid anterior și meatul mijlociu
- E. Sinusul etmoid posterior și meatul mijlociu
17. *Alegeți afirmația corectă despre plexul Kisselbach:
- A. Este localizat la nivelul septului nazal posterior
- B. Primește ramuri doar de la nivelul sistemului carotidian extern
- C. Este o regiune intens vascularizată
- D. Are funcția cea mai importantă, olfactivă
- E. Regiune slab vascularizată
18. *Atrezia coanală este:
- A. Întotdeauna unilaterală
- B. Deschiderea incompletă al peretelui posterior al cavitatii nazale, coana.
- C. Întotdeauna bilaterală
- D. Nu necesită tratament chirurgical
- E. Deschiderea completă al peretelui posterior al cavității nazale, coana
19. *Alegeți afirmația falsă despre sinuzita maxilară:
- A. Complexul osteo-meatal este cea mai rară localizare a bolii inflamatorii sinusale
- B. Este una dintr- cele mai des întâlnite problemă de sănătate
- C. Se asociază frecvent cu obstrucția nazală
- D. Poate apărea senzația de presiune facială
- E. Durerea este frecvent asociată
20. *Următorul răspuns este fals - Cavitatea orală:
- A. Se termină la istmul bucofaringian, arcadă compusă din regiunea posterioară a palatului moale și pliurile palato-glose.
- B. Vestibulul bucal este un spațiu mărginit anterior de buze și posterior de gingie, fața internă a obrazilor și dinți.

- C. Cavitatea orală este delimitată anterior și lateral de arcadele alveolare, superior de palatul dur și moale și inferior de limbă.
- D. Limba este organul principal al cavității bucale și joacă un rol esențial în masticatie, deglutiție, vorbirea articulată și calitatea vocii
- E. Senzația gustativă din două treimi anterioare ale limbii este transmisă de nervul lingual către nervul coarda timpanului, ramură a nervului facial
21. *Următorul răspuns nu este corect:
- A. Nazo-faringele este situat superior de nivelul palatului moale și comunică cu cavitatea nazală prin intermediul coanelor.
- B. Trompele lui Eustachio reprezintă deschideri în pereții laterali ai nazo-faringelui.
- C. Pe peretele inferior al nazo-faringelui este situat țesut adenoidian.
- D. Orofaringele se întinde de la nivelul osului hioid până la palatul moale
- E. Hipofaringele se întinde de la nivelul osului hioid către marginea inferioară a cartilajului cricoid, unde se îngustează și se continuă cu esofagul
22. *Următorul răspuns este incorect:
- A. Faringele este situat posterior de cavitatea nazală, cavitatea bucală și laringe
- B. Cei trei mușchi importanți ai faringelui sunt mușchii constrictori superior, mijlociu și inferior care joacă un rol important în deglutiție.
- C. Hipofaringele se întinde de la nivelul osului hioid către marginea inferioară a cartilajului cricoid, unde se îngustează și se continuă cu esofagul.
- D. Hipofaringele comunică anterior cu laringele. imediat lateral de laringe, sunt prezente recesuri de mucoasă, denumite „sinusuri piriforme” care se deschid în lumenul esofagian la nivelul sfincterului esofagian superior, sau mușchiul cricofaringian.
- E. Nazo-faringele este situat superior de nivelul palatului moale și comunică cu cavitatea nazală prin intermediul trompelor lui Eustachio
23. *Următorul răspuns este incorect:
- A. Deglutiția este împărțită în 4 faze
- B. Prima este etapa de preparare, în care bolul alimentar este mărunțit, macerat și amestecat cu salivă
- C. În a doua etapă, controlul voluntar al limbii împinge bolul spre posterior, către palatul moale și, mai departe, către orofaringe
- D. Când bolul traversează istmul orofaringian, începe faza a treia, care este controlată voluntar

- E. Laringele ascensionează deschizând sinusurile piriforme și sfincterul esofagian superior. Epiglota se poziționează deasupra laringelui acționând ca un jgheab pentru a direcționa mâncarea în sinusurile piriforme
24. *Următorul răspuns e incorect:
- A. Țesutul adenoidian poate fi, de asemenea, infectat, producând rinoree purulentă recurentă și obstrucție nazală.
 - B. Dacă obstrucția nu răspunde la tratament antibiotic sau este recidivantă este indicată adenoidectomia.
 - C. Pacienții tineri cu amigdalită recurentă au, de asemenea, infecție la nivelul țesutului adenoidian. Din acest motiv, copiii sunt supuși adesea amigdalectomiei și adenoidectomiei.
 - D. Întrucât țesutul adenoid poate contribui la dezvoltarea unor otite medii recidivante, adenoidectomia poate reduce, în anumite cazuri, otitele recurente.
 - E. Prezenta abcesului peritonsilar nu este o indicație pentru amigdalectomie
25. *Accelerația rotațională a capului este interpretată la nivelul:
- A. Cohleei
 - B. Utriculei
 - C. Canalelor semicirculare
 - D. Sacula
 - E. Organul lui Corti
26. Urechea medie este o cavitate aeriană constituită din:
- A. Trompa Eustachio
 - B. Membrana timpanică (timpanul)
 - C. Lanțul osicular (ciocanul, nicovala, scărița)
 - D. Mușchii scăriței și ai ciocanului
 - E. Canalele semicirculare
27. Urechea internă este alcătuită din:
- A. Cohlee,
 - B. Conductul auditiv extern,
 - C. Canalele semicirculare,
 - D. Timpanul,
 - E. Conductul auditiv intern.
28. În funcție de localizarea leziunii la nivelul nervului facial pot fi prezente următoarele manifestări clinice, precum:

- A. Intensificarea secreției lacrimale,
 - B. Contracția mușchiului nicovalei,
 - C. Pierdere secreției nazale și/sau submandibulare,
 - D. Pierdere gustului la nivelul regiunii anterioare a limbii,
 - E. Pierdere senzorială la nivelul planșeului bucal.
29. Examinarea membranei timpanice va evalua:
- A. Grosimea acesteia
 - B. Prezența opacităților
 - C. Prezența inflamației
 - D. Prezența depozitelor anormale
 - E. Prezența ferestrei rotunde
30. La otoscopie trebuie evaluat dacă:
- A. Există dovezi ale prezenței lichidului la nivelul urechii medii
 - B. Există o pierdere a transparenței membrane timpanice
 - C. Există o pierdere a triunghiului luminos
 - D. Există celulele mastoidiene
 - E. Există un nivel hidroaeric sau bule de aer la nivelul urechii medii
31. Hipoacuzia de transmisie (de conducere) poate să apară ca urmare a unor patologii la nivelul:
- A. Conductului auditiv extern
 - B. Urechii interne
 - C. Membranei timpanice
 - D. Urechii medii
 - E. Lanțului osicular
32. Care din următoarele patologii reprezintă hipoacuzii de transmisie:
- A. Dop de ceară
 - B. Otoscleroză
 - C. Perforație timpanică
 - D. Inflamație produsă de o otită externă severă
 - E. Labirintită virală
33. Care din următoarele patologii pot determina apariția unei hipoacuzii neurosenzoriale:
- A. Neurinom de acustic și alte neoplasme ale urechii interne sau ale bazei cutiei craniene
 - B. Perforația timpanică
 - C. Traumatism osicular

- D. Dopul de cerumen
E. Labirintită virală
34. Otita medie: indicații ale miringotomiei de urgență sunt:
A. Otită medie cu otalgie severă neresponsivă
B. Otită medie cu febră severă neresponsivă sau febră în „dinți de fierăstrău”
C. Otita medie complicata cu Pareză facială
D. Meningită Otogena
E. Otoscleroză
35. Mușchiul sternocleidomastoidian împarte regiunea cervicală în două triunghiuri:
A. Antetior
B. Posterior
C. Extern
D. Intern
E. Mijlociu
36. Structurile identificabile în mod normal prin inspecție sau palpate la nivelul triunghiului cervical antetior sunt:
A. Mușchiul sternocleidomastoidian
B. Osul hioid,
C. Laringele,
D. Traheea,
E. Claviculă.
37. Structurile identificabile în mod normal prin inspecție sau palpate la nivelul triunghiului cervical antetior sunt:
A. Glanda tiroidă
B. Glanda hipofiză
C. Glanda parotidă
D. Glanda submandibulară
E. Glanda pineală
38. Afecțiunile inflamatorii ale glandelor salivare includ:
A. Adenita urliană
B. Sialadenita acută supurativă
C. Abcesul parotidian
D. Mononucleoza infecțioasă
E. Sindromul Sjogren

39. Indicații ale traheotomiei sunt:
- A. Ocolirea obstrucției căii aeriene inferioare
 - B. Ocolirea obstrucției căii aeriene superioare
 - C. Dependență ventilatorie prelungită anticipată
 - D. Permite accesul direct pentru irigarea și aspirarea căii respiratorii (toaletă pulmonară)
 - E. Reduce apariția spațiului mort la pacienții cu efort ventilator precar sau cu deprimare a sistemului nervos central
40. Diagnosticul diferențial al chistului de canal tireoglos se poate face cu:
- A. Chist dermoid
 - B. Ganglioni limfatici patologici
 - C. Chiste branhiogenice
 - D. Țesut parotidian
 - E. Țesut tiroidian ectopic
41. Următoarele sunt indicații ale traheostomiei
- A. Ocolirea obstrucției căii aeriene superioare
 - B. Dependență ventilatorie prelungită anticipată (de obicei >2 zile)
 - C. Permite accesul direct pentru irigarea și aspirarea căii respiratorii (toaletă pulmonară)
 - D. Previne aspirarea cronică
 - E. Reduce apariția spațiului mort la pacienții cu efort ventilator precar sau cu deprimare a sistemului nervos central
42. Următoarele sunt cauze frecvente de stridor laringian la adult
- A. Laringomalacie
 - B. Neoplasm
 - C. Diafragme congenitale ale corzilor vocale
 - D. Hemangiom subglotic
 - E. Paralizie a corzilor vocale
43. Următoarele sunt cauze frecvente de stridor laringian la copil:
- A. Diafragme congenitale ale corzilor vocale
 - B. Laringomalacie
 - C. Hemangiom subglotic
 - D. Stenoza subglotica
 - E. Neoplasme
44. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Procesul vocal aritenoidian se află medial
 - B. Drenajul limfatic al laringelui este dependent de localizare.
 - C. Cadrul laringian constă în nouă structuri cartilaginee.
 - D. Cartilajele pereche aritenoide au o formă de piramidă cu 3 fețe și se articulează inferior cu tiroidul
 - E. Epiglota este o structură situată anterior, în fața de frunză, suprapusă orificiului laringian superior
45. Următoarele afirmații sunt adevărate
- A. Cartilajul aritenoid este un cartilaj pereche
 - B. Cartilajul tiroid este un cartilaj nepereche
 - C. Membrana cricotiroidiana este foarte bine reprezentată la copil
 - D. Laringele ocupă compartimentul central al gâtului
 - E. Laringele are conexiuni musculare cu baza craniului
46. Funcțiile primare ale laringelui:
- A. Respirația
 - B. Protecția căii aeriene
 - C. Fonația
 - D. Deglutiția
 - E. Pasaj accesoriu pentru lichide și solide
47. În deglutiție, au loc următoarele evenimente:
- A. Epiglota acoperă laringele pentru a direcționa bolusul către lateral
 - B. Se închide calea aeriană, prevenind astfel aspirarea
 - C. Înainte ca bolul alimentar să ajungă la laringe, mușchii intrinseci ai laringelui îl coboară
 - D. Laringele acționează ca o valvă
 - E. Sinusurile piriforme rămân închise în faza involuntară a deglutiției
48. Care din următoarele afirmații despre crup sunt adevărate?
- A. Laringo-traheo-bronșita acută afectează de regulă copiii cu vârsta sub 2 ani
 - B. Copilul prezintă simptomatologie de infecție acută de căi respiratorii superioare pe durată de câteva zile
 - C. În formele ușoare, antibioterapia este suficientă
 - D. Afectează regiunea subglotică, dar se poate extinde pe toată lungimea traheei
 - E. În formele severe de boală, copilul va necesita spitalizare continuă, cu terapie frecventă cu aerosoli de epinefrină, precum și administrare intravenoasă sau prin aerosoli de preparate cortizonice pentru a reduce inflamația

49. Indicați afirmațiile adevărate referitoare la paralizia corzilor vocale:
- A. Paralizia de coardă vocală simplă, unilaterală, produce, de obicei, o voce de intensitate redusă, o voce „șoptită” și uneori aspirație traheală
 - B. Nervul laringeu recurent poate fi adesea traumatizat sau lezat iatrogen în timpul procedurilor de la nivelul arterelor carotide, al glandei tiroide sau în timpul intervențiilor chirurgicale toracice
 - C. Adesea, investigațiile efectuate pentru stabilirea cauzei paraliziei unilaterale de coardă vocală decelează modificarea obiectivă la nivel cervical
 - D. Paralizia unilaterală de coardă vocală congenitală poate fi rezultatul unui traumatism în timpul nașterii sau al sarcinii, provocat prin alungirea nefiziologică a nervului laringeu recurent
 - E. Paralizia idiopatică de coardă vocală este probabil de cauză virală și se manifestă similar cu alte neuropatii ale nervilor cranieni, în sensul că acestea se pot remite spontan, fără tratament.
50. Nasul este un organ:
- A. Olfactiv
 - B. Respirator
 - C. Locomotor
 - D. Digestiv
 - E. Endocrin
51. Despre epistaxis știm că:
- A. Cel mai frecvent are localizare anterioară
 - B. Cel mai frecvent are localizare posterioară
 - C. Epistaxisul posterior este frecvent asociat cu patologii cardiovasculare
 - D. Cea mai frecventă cauză este repausul
 - E. Întotdeauna necesită tratament chirurgical
52. Selectați afirmațiile corecte cu privire la angiofibromul nazofaringian juvenil:
- A. Este o tumoră benignă intens vascularizată
 - B. Nu este însoțită de epistaxis
 - C. Este o tumoră malignă intens vascularizată
 - D. Este caracteristică adolescentului de sex masculin
 - E. Este caracteristică adolescentelor de sex feminin
53. Rinita acută virală are următoarele caracteristici:
- A. Este cea mai întâlnită patologie infecțioasă umană

- B. Întotdeauna este asimptomatică
 - C. Are o prevalență scăzută în rândul copiilor mai mici de 5 ani
 - D. Este frecventă în sezonul cald
 - E. Simptomele frecvente sunt: obstrucție nazală, rinoree, stranut
54. Alegeți afirmațiile adevărate despre rinita bacteriană:
- A. Frecvent întâlnită în rândul copiilor
 - B. Printre agenții etiologici frecvenți sunt: *S pneumoniae* și *H influenzae*
 - C. Printre agenții etiologici frecvenți este și *Staphylococcus aureus*
 - D. Antibioterapia nu poate scurta cursul bolii
 - E. Este o boală genetică
55. Rinita alergică:
- A. Este cea mai frecventă patologie alergică
 - B. Afectează aproximativ 20% din populație
 - C. Afectează aproximativ 50% din populație
 - D. Este mediată de IgG
 - E. Este mediata de IgE
56. Alegeți afirmațiile false despre rinita alergică:
- A. Cel mai frecvent rinita alergică nu este asociată cu patologia reactivă a tractului respirator inferior
 - B. Afectează în special copiii și adulții tineri
 - C. Rar este întâlnit istoricul familial pozitiv
 - D. Nivelele serice IgE sunt crescute
 - E. Nivelele serice IgE sunt scăzute
57. Managementul rinitei alergice :
- A. Identificarea alergenului cauzator
 - B. Intrarea în contact frecvent cu alergenul cauzator
 - C. Utilizarea antibioterapiei ca și tratament
 - D. Evitarea alergenului cauzator
 - E. Administrarea de antihistaminice
58. Rinoreea poate fi:
- A. Unilaterală
 - B. Bilaterală
 - C. Anterioară
 - D. Posterioară

- E. Este doar hemoragică
59. Alegeți afirmația corectă despre rinita hormonală:
- A. Este numită și rinita de sarcină
 - B. Apare adesea în asociere cu creșterea nivelului estrogenului endogen în timpul sarcinii
 - C. Estrogenii produc congestia vasculară a nasului
 - D. Este de cauza bacteriană
 - E. Poate fi întâlnită și în hipotiroidism ca rezultat al mixedemului
60. Alegeți afirmațiile corecte despre polipoza nazală:
- A. Frecvent este întâlnită obstrucția nazală, rinoreea și congestia nazală
 - B. Cel mai frecvent este asociată cu rinita acută virală
 - C. Poate fi rezultatul disfuncției muco-ciliare
 - D. Prezența de mase tumorale de aspect polipoid la nivelul foselor nazale
 - E. Cea mai frecventă localizare este la nivelul complexului osteo-meatal
61. Rinita medicamentoasă:
- A. Tratamentul necesită utilizarea tot mai frecventă a decongestionantului
 - B. Este de cauză bacteriană
 - C. Este de cauză virală
 - D. Cel mai frecvent indusă de folosirea abuzivă a spray-urilor nazale decongestionante
 - E. Tratamentul necesită sevrajul gradual al medicamentului
62. Funcțiile nasului sunt:
- A. Lacrimare
 - B. Pregătirea bolului alimentar
 - C. Filtrarea aerului inspirat
 - D. Umidifierea aerului inspirat
 - E. Încalzirea aerului inspirat
63. Sinuzita acută:
- A. Este asociată frecvent cu disfonie
 - B. Este asociată frecvent cu cefalee și durere facială
 - C. Este asociată frecvent cu rinoragie
 - D. Este asociată frecvent cu laringită cronică
 - E. Este asociată frecvent cu rinoree purulentă
64. Alegeți afirmația corectă despre fractura de piramidă nazală:

- A. Este cea mai rară fractură
 - B. Este cea mai frecventă fractură
 - C. La examinarea nasului pot să apară: edem, echimoze
 - D. La examinarea nasului pot să apară: epistaxis, crepitații sau chiar deformare osoasă
 - E. Fractura nazală fără deplasare nu necesită repoziție
65. Cele mai frecvente simptome ale sinuzitei cronice sunt:
- A. Obstrucția nazală
 - B. Presiune facială
 - C. Durere
 - D. Hiposmie
 - E. Disfagia
66. Rinosinuzitele micotice pot fi cauzate de organisme precum:
- A. Aspergillus
 - B. S. pneumoniae
 - C. Phicomycetes
 - D. H.influenzae
 - E. M.Catarrhalis
67. Următoarele tumori rinosinusale sunt benigne:
- A. Papilomul scuamos
 - B. Osteomele
 - C. Neuroblastomul olfactiv
 - D. Angiofibromul juvenil nazofaringian
 - E. Rbdomiosarcomul
68. Următoarele răspunsuri nu sunt adevărate:
- A. Cavitatea bucală se termină la istmul bucofaringian, arcadă compusă din regiunea posterioară a palatului moale și pliurile palato-glose
 - B. Vestibulul bucal este un spațiu mărginit anterior de buze și posterior de gingie, față internă a obrajilor și dinți
 - C. Cavitatea orală este delimitată anterior și lateral de arcadele alveolare, superior de palatul dur și moale și inferior de limbă
 - D. Limba este organul principal al cavității bucale și joacă un rol esențial în masticatie, deglutiție, vorbirea articulată și calitatea vocii
 - E. Senzația gustativă din două treimi anterioare ale limbii este transmisă de nervul lingual către nervul coarda timpanului, ramură a nervului hipoglos.

69. Următoarele răspunsuri sunt corecte:

- A. Cavitatea orală se termină la istmul bucofaringian, arcadă compusă din regiunea posterioară a palatului moale și pliurile palato-glos.
- B. Faringele este situat posterior de cavitatea nazală, cavitatea bucală și laringe. Cei trei mușchi importanți ai faringelui sunt mușchii constrictori superior, mijlociu și inferior care joacă un rol important în fonație
- C. Nazo-faringele este situat superior de nivelul palatului moale și comunică cu cavitatea nazală prin intermediul coanelor
- D. Trompele lui Eustachio reprezintă deschideri în pereții superiori ai nazo-faringelui.
- E. Pe peretele anterior al nazo-faringelui este situat țesut adenoidian

70. Următoarele răspunsuri sunt false:

- A. Cavitatea orală se termină la istmul bucofaringian, arcadă compusă din regiunea posterioară a palatului moale și pliurile palato-glos
- B. Faringele este situat posterior de cavitatea nazală, cavitatea bucală și laringe. Cei trei mușchi importanți ai faringelui sunt mușchii constrictori superior, mijlociu și inferior care joacă un rol important în fonație
- C. Nazo-faringele este situat superior de nivelul palatului moale și comunică cu cavitatea nazală prin intermediul septului
- D. Trompele lui Eustachio reprezintă deschideri în pereții laterali ai nazo-faringelui.
- E. Pe peretele anterior al nazo-faringelui este situat țesut adenoidian

71. Următoarele răspunsuri sunt incorecte:

- A. Nazo-faringele este situat superior de nivelul palatului moale și comunică cu cavitatea nazală prin intermediul trompelor lui Eustachio
- B. Trompele lui Eustachio reprezintă deschideri în pereții laterali ai nazo-faringelui
- C. Pe peretele inferior al nazo-faringelui este situat țesut adenoidian
- D. Orofaringele se întinde de la nivelul osului hioid până la palatul moale
- E. Hipofaringele se întinde de la nivelul osului hioid către marginea inferioară a cartilajului cricoid, unde se îngustează și se continuă cu traheea

72. Următoarele răspunsuri sunt incorecte în privința tumorilor cavității orale și ale faringelui:

- A. Dintre tumorile maligne ale acestei regiuni, 90% sunt carcinoame cu celule scuamoase
- B. Carcinomul cu celule scuamoase al buzei este asociat cu expunerea la soare și consumul de tutun
- C. Carcinomele cavității orale apar, de obicei, pe palatal dur și pe porțiunea mobilă a limbii

- D. Acestea se pot prezenta ca tumori vegetante sau ca ulcere infiltrative
- E. Neoplasmale lojei amigdalene, ale trigonului retromolar sau de bază de limbă pot produce disfonie, hemoptizie, disfagie, dislalie, trismus
73. Următoarele răspunsuri sunt incorecte în privința tumorilor cavității orale și ale faringelui:
- A. Cancerele de buză au prognostic mai rău față de tumorile cavității orale
- B. Neoplasmale lojei amigdalene, ale trigonului retromolar sau de bază de limbă pot produce disfonie, hemoptizie, disfagie, odinofagie, trismus
- C. Acestea se pot prezenta ca tumori vegetante sau ca ulcere infiltrative
- D. Pacienții cu cancer nazo-faringian pot fi diagnosticați inițial cu otomastoidita cauzată prin obstrucția mecanică a tubei lui Eustachio
- E. Tumorile maligne ale cavității orale și faringelui sunt tratate prin chirurgie, radioterapie sau o combinație a acestora, inclusiv chimioterapie adjuvantă
74. Următoarele răspunsuri sunt incorecte în privința tumorilor cavității orale și ale faringelui:
- A. Neoplasmale lojei amigdalene, ale trigonului retromolar sau de bază de limbă pot produce hemoptizie, disfagie, dislalie, trismus (incapacitatea de a deschide gura din cauza implicării musculaturii pterigoidiene), odinofagie sau otalgie.
- B. Pacienții cu cancer nazo-faringian pot fi diagnosticați inițial cu otită medie supurată cauzată prin obstrucția mecanică a tubei lui Eustachio
- C. Orice adult cu otită medie seroasă unilaterală ar trebui să fie evaluat pentru o tumoră nazo-faringiană
- D. Cancerele de buză au prognostic mai rău față de tumorile cavității orale
- E. Leziunile mici, superficiale, fără metastazare ganglionară, pot fi tratate fie prin chirurgie, fie doar prin radioterapie

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 E | 40 A, B, C, E |
| 2 C | 41 A, C, D, E |
| 3 A | 42 B, E |
| 4 D | 43 A, B, C |
| 5 A | 44 A, B, C, E |
| 6 A | 45 A, B, D, E |
| 7 C | 46 A, B, C |
| 8 D | 47 A, B, D |
| 9 D | 48 A, B, D, E |
| 10 C | 49 A, B, D, E |
| 11 D | 50 A, B |
| 12 D | 51 A, C |
| 13 D | 52 A, D |
| 14 C | 53 A, E |
| 15 E | 54 A, B, C |
| 16 D | 55 A, B, E |
| 17 C | 56 A, C, E |
| 18 B | 57 A, D, E |
| 19 A | 58 A, B, C, D |
| 20 D | 59 A, B, C, E |
| 21 C | 60 A, C, D, E |
| 22 E | 61 D, E |
| 23 D | 62 C, D, E |
| 24 E | 63 B, E |
| 25 C | 64 B, C, D, E |
| 26 A, B, C, D | 65 A, B, C, D |
| 27 A, C, E | 66 A, C |
| 28 C, D, E | 67 A, B, D |
| 29 A, B, C, D | 68 D, E |
| 30 A, B, C, E | 69 A, C |
| 31 A, C, D, E | 70 B, C, E |
| 32 A, B, C, D | 71 A, C, E |
| 33 A, E | 72 C, E |
| 34 A, B, C, D | 73 A, B, D |
| 35 A, B | 74 B, D |
| 36 A, B, C, D | |
| 37 A, C, D | |
| 38 A, B, C, E | |
| 39 B, C, D, E | |

CAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

1. *Dezvoltarea ginecologică în funcție de vârstă – perioada fetală până la 4 ani:
 - A. Cicluri menstruale
 - B. Caracteristici sexuale mature
 - C. Toate ovocitele sunt formate și parțial maturate la 20 SA
 - D. Pubertate
 - E. Niveluri crescute de FSH și LH cu debutul insuficienței ovariene
2. *Următoarele afirmații despre contracepție sunt corecte, cu excepția:
 - A. Metodele contraceptive au ca scop prevenirea obținerii sarcinii
 - B. Fiecare metodă contraceptivă are anumite efecte adverse
 - C. Pentru alegerea metodei contraceptive trebuie luat în considerare gradul de complianță al pacientei
 - D. Contraceptivele orale combinate sunt recomandate în special la marile fumatoare, paciențele cu istoric de TVP, malignități dependente de estrogeni, afecțiuni hepatice sau hipertrigliceridemie
 - E. Pentru alegerea metodei contraceptive anumite metode pot fi contraindicate datorită prezenței comorbidităților
3. *Sindromul premenstrual:
 - A. Sindroame apărute la paciente aflate în climax ce preced menstruația (în faza luteală) și se caracterizează prin diferite tipuri de durere, labilitate emoțională, modificări ale dispoziției, simptome ce aparțin sistemului nervos autonom)
 - B. Sindroame apărute la paciente cu funcție ovariană normală ce apar după sângerarea menstruală (în faza postmenstruală) și se caracterizează prin diferite tipuri de durere, labilitate emoțională, modificări ale dispoziției, simptome ce aparțin sistemului nervos autonom)
 - C. Sindroame apărute la paciente cu funcție ovariană normală ce preced menstruația (în faza luteală) și se caracterizează prin diferite tipuri de durere, labilitate emoțională, modificări ale dispoziției, simptome ce aparțin sistemului nervos autonom)
 - D. Sindroame apărute la paciente cu funcție ovariană normală ce preced menstruația (în faza luteală) și se caracterizează prin sângerare uterină anormală
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
4. *Reprezintă factori de risc pentru vaginită, cu excepția:
 - A. Diabetul zaharat (DZ)

- B. Contacte sexuale neprotejate
 - C. Dușurile intravaginale
 - D. Parteneri multipli
 - E. Sindromul ovarian polichistic
5. *Nu reprezintă un factor de risc pentru cancerul endometrial:
- A. Expunerea la estrogeni exogeni
 - B. Anovulație cronică (SOPC)
 - C. Antecedentele familiale de fibrom
 - D. Obezitatea
 - E. Nuliparitatea
6. Următoarele afirmații sunt corecte despre fibromul uterin :
- A. Tumori uterine maligne dezvoltate din mușchiul neted miometrial
 - B. În general regresează la menopauză
 - C. Posibil asimptomatic
 - D. Posibil menoragie, presiune pelvină sau durere, constipație, polakiurie sau infertilitate
 - E. Ecografie transvaginală sau histeroscopia permit localizarea sau vizualizarea tumorii
7. Tratatamentul fibromului uterin :
- A. Fibroamele asimptomatice se urmăresc prin ecografie transvaginală pentru a detecta o creștere anormală
 - B. Fibroamele asimptomatice se urmăresc prin CT/RMN pentru a detecta o creștere anormală
 - C. Miomectomia este indicată pentru rezecția fibroamelor simptomatice la femei care doresc menținerea fertilității
 - D. Histerectomia este indicată pentru rezecția fibroamelor simptomatice la femei care doresc menținerea fertilității
 - E. Embolizarea arterei uterine are o probabilitate mare de a deteriora fertilitatea
8. Reprezintă factori de risc pentru cancerul de col uterin:
- A. Fumatul
 - B. Primul contact sexual timpuriu
 - C. Parteneri sexuali multipli
 - D. HPV tipurile 16, 18, 31 sau 33
 - E. DZ
9. Următoarele afirmații despre tumorile ovariene benigne sunt corecte :
- A. Ecografia este utilizată pentru a evalua tipul tumorii (chistică sau solidă)

- B. Ecografia este utilizată pentru a evalua aspectul tumorii (neregulată, multiple septa groase, margini netede)
- C. Dureri în etajul abdominal inferior
- D. Masa ovariană palpabilă la examenul bimanual
- E. Sângerare vaginală postcoitală sau spontană
10. Cele mai frecvente tipuri de tumori ovariene benigne :
- A. Chistul folicular
- B. Chistul luteal
- C. Endometriom
- D. Teratom chistic benign (chist dermoid)
- E. Fibrom ovarian
11. Reprezintă afirmații false despre cancerul ovarian :
- A. Cel mai frecvent de origine epitelială (65% din cazuri)
- B. Majoritatea cazurilor sunt diagnosticate în stadii incipiente
- C. Majoritatea cazurilor sunt diagnosticate numai după creșterea considerabilă în dimensiuni
- D. Mutațiile genelor BRCA1 sau BRCA2 reprezintă un factor de risc
- E. Prognosticul este favorabil, majoritatea fiind diagnosticate în stadii incipiente
12. Lichenul scleros :
- A. Afecțiune inflamatorie cronică a regiunii ano-genitale
- B. Afecțiune inflamatorie acută a regiunii ano-genitale
- C. Leziune precursoră pentru carcinomul vulvar cu celule scuamoase
- D. Leziune precursoră pentru cancerul de col uterin
- E. Prurit intens, dispareunie
13. Următoarele afirmații sunt corecte despre abcesul mamar :
- A. Infecție locală a țesutului mamar cauzată de *S.aureus* sau streptococ sau bacterii anaerobe
- B. Majoritatea sunt legate de menopauză
- C. Majoritatea sunt legate de alăptare
- D. Tratament : antibiotice, incizia și drenajul maselor fluctuante
- E. Complicații: fistulizarea cu abcese recurente
14. Cancerul mamar:
- A. Are ca punct de plecare țesutul ductal în 80% din cazuri
- B. Are ca punct de plecare țesutul lobular în 80% din cazuri
- C. Are ca punct de plecare țesutul ductal în 20% din cazuri
- D. Are ca punct de plecare țesutul lobular în 20% din cazuri

E. Are ca punct de plecare endometrul în 20% din cazuri

15. Tratamentul carcinomului mamar *in situ*:

- A. Carcinom ductal *in situ*(CDIS): tumorectomie + iradiere intră în discuție mastectomia la paciențele cu risc crescut
- B. Carcinom lobular *in situ*(CLIS): observație atentă + modulatori selectivi ai receptorilor de estrogen, tamoxifen și raloxifen mastectomie bilaterală profilactică pentru paciențele care nu doresc supraveghere pe termen lung
- C. Cancer mamar cu receptori hormonal pozitivi: tamoxifen
- D. Cele mai bune rate de supraviețuire după utilizarea combinată a mastectomiei, radioterapiei și chimioterapiei
- E. Tratamentul metastazelor cu terapie sistemică rezecție chirurgicală sau radioterapie pentru leziunile solitare

16. Tratamentul cancerului mamar avansat:

- A. Chimioterapie și hormonoterapie în leziunile local avansate cu extensie în afara sânului
- B. Observație atentă
- C. Tratamentul metastazelor cu terapie sistemică rezecție chirurgicală sau radioterapie pentru leziuni solitare
- D. Rezecție chirurgicală și/sau radioterapie, după ce terapia sistemică a determinat micșorarea dimensiunii tumorale
- E. Nici un raspuns nu este corect

17. Boala inflamatorie pelvină:

- A. Infecție progresivă cu *N.gonorrhoea* sau *Chlamydia* care duce la implicarea ovarelor, uterului, trompelor uterine sau a cavității peritoneale
- B. Sensibilitate la mobilizarea colului uterin
- C. Leucocite crescute, VSH scăzut
- D. Tratament: antibioterapie empirică până la identificarea agentului patogen specific
- E. Complicații: infertilitate, abces tubo-ovarian

18. *Care sunt efectele insuficienței de Folat în timpul sarcinii:

- A. Deshidratare relativă
- B. Anemie maternă
- C. Naștere prematură
- D. Defecte de tub neural
- E. Hipertensiune

19. *Următoarele afirmații despre vizitele prenatale sunt corecte, cu excepția:

- A. O bună îngrijire prenatală este vitală pentru dezvoltarea fetală armonioasă
 - B. Analizele de laborator și US sunt efectuate în anumite momente cheie din timpul gestației pentru a detecta infecția sau anomaliile fetale
 - C. Manevrela Leopold (examinarea abdominală externă) pot fi efectuate în primul trimestru prezentația fetală
 - D. Testele de specialitate sunt efectuate la femei cu risc crescut pentru anomalii congenitale
 - E. Vizita inițială include istoricul detaliat, examinarea clinică și evaluarea riscurilor
20. *Reprezintă factori de risc pentru avort spontan, cu excepția :
- A. Vârsta maternă înaintată
 - B. Consumul de antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
 - C. Anomalii uterine
 - D. Avorturi spontane anterioare
 - E. Tratamentul cu acid folic pentru profilaxia defectelor neurale
21. *Următoarele afirmații sunt corecte despre travaliul prematur :
- A. Apariția travaliului >37 săptămâni de gestație
 - B. Contractii uterine regulate care determină modificări la nivelul colului
 - C. Contractii uterine neregulate care nu determină modificări la nivelul colului
 - D. Riscul de complicații neonatale crește cu creșterea vârstei gestaționale
 - E. Antecedentele de travaliu prematur la sarcinile anterioare nu reprezintă un factor de risc
22. *Care dintre următoarele afirmații despre sarcina multiplă este falsă:
- A. Orice sarcină în care se dezvoltă în același timp mai mult de un făt
 - B. Dizigotă: fertilizarea a mai mult de un ovul de către spermatozoizi diferiți, determinând apariția fetoșilor diferiți (fraternali) cu cavități amniotice separate
 - C. Dizigotică: diviziunea zigotului determină apariția fetoșilor identici aceștia pot sau nu să împartă aceeași cavitate amniotică sau corion
 - D. În cazul sarcinilor multiple, înălțimea fundului uterin este crescută în raport cu vârsta gestațională se detectează mai mult decât un focar cardiac
 - E. Incidența este mai mare în cazul pacientelor care au urmat tratamente pentru infertilitate
23. Reprezintă modificări normale ale sistemului cardiovascular în sarcină:
- A. Debitul cardiac crește cu 40% prin creșterea asociată VB (10-30%) și a AV (12-18 bpm)
 - B. Crește cererea de Oxigen (O₂) miocardic
 - C. Scad ușor tensiunea arterială sistolică și cea diastolică
 - D. Uterul determină ascensionarea ușoară a cordului

- E. Volumul respirator curent crește cu 40%, odată cu creșterea frecvenței respiratorii pe minut ca urmare a acțiunii progesteronului
24. Următoarele afirmații despre evaluarea vârstei gestaționale sunt false:
- A. Primul trimestru: ultrasonografia permite determinarea lungimii cranio-caudale
 - B. Primul trimestru: circumferința abdominală, diametrul biparietal, lungimea femurului și circumferința craniană sunt utilizate împreună pentru a determina vârsta gestațională
 - C. În săptămânile 7-14, acuratețea estimării vârstei gestaționale este $\pm 3-5$ zile
 - D. Primul trimestru: înălțimea fundului uterin este utilizată pentru estimarea vârstei gestaționale
 - E. Măsurarea vârstei gestaționale în al doilea trimestru are ca precizie: $\pm 1-2$ zile
25. Următoarele afirmații sunt corecte despre nivelul alfa-proteinei serice materne:
- A. Acest test de screening este valabil indiferent de vârsta gestațională
 - B. Acest test de screening este valabil numai dacă este efectuat în timpul ferestrei gestaționale corecte (16-18 săptămâni de gestație)
 - C. Nivelurile ridicate sunt asociate cu un risc crescut pentru defecte ale tubului neural, defecte ale peretelui abdominal și gestații multiple
 - D. nivelurile scăzute sunt asociate cu un risc crescut pentru defecte ale tubului neural, defecte ale peretelui abdominal și gestații multiple
 - E. Nivelurile scăzute sunt asociate cu un risc crescut pentru trisomiile 21 și 18
26. Inducerea travaliului:
- A. Intervenția pentru inițierea contracțiilor uterine sau pentru a accelera progresia travaliului
 - B. Indicații materne: preeclampsia, DZ, travaliu stagnant, corioamniotita
 - C. Fetale: sarcina depășită cronologic ($>40-42$ săptămâni), RCIU, PROM, unele defecte congenitale
 - D. Principala indicație: necesitatea nașterii prin operație cezariană
 - E. Contraindicație: placenta praevia
27. Operația cezariană:
- A. Nașterea fătului prin incizia peretelui uterin
 - B. Indicații materne: preeclampsia, operații în antecedente pe uter
 - C. Indicații materne: distocie de prezentație, făt macrosom
 - D. Complicații: hemoragie, infecție, tromboembolism
 - E. Complicații: în următoarele sarcini există riscul de apariție a placentei praevia, placenta acreta și de avort
28. Următoarele afirmații sunt corecte despre hemoragia postpartum:

- A. Este anormală o pierdere de sânge >500ml/24ore după o naștere prin operație cezariană
- B. Este anormală o pierdere de sânge >1000ml/24 ore după o naștere pe cale vaginală
- C. Se datorează atoniei uterine în majoritatea cazurilor
- D. Tratament: trebuie practică sutura lacerațiilor existente
- E. În cazurile severe sau refractare la tratament, poate fi necesară histerectomia

29. Mola hidatiformă:

- A. Proliferare întotdeauna malignă a celulelor trofoblastice
- B. Proliferare benignă a celulelor trofoblastice care, rar, se pot maligniza
- C. Tipuri: completă sau incompletă
- D. Valoarea Beta-HCG este mai mică decât cea corespunzătoare
- E. US se poate vizualiza aspectul de “furtună de zăpada” în cavitatea uterină (anecogen, formațiuni chistice)

30. Următoarele afirmații sunt adevărate despre coriocarcinom:

- A. BetaHCG seric crescut
- B. Neoplazie gestațională trofoblastică malignă care apare secundar unei mole hidatiforme sau în urma unui avort, sarcina extrauterină sau sarcină normală
- C. Tratament: D&C pentru a înlătura formațiunea tumorală
- D. Tratament: histerectomie în cazul în care tumora este limitată la uter chimioterapia se administrează de rutină
- E. Tratament: pacienta cu boala limitată la uter în stadiu timpuriu, care dorește preservarea fertilității, poate opta pentru chimioterapie ca metodă unică de tratament

31. Prezența la naștere:

- A. Prezența pelviană este prezența existentă la făt în 50% din sarcini în momentul nașterii
- B. Prezența craniană este prezența existentă în >95% din sarcini în momentul nașterii
- C. Înainte de 28 săptămâni de gestație, în 25% dintre cazuri vom întâlni prezența pelviană, dar majoritatea cazurilor aceasta se va transforma în prezență craniană înaintea nașterii
- D. Prezența pelviană este cea mai comună prezență distocică
- E. Prezența bregmatică apare foarte rar

32. Evaluarea stării de bine fetale se realizează prin:

- A. Test non-stress
- B. Profil biofizic
- C. Testul de stress la contracție
- D. Puncția scalpului matern cu obținerea unei probe de sânge fetal

- E. Monitorizare pe scalpul fetal
33. Factorii de risc pentru abrupcio placentae (dezlipirea de placentă normal inserată):
- HTA
 - Hipoglicemia
 - Traumatisme
 - Fumat
 - Sarcină multiplă
34. Următoarele afirmații despre PROM (ruperea prematură a membranelor) sunt corecte:
- Ruperea artificială a sacului amniotic pentru inducerea travaliului
 - Ruptura spontană a sacului amniotic înainte de debutul travaliului
 - Lichidul amniotic poate fi ușor observat în interiorul vaginului, la inspecția acestuia
 - Apariția travaliului la >37 săptămâni de gestație
 - US trebuie folosită pentru a confirma oligoamniosul și pentru a evalua volumul de lichid amniotic rezidual, precum și poziția fetală
35. Sarcina ectopică:
- Reprezintă implantarea zigotului în afara uterului
 - Cel mai frecvent se realizează în ampula trompei uterine
 - Factori de risc: boala inflamatorie pelvină, sarcină ectopică anterioară
 - Beta-hCG care este foarte mult crescut comparativ cu valoarea estimată pentru vârsta de sarcină ar trebui să ridice suspiciunea de sarcină ectopică
 - Sarcina ectopică mai avansată sau ruptă este tratată prin hidratare IV și excizie chirurgicală, cu încercarea de a prezerva trompa uterină (pacientele instabile hemodinamic trebuie să beneficieze de intervenție chirurgicală de urgență)
36. *Menopauza:
- Oprirea definitivă a menstruațiilor datorită încetării funcției ovariene la femeile de vârstă mijlocie târzie (aproximativ 51,5 ani)
 - Oprirea definitivă a menstruațiilor datorită încetării funcției hipotalamice la femeile de vârstă mijlocie târzie (aproximativ 51,5 ani)
 - Reprezintă prima menstruație
 - Menopauza prematură reprezintă declinul funcției ovariene înaintea vârstei de 30 ani
 - În perioada de instalare a menopauzei (perimenopauză), răspunsul ovarian la FSH și LH crește, nivelurile de FSH și LH scad, în timp ce nivelurile de estrogeni fluctuează
37. *Sindromul Asherman (sinechia intrauterină):
- Este definit ca absența menstruațiilor până la vârsta de 16 ani

- B. Are ca etiologie disfuncția hipotalamică sau hipofizară, anomalii anatomice, anomalii cromozomiale cu disgenezii gonadice
 - C. Este definit prin prezența de aderențe intrauterine și este rezultatul unor proceduri chirurgicale sau al infecției intrauterine
 - D. Se întâlnește frecvent la pacientele cu menstruații regulate
 - E. Se întâlnește frecvent la pacientele care nu au avut chiuretaje uterine sau infecții intrauterine
38. *Amenoreea secundară:
- A. Prezența menstruațiilor pentru 6 luni la o pacientă ce nu a prezentat anterior cicluri menstruale
 - B. Absența menstruațiilor pentru 6 luni sau peste 3 menstrre la o pacientă ce a prezentat anterior cicluri menstruale
 - C. Absența menstruațiilor (nu au survenit niciodată) până la 16 ani
 - D. Are ca etiologie disfuncția hipotalamică sau hipofizară, anomalii anatomice, anomalii cromozomiale
 - E. Poate fi congenitală
39. *Tipurile de papilomavirus asociate cu cancerul de col uterin sunt:
- A. Tulpinile 31 și 50
 - B. Tipurile 6 și 11
 - C. Tipurile 16 sau 18
 - D. Tipurile 9 și 21
 - E. Tipurile 11 sau 26
40. Faza foliculară a ciclului menstrual normal:
- A. Începe în prima zi a menstruației
 - B. Începe din a 14-a zi a ciclului menstrual
 - C. FSH stimulează creșterea foliculilor ovarieni (celulele de granuloasă), care vor secreta estradiol
 - D. LH stimulează creșterea foliculilor ovarieni (celulele de granuloasă), care vor secreta estradiol
 - E. Estradiolul induce proliferarea endometrială și stimulează sinteza de FSH și LH prin feedback pozitiv exercitat asupra hipofizei
41. Pubertatea precocă:
- A. Apariția modificărilor pubertare la fete mai mici de 3 ani
 - B. Apariția modificărilor pubertare la fete mai mici de 8 ani
 - C. Lipsa menstrelor după vârsta de 15 ani

- D. Are drept cauză activarea precoce a axului hipotalamo-hipofizo-ovarian (pubertate precoce centrală) sau secreția autonomă în exces a hormonilor sexuali steroidieni (pseudopubertatea precoce)
- E. Are drept cauză activarea tardivă a axului hipotalamo-hipofizo-ovarian (pubertate precoce centrală)
42. Contraceptivele orale combinate:
- A. Combinație de estrogeni și progestativ care inhibă dezvoltarea foliculară și ovulația
 - B. Schimbă calitatea endometrului
 - C. Nu schimbă calitatea endometrului
 - D. Crește vâscozitatea mucusului cervical
 - E. Scade vâscozitatea mucusului cervical
43. Contraceptive ce conțin doar progesteron:
- A. Pilule doar cu estrogen care alterează calitatea endometrului și cresc vâscozitatea mucusului cervical, prevenind fertilizarea și implantarea
 - B. Pilule doar cu progesteron care alterează calitatea endometrului și cresc vâscozitatea mucusului cervical, prevenind fertilizarea și implantarea
 - C. Pot fi o opțiune la pacientele ce au o contraindicație pentru administrarea de estrogeni
 - D. Ca efect secundar are risc crescut de TVP
 - E. Trebuie administrate la aceeași oră în fiecare zi pentru a le crește eficiența
44. Efecte secundare ale contraceptivelor orale combinate:
- A. Posibilă greață, vărsături, senzație de balonare, modificări de dispoziție
 - B. Risc scăzut de TVP
 - C. Frecvență crescută a sângerărilor vaginale
 - D. Risc de detașare a patch-urilor
 - E. Risc crescut de TVP
45. Factori de risc pentru osteoporoză sunt:
- A. Vârsta avansată
 - B. Menopauza
 - C. Greutatea redusă
 - D. Fumatul
 - E. Consumul scăzut de alcool
46. Fibromul uterin (leiomiomul uterin):
- A. Ecografia transvaginală sau histeroscopia permit localizarea sau vizualizarea tumorii
 - B. Tumori uterine benigne dezvoltate din mușchiul neted miometrial

- C. În general regresează la menopauză
- D. Este o tumoră malignă
- E. Embolizarea arterei uterine se poate efectua după explorarea prin IRM pelvin care exclude alte patologii de țesut moale
47. Cancerul endometrial:
- A. Tumoră benignă a endometrului ce apare frecvent la vârste tinere
- B. Este un adenocarcinom al endometrului
- C. Se întâlnește frecvent la femeile aflate în postmenopauză
- D. Markerul tumoral CA-12 este scăzut
- E. Biopsia endometrială arată glandele anormale, hiperplazice, cu invazie vasculară
48. Factori de risc în cancerul endometrial:
- A. Expunere la estrogeni exogeni
- B. Expunere la testosteron exogen
- C. Anovulație cronică (SOPC)
- D. Obezitate
- E. Multiparitate
49. Leziune intraepitelială scuamoasă de grad înalt (HSIL):
- A. Displazie celulară moderată sau severă, inclusiv carcinom in situ
- B. Celule extrem de atipice, cu invazie stromală
- C. Excizie prin LEEP sau conizație sau ablație laser
- D. Repetă citologia cervicală la fiecare 6 luni
- E. Repetă citologia cervicală la fiecare 4 luni
50. Carcinom mucinos mamar:
- A. Tumoră slab delimitată
- B. Tumoră bine delimitată
- C. Creștere rapidă
- D. Creștere lentă
- E. Mai frecvent la paciente vârstnice
51. Factori de risc pentru cancerul ovarian:
- A. Istoric familial
- B. Infertilitate
- C. Multiparitate
- D. Obezitate
- E. Fumatul

52. *Vârsta gestațională:

- A. Este calculată în funcție de data ultimei ovulații a mamei
- B. Este calculată în funcție de data ultimei menstruații (DUM) a mamei
- C. Este cu 2 săptămâni mai mică decât vârsta embrionară
- D. Este calculată în funcție de data nașterii a mamei
- E. Debutează cu aproximativ 28 de zile anterior momentului fertilizării

53. *Diabet zaharat gestațional:

- A. DZ existent anterior sarcinii
- B. Intoleranța la glucoză cu debut recent care survine pe parcursul sarcinii (după 24 de săptămâni)
- C. Pacienta poate sau să fie conștientă de boală
- D. Apare cel mai frecvent în primul trimestru
- E. De obicei este simptomatic

54. *Eclampsia:

- A. HTA indusă de sarcină cu proteinurie și/sau dovezi ale leziunilor organelor țintă din sistemul circulator
- B. Asimptomatică în cazurile ușoare
- C. Progresia preeclampsiei determinând apariția crizelor convulsive materne
- D. Nu este severă pentru făt
- E. Nu este fatală pentru mamă

55. *Oligoamnios:

- A. Exces de lichid în sacul gestațional
- B. Poate apărea datorită îngurgitări insuficiente a lichidului amniotic
- C. Indexul de lichid amniotic este peste 25 cm
- D. Indexul lichidului amniotic este sub 5 cm
- E. Înălțimea fundului uterin poate fi crescută în raport cu vârsta gestațională

56. Vârsta gestațională:

- A. Este calculată în funcție de data ultimei menstruație (DUM) a mamei
- B. DUM debutează cu aproximativ 14 zile anterior momentului fertilizării
- C. Este cu 2 săptămâni mai mare decât vârsta embrionară
- D. Este cu 2 săptămâni mai mică decât vârsta embrionară
- E. Este calculată în funcție de ovulație

57. Factori de risc pentru preeclampsie:

- A. Hipertensiunea arterială
- B. Multiparitate
- C. Nuliparitate
- D. Istoric de preeclampsie
- E. Sarcina unică

58. În eclampsie apare:

- A. Cefaleea
- B. Tulburările de vedere
- C. Dureri în etajul abdominal inferior
- D. Durerile în etajul abdominal superior
- E. Convulsii

59. Testul de toleranță la glucoză la 1 oră

- A. Mamei i se administrează o doză de 50 g de glucoză
- B. Se măsoară glicemia serică la o oră după administrarea glucozei
- C. Mamei i se administrează o doză de 100 g de glucoză
- D. Se măsoară glicemia serică la două ore după administrarea glucozei
- E. Glicemia ≥ 135 mg/dL este considerată anormală

60. Sarcina ectopică:

- A. Implementarea zigotului în afara uterului
- B. Implementarea zigotului la nivelul fundului uterin
- C. Cel mai frecvent se realizează în ampula trompei uterine (95% din cazuri)
- D. Se poate complica cu hemoragie maternă severă
- E. Sarcina ectopică neruptă <6 săptămâni gestaționale este tratată cu metotrexat pentru a induce eliminarea sarcinii

61. Avortul spontan:

- A. Terminarea non- electivă a sarcinii > 20 săptămâni gestaționale
- B. În primul trimestru este de obicei rezultatul unor anomalii cromozomiale fetale
- C. Din al doilea trimestru este de obicei determinat de infecție, incontinență cervico-istmică, anomalii uterine, hipercoagulabilitate, patologie maternă coexistentă sau consum de droguri
- D. Apare în până la 25% din sarcini
- E. Apare în până la 15% din cazuri

62. Avorturile spontane din al doilea trimestru sunt determinate de:

- A. Infecție

- B. Fumat
- C. Anomalii ale placentei
- D. Anomalii cromozomiale fetale
- E. Incontinentă cervico-istmică

63. Placenta Previa:

- A. Inserția placentei în apropierea sau care acoperă orificiul cervical extern
- B. Inserția placentei în apropierea sau care acoperă orificiul cervical intern
- C. Patologie frecvent asociată cu sângerare vaginală
- D. În 1% poate surveni decesul matern
- E. Patologie frecvent asociată cu diabetul gestațional

64. Prezența pelviană decompilată (francă)

- A. Apare în 25% din cazuri
- B. Coapsele sunt flectate pe abdomen, iar genunchii în extensie
- C. Apare în 75% din cazuri
- D. Coapsele și genunchii sunt în flexie
- E. Unul sau ambele membre inferioare sunt în extensie

65. Testul non-stress:

- A. Este utilizat pentru evaluarea prenatală și în timpul travaliului
- B. Este folosit în stadiile tardive ale sarcinii
- C. Mama trebuie să fie poziționată în decubit lateral stâng
- D. Se observă efectele mișcărilor fetale asupra frecvenței cardiace materne
- E. Se observă efectele mișcărilor fetale asupra frecvenței cardiace fetale

66. Contraindicațiile pentru inducerea travaliului sunt:

- A. Necesitatea nașterii prin operație cezariană
- B. Uterul cicatricial
- C. Sarcina depășită cronologic
- D. Preeclampsia
- E. Herpes genital activ

67. Hemoragia postpartum:

- A. O pierdere de sânge de >500mL/24ore după o naștere pe cale vaginală
- B. O pierdere de sânge de >1000 mL/24ore după operația cezariană
- C. Se datorează atoniei uterine în majoritatea cazurilor
- D. Nu trebuie practică sutura lăcerărilor existente
- E. În cazurile severe poate fi necesară histerectomia

68. Factori de risc pentru mola hidatiformă:
- A. Istoric personal de sarcini molare
 - B. Diabetul gestațional
 - C. Statut socioeconomic redus
 - D. Fumatul
 - E. Obezitate
69. *Referitor la faza foliculară a ciclului menstrual, este adevărată următoarea afirmație:
- A. Estradiolul nu induce proliferarea endometrială
 - B. FSH nu stimulează creșterea foliculilor ovarieni
 - C. Începe în prima zi a menstruației
 - D. LH, FSH, estrogeni, progesteron nu au rol în reglarea ciclului menstrual
 - E. Nici unul din răspunsuri nu este corect
70. *Referitor la faza luteală a ciclului menstrual, este adevărată următoarea afirmație:
- A. Corpul galben nu secretă estradiol și progesteron
 - B. Ovulația realizează tranziția de la faza foliculară la faza luteală a ciclului menstrual
 - C. Dacă ovocitul este fertilizat, corpul galben degenerază
 - D. Mucusul cervical este redus cantitativ și are aspect opac
 - E. Nici un răspuns nu este corect
71. Vârsta medie de instalare a menarhei în SUA:
- A. Tinde să fie mai precoce la rasa albă comparativ cu cea neagră
 - B. Este 13 ani
 - C. Nu este stabilită
 - D. Este 18 ani
 - E. Tinde să fie mai precoce la rasa neagră comparativ cu cea albă
72. Printre caracteristicile dezvoltării ginecologice la grupa de vârstă 11-17 ani se numără:
- A. Scade nivelul LH și al androgenilor
 - B. Dezvoltarea caracterelor sexuale secundare și pusee de creștere
 - C. Creșterea nivelului LH, FSH și androgenilor atingând valorile bazale ale persoanelor mature
 - D. Caracteristicile stadiului Tanner 1
 - E. Apariția menarhei la fetițe
73. Dacă ne referim la o pacientă cu vârstă ≥ 50 ani, sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Este o vârstă la care debutează în mod fiziologic insuficiența ovariană

- B. Pacienta prezintă numai cicluri menstruale regulate în perimenopauză
C. Crește nivelul de FSH și LH
D. Se poate instala menopauza caracterizată prin cicluri menstruale regulate
E. Scade nivelul de LH.
74. Gonadarha se caracterizează prin:
A. Stimularea gonadelor de către FSH
B. Activarea gonadelor
C. Stimularea gonadelor de către LH
D. Producerea de androgeni de origine adrenală
E. Inactivarea gonadelor
75. În Stadiul Tanner 4 privind dezvoltarea sânilor și a pilozității:
A. Sâni scad ușor în dimensiuni
B. Se produce creșterea secundară a mamelonului
C. Parul pubian devine tot mai rar și mai moale
D. Continuă creșterea în dimensiuni a sânilor
E. Areola mamară nu suferă modificări
76. Următoarele afirmații legate de pubertatea precoce sunt adevărate:
A. La băieți apare la vârsta mai mică de 8 ani.
B. Apariția modificărilor pubertare la fete la vârste mai mici de 7 ani
C. La fete, cauza este activarea precoce a axului hipotalamo-hipofizo-ovarian
D. Poate fi izosexuală sau heterosexuală
E. FSH crește în timp ce LH scade
77. În derularea fenomenelor de-a lungul unui ciclu menstrual, progesteronul:
A. Crește temperatura bazală
B. Stimulează contractilitatea uterină
C. Scade consistența mucusului cervical
D. Stimulează dezvoltarea glandelor endometriale
E. Nu contribuie la menținerea sarcinii
78. Legat de menopauză sunt adevărate următoarele afirmații:
A. În perimenopauză, nivelurile de FSH, LH cresc
B. Menopauza prematură apare înaintea vârstei de 40 de ani
C. Bufeurile, transpirațiile, amenoreea, anxietatea pot fi semne de menopauză
D. Tratamentul de prima linie pentru bufeuri nu este reprezentat de scădere ponderală
E. Terapia hormonală este indicată pacienților cu risc crescut de cancer mamar

79. Care din următoarele afirmații legate de contracepția hormonală sunt adevărate:
- Nu se descriu efecte secundare
 - Are ca scop prevenirea obținerii sarcinii
 - La prescrierea contraceptivelor trebuie luat în considerare gradul de complianță a pacientei
 - Nu există contraindicații, în caz de comorbidități
 - Poate declanșa greturi, vărsături
80. Într-un caz diagnosticat cu amenoree primară:
- Pacienta a prezentat anterior 2 cicluri menstruale
 - Este notată absența consecutivă a mai mult de 3 cicluri menstruale
 - Se observă absența menstruațiilor a mai mult de 6 luni
 - Pacienta nu a avut menstruație până la vârsta de 16 ani, în prezența caracterelor sexuale
 - Se descrie absența concomitentă a menstruațiilor și a caracterelor sexuale secundare până la 13 ani
81. Printre cauzele amenoreei secundare se numără:
- Absența congenitală a uterului
 - Sarcina
 - Sindromul Asherman
 - Sindromul de ovare micropolichistice
 - Medicamente care nu influențează echilibrul hormonal
82. Printre factorii de risc în dismenoree se notează:
- Absența sindromului premenstrual
 - Menoragia
 - Indice de masă corporală $<20\text{kg/m}^2$
 - Menarha > 12 ani
 - Boli inflamatorii pelvine
83. Despre endometrioza sunt adevărate următoarele afirmații:
- Reprezintă prezența de țesut endometrial în interiorul cavității uterine
 - Cauza este reprezentată de flux menstrual retrograd
 - Diagnosticul se stabilește histopatologic
 - Ablația laparoscopică nu poate îmbunătăți fertilitatea
 - Nuliparitatea și istoricul familial nu reprezintă factori de risc
84. Neoplasmul vaginal se poate manifesta prin:

- A. Secreție vaginală fetidă
- B. Sângerare vaginală în postmenopauză/postcoitală
- C. Ulcerații la nivelul vaginului
- D. Formațiune tumorală neregulată, localizată la nivelul fundului uterin
- E. Sângerare vaginală postcoitală

85. Referitor la cancerul mamar sunt adevărate următoarele afirmații :

- A. Diagnosticul se stabilește pe baza mamografiei
- B. Rezonanța magnetică nucleară reprezintă o metodă de screening utilizată în mod obișnuit
- C. Biopsia tumorii stabilește diagnosticul de certitudine
- D. Mamografia reprezintă o metodă de screening
- E. Testarea prezenței receptorilor de estrogen și progesteron la nivel tumoral nu ajută la stabilirea tratamentului.

86. Printre modificările fiziologice în timpul sarcinii, se regăsesc următoarele:

- A. Debitul cardiac crește cu 40%
- B. Consumul total de oxigen al corpului crește cu 20%
- C. Scade excreția renală de proteine
- D. Scade nivelul de cortizol
- E. Sialoreea

87. Referitor la evaluarea vârstei gestationale (VG) sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. În primul trimestru ultrasonografia este utilizată pentru determinarea lungimii cranio-caudale, fiind cea mai precisă metodă de determinare a VG
- B. În al treilea trimestru de sarcină lungimea cranio-caudala este cea mai precisă metodă de estimare a VG
- C. Măsurarea VG în trimestrul a II lea are ca precizie +/- 1-2 săptămâni.
- D. Diametrele folosite pentru a calcula vârsta gestațională în trimestrul II sunt: circumferința abdominală, diametrul biparietal, circumferința craniană și lungimea femurală
- E. Obezitatea maternă nu afectează precizia măsurătorilor ecografice

88. *Următoarele afirmații cu privire la consultațiile prenatale sunt false:

- A. Obiectivele consultațiilor prenatale constau în prevenirea sau gestionarea patologiilor care pot fi daunatoare mamei sau fătului.
- B. Analizele de laborator și ultrasonografia sunt efectuate în momente cheie pe parcursul sarcinii pentru a detecta infecții sau anomalii fetale
- C. Manevrela Leopold se efectuează doar în primul trimestru de sarcină pentru a determina prezența fetală
- D. Bătăile cordului fetal sunt evaluate la fiecare vizită

- E. Testele de diagnostic prenatal sunt efectuate de obicei la femei cu risc crescut cu anomalii congenitale
89. Tratamentul diabetului zaharat gestațional include:
- A. Controlul strict al glicemiei prin alimentație și exerciții fizice
 - B. Auto-monitorizarea glicemiei pentru a determina eficacitatea terapiei
 - C. Administrarea de insulină la pacientele care prezintă rezultate favorabile la terapia non-farmacologică
 - D. Metformin la pacientele la care este controlat nivelul glicemiei prin regim alimentar și exerciții
 - E. Examinări ecografice pentru evaluarea bunăstării fetale
90. Referitor la preeclampsie (PE) sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. PE constă în asocierea creșterii glicemiei a jeun cu proteinuria
 - B. Printre factorii de risc se enumeră: nuliparitatea, istoric de preeclampsie, sarcina multiplă
 - C. Pacienta poate fi asimptomatică în formele ușoare
 - D. Printre semnele de severitate se notează trombocitele <100.000
 - E. O tensiunea arterială de 140/90 mm Hg în timpul sarcinii la o pacientă care a fost anterior normotensivă, stabilește diagnosticul nu necesită alte măsurători pentru a stabili diagnosticul
91. Printre manifestările clinice ale eclampsiei se numără:
- A. Crizele convulsive
 - B. Durerea în etajul abdominal inferior care apar cu o săptămână după crizele convulsive
 - C. Tulburările de vedere
 - D. Cefaleea
 - E. Test non-stres areactiv
92. *Grețurile și vărsăturile în sarcină:
- A. Apar de obicei în trimestrul 3 de sarcină
 - B. Diagnosticul la gravidă este dificil de stabilit
 - C. Ultrasonografie și examinarea Doppler sunt investigații de rutină necesare pentru stabilirea diagnosticului
 - D. Sunt determinate de creșterea Beta-hCG -ului
 - E. Simptomele se accentuează de obicei pe măsură ce sarcina avansează
93. Referitor la avorturile spontane sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Avorturile spontane din primul trimestru nu sunt de obicei rezultatul unor trisomii

- B. Avorturile spontane din al doilea trimestru nu sunt de obicei determinate de incontinență cervico-istmică sau consum de droguri
- C. Avorturile spontane din al doilea trimestru sunt de obicei determinate de infecție, incontinență cervico-istmică, anomalii uterine, hipercoagulabilitate, patologie maternă coexistentă sau consum de droguri
- D. Avorturile spontane din primul trimestru sunt de obicei rezultatul unor anomalii cromozomiale fetale
- E. Avorturile spontane din al doilea trimestru sunt de obicei determinate de anomalii cromozomiale cel mai adesea
94. Printre factorii de risc pentru avortul spontan se numără:
- A. Vârsta maternă extremă: >35ani sau <15ani
- B. Avorturi spontane anterioare
- C. Consum redus de cofeină
- D. Nivel ridicat de folat
- E. Nașteri multiple în antecedente
95. În sarcina oprită în evoluție:
- A. Sângerarea vaginală este prezentă cu sau fără durere asociată
- B. Orificiul cervical este închis
- C. Uterul este fără conținut
- D. Ecografic se detectează făt intrauterin viabil
- E. Nu se recomandă administrarea de imunoglobulină anti D
96. O pacientă cu sarcină 15 săptămâni amenoreic, se prezintă cu sângerarea vaginală. Examenul ginecologic local evidențiază orificiul cervical închis. Examinarea ecografică evidențiază făt viabil:
- A. Se stabilește diagnosticul de sarcina oprită în evoluție
- B. Se recomandă repaus la pat
- C. Se stabilește diagnosticul de amenințare de avort
- D. Se recomandă reluarea activității sportive
- E. Se recomandă limitarea activității
97. Referitor la tratamentul în sarcină ectopică sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Sarcina ectopică neruptă < 6 săptămâni gestaționale este tratată doar chirurgical
- B. Sarcina ectopică mai avansată sau ruptă este tratată prin hidratare i-v fără intervenție chirurgicală
- C. Sarcina ectopică neruptă < 6 săptămâni gestaționale este tratată cu metotrexat

- D. Sarcina ectopică mai avansată sau ruptă este tratată prin hidratare i-v și excizie chirurgicală
- E. Sarcina ectopică neruptă de 11 săptămâni gestaționale este tratată doar cu metotrexat
98. Referitor la restricția de creștere intrauterină asimetrică sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Este prezentă în 50% dintre cazuri
 - B. Apare în primul trimestru de sarcină
 - C. Este caracterizată prin reducerea dimensiunilor abdomenului, cu păstrarea dimensiunilor craniului și membrelor
 - D. Este prezentă în 80% dintre cazuri
 - E. Printre cauze se numără și fumatul
99. Printre factorii de risc pentru ruptura spontană a sacului amniotic (PROM) se numără:
- A. Infecția vaginală sau cervicală
 - B. Nutriție maternă echilibrată
 - C. Col închis fără modificări de lungime
 - D. PROM în sarcinile anterioare
 - E. Incontință cervico-istmică
100. La o pacientă cu sarcina 33 de săptămâni de gestație la care s-a stabilit diagnosticul de travaliu prematur se aplică următoarele măsuri terapeutice:
- A. Atitudine expectativă
 - B. Terminarea de urgență a sarcinii prin operație cezariană
 - C. Nu vor fi restricționate activitățile fizice
 - D. Se administrează glucocorticoizi
 - E. Se instituie terapie tocolitică
101. Despre sarcina ectopică sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Printre factorii de risc se enumeră: boala inflamatorie pelvina, boli cu transmitere sexuală, intervenții chirurgicale ginecologice
 - B. Pacienta poate prezenta dureri abdominale, sângerări vaginale, amenoree, greață
 - C. Beta-hCG crescut stabilește diagnosticul de certitudine de sarcina ectopică
 - D. Tratamentul sarcinii ectopice este exclusiv chirurgical
 - E. Decesul matern este o complicație posibilă în aceste cazuri
102. Hidramniosul (Hdr):
- A. Reprezintă exces de lichid amniotic la nivelul sacului gestațional
 - B. Hdr poate fi motivul pentru care înălțimea fundului uterin să fie mai crescută în raport cu vârsta gestațională

- C. Nu poate fi diagnosticat cu ajutorul ecografiei
- D. Amnioreducția este o metodă de diagnostic în aceste cazuri
- E. Nu poate să ducă la complicații în sarcină

103. Referitor la placenta praevia (PP) următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Este rareori asociată cu sângerarea vaginală
- B. În PP centrală, placenta acoperă doar parțial orificiul cervical intern
- C. Principalul simptom în cazurile cu PP este sângerarea neînsotită de durere
- D. În PP centrală nu este posibilă nașterea naturală
- E. Operație cezariană reprezintă o recomandare de terminare a nașterii în cazurile cu PP centrală

RĂSPUNSURI CAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

1 C	40 A, C, E	79 B, C, E
2 D	41 B, D	80 D, E
3 C	42 A, B, D	81 B, C, D
4 E	43 B, C, E	82 B, C, E
5 C	44 A, E	83 B, C
6 B, C, D, E	45 A, B, C, D	84 A, B, C, E
7 A, C, E	46 A, C, D, E	85 C, D
8 A, B, C, D	47 B, C, E	86 A, B, E
9 A, B, C, D	48 A, C, D	87 A, C, D
10 A, B, C, D	49 A, C, D	88 C
11 B, E	50 B, D, E	89 A, B, E
12 A, C, E	51 A, B	90 B, C, D
13 A, C, D, E	52 B	91 A, C, D
14 A, D	53 B	92 D
15 A, B, C	54 C	93 C, D
16 A, C, D	55 D	94 A, B, E
17 A, B, D, E	56 A, B, C	95 A, B
18 D	57 A, C, D	96 B, C, E
19 C	58 A, B, D, E	97 C, D
20 E	59 A, B, E	98 C, D, E
21 B	60 A, C, D, E	99 A, D, E
22 C	61 B, C, D	100 A, D, E
23 A, B, C, D	62 A, E	101 A, B, E
24 B, D, E	63 B, C, D	102 A, B
25 B, C, E	64 B, C	103 C, D, E
26 A, B, C, E	65 A, C, E	
27 A, B, D, E	66 A, B, E	
28 C, D, E	67 A, B, C, E	
29 B, C, E	68 A, C, D	
30 A, B, D, E	69 C	
31 B, C, D	70 B	
32 A, B, D, E	71 B, E	
33 A, C, D, E	72 B, C, E	
34 B, C, E	73 A, C	
35 A, B, C, E	74 A, B, C	
36 A	75 B, D	
37 C	76 C, D	
38 B	77 A, D	
39 C	78 A, B, C	

CAP. XIX - ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

1. Capnografia este utilizată în practica clinică pentru:
 - A. Monitorizarea continuă a end-tidal PCO_2
 - B. Detectarea acidozei respiratorii
 - C. Confirmarea intubației traheale
 - D. Detectarea problemelor acute ale căilor aeriene la pacienții intubați și ventilați mecanic
 - E. Evaluarea funcției respiratorii la pacienți traheostomizați.
2. Printre complicațiile precoce ale traheostomiei se numără:
 - A. Pneumothorax
 - B. Hemoragie prin leziune de arteră sau venă subclavie
 - C. Stenoza traheală
 - D. Aritmii cardiace
 - E. Emfizem subcutanat.
3. Următoarele afirmații despre insuficiența ventilatorie acută sunt adevărate:
 - A. Poate avea drept cauză miastenia gravis sau sindromul Guillan – Barre
 - B. Leziunile medulare înalte nu cauzează insuficiență ventilatorie acută
 - C. Necesită ventilație mecanică dacă scade capacitatea vitală sub 10 ml/kg corp
 - D. Necesită ventilație mecanică dacă scade frecvența respiratorie sub 10 respirații / minut
 - E. Volumul curent este un fin indicator al gravității insuficienței ventilatorii.
4. Indicațiile ventilației mecanice în caz de insuficiență respiratorie acută sunt:
 - A. Leziunile craniene cu presiune intracraniană crescută
 - B. Apnee obstructivă de somn
 - C. Pacient tahipneic, hipoxic, cooperant
 - D. Astm bronșic sever
 - E. Pacient cu risc crescut, aflat în perioada imediat postoperatorie.
5. În termeni practici, insuficiența respiratorie este prezentă atunci când:
 - A. $\text{PaO}_2 < 8 \text{ kPa}$
 - B. $\text{PaCO}_2 < 8 \text{ kPa}$
 - C. $\text{PaCO}_2 < 7 \text{ kPa}$
 - D. $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$
 - E. $\text{PaCO}_2 < 55 \text{ mmHg}$
6. Cele mai frecvente cauze de insuficiență respiratorie de tipul I sunt:

- A. Pneumonia acută bacteriană
 - B. Pneumonia acută virală
 - C. Fibroza pulmonară
 - D. Edemul pulmonar cardiogen
 - E. BPOC
7. Cele mai frecvente cauze de insuficiență respiratorie de tipul II sunt:
- A. Sindromul Guillain-Barre
 - B. Embolia pulmonară
 - C. Intoxicațiile medicamentoase
 - D. Leziuni pulmonare acute
 - E. BPOC.
8. Evaluarea clinică a tulburărilor respiratorii din insuficiența respiratorie acută va fi făcută urmărind apariția următoarelor simptome:
- A. Respirația asincronă (o discrepanță între momentele mișcării compartimentelor abdominal și toracic)
 - B. Respirația paradoxală (compartimentele abdominal și toracic se deplasează în direcții opuse)
 - C. Alternanța respiratorie (alternarea relativă a participării mușchilor intercostali / accesori și a diafragmului la fiecare respirație)
 - D. Respirație asincronă (compartimentele abdominal și toracic se deplasează în direcții opuse)
 - E. Respirație paradoxală (o discrepanță între momentele mișcării compartimentelor abdominal și toracic).
9. Pulsoximetrele:
- A. Se pot aplica pe lobul urechii
 - B. Se aplica pe degetele de la mână sau picior
 - C. Necesită calibrare
 - D. Oferă o determinare continuă, invazivă, a saturației venoase de oxigen (SpO_2)
 - E. Măsoară schimbarea fluxului de lumină transmisă prin sângele arterial pulsatil.
10. *Cel mai sensibil indicator clinic al creșterii dificultății respiratorii este:
- A. Tahipneea
 - B. Tahicardia
 - C. Bradicardia
 - D. Bradipneea
 - E. Tirajul intercostal

11. *Printre complicațiile imediate ale intubației traheale se numără:
 - A. Poziționarea canulei într-o bronhie principală (de obicei, stânga)
 - B. Poziționarea canulei în esofag
 - C. Migrarea canulei în afara traheei
 - D. Sinuzita acută
 - E. Pierderi de aer în jurul canulei

12. *Printre complicațiile tardive ale intubației traheale se numără următoarele, cu excepția:
 - A. Leziune laringiană
 - B. Obstrucția canulei din cauza torsiunii sau a secrețiilor
 - C. Sinuzita
 - D. Traheomalacie
 - E. Stenoza și fibroza traheală

13. Tipul I de insuficiență respiratorie apare în:
 - A. Ventilație alveolară insuficientă
 - B. Boli care afectează țesutul pulmonar
 - C. Leziuni pulmonare acute
 - D. Insuficiența cardiacă
 - E. BPOC

14. Tipul II de insuficiență respiratorie apare în:
 - A. Pneumonie
 - B. BPOC
 - C. Edem pulmonar cardiogen
 - D. Fibroza pulmonară
 - E. Diformități ale peretelui toracic

15. Manifestările clinice din insuficiența respiratorie sunt:
 - A. Bradipneea
 - B. Tirajul intercostal
 - C. Respirația paradoxală absentă
 - D. Nivelul de conștiență neafectat
 - E. Tahicardia

16. Capnografia poate fi utilizată pentru:
 - A. Confirmarea intubației traheale
 - B. Monitorizarea continuă a presiunii parțiale a CO₂ în expir

- C. Detectarea modificărilor acute ale funcției cardio-respiratorii
 - D. Detectarea problemelor acute ale căilor respiratorii
 - E. Monitorizarea continuă a presiunii parțiale a CO₂ în sângele arterial
17. Ventilația invazivă se poate realiza prin:
- A. Mască facială
 - B. Cască
 - C. Canulă endotraheală
 - D. Traheostomie
 - E. Canule nazale
18. Indicațiile pentru ventilația mecanică sunt:
- A. Insuficiența respiratorie acută
 - B. Ventilație preoperatorie la pacienți cu risc înalt
 - C. Leziuni craniene: pentru a evita hipoxia și hipercapnia
 - D. Leziuni toracice cu contuzii pulmonare și leziuni medulare înalte
 - E. Insuficiența ventriculară stângă severă cu edem pulmonar
19. Complicațiile imediate ale intubației traheale sunt:
- A. Traumatism al căilor aeriene superioare
 - B. Migrarea canulei în afara traheei
 - C. Canula în esofag
 - D. Pierderi în jurul canulei
 - E. Canula într-o bronhie principală (de obicei, dreapta)
20. Insuficiența respiratorie poate fi clasificată în:
- A. Tip I în care PaO₂ este normal sau crescut și PaCO₂ crescut
 - B. Tip II în care PaCO₂ este crescut și PaO₂ scăzut
 - C. Tip I sau insuficiența respiratorie acută hipoxemică
 - D. Tip I sau insuficiență ventilatorie
 - E. Tip II sau insuficiență ventilatorie
21. Ventilația non-invazivă se poate realiza pe:
- A. Sonda endotraheală
 - B. Mască facială
 - C. Mască nazală
 - D. Cască
 - E. Niciodată pe mască nazală

22. Sunt indicații pentru ventilația mecanică invazivă următoarele:
- A. Insuficiența respiratorie acută cu semne de detresă respiratorie care persistă în ciuda terapiei maxime
 - B. Toți pacienții postoperator
 - C. Edem pulmonar care răspunde la tratamentul cu ventilație non-invazivă.
 - D. Comă cu compromiterea reflexelor de menținere a căilor aeriene deschise
 - E. Insuficiența ventilatorie acută la cei cu sindrom Guillan-Barre când capacitatea vitală a scăzut la 10 ml/kg sau mai puțin
23. Complicațiile imediate ale intubației orotraheale sunt:
- A. Stenoza și fibroza traheală
 - B. Alunecarea canulei într-o bronhie principală
 - C. Traheomalacie
 - D. Introducerea sondei în esofag
 - E. Sinuzită
24. Complicațiile asociate ventilației mecanice sunt:
- A. Cardiovasculare: aplicarea presiunii pozitive crește întoarcerea venoasă
 - B. Barotrauma
 - C. Fracturi costale
 - D. Bronhospasm
 - E. Volutrauma
25. Următoarele situații clinice și paraclinice definesc sindromul de detresă respiratorie acută:
- A. Edem pulmonar cardiogen
 - B. Complianță pulmonară redusă rezultând presiuni mari de inflație
 - C. Rx: infiltrate pulmonare noi, neuniforme sau omogene bilaterale
 - D. Anomalii ale schimbului de gaze cu $PEEP \geq 5$ cm H₂O
 - E. Detresa respiratorie
26. Următoarele sunt cauze frecvente ale sindromului de detresa respiratorie acută:
- A. Pneumonia
 - B. Traumatisme severe cu șoc și transfuzii multiple
 - C. Embolia grăsoasă
 - D. Contuzia pulmonară
 - E. Sepsis
27. *Cel mai frecvent factor etiologic al sindromului de detresă respiratorie acută (SDRA) este reprezentat de:

- A. Aspirația conținutului gastric
 - B. Leziunile inhalatorii
 - C. Sepsis
 - D. Arsuri severe de căi aeriene
 - E. Pneumonia
28. *Următoarele afirmații referitoare la sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) sunt adevărate, cu excepția:
- A. Hipertensiunea pulmonară este o caracteristică frecventă a SDRA
 - B. Edemul pulmonar cardiogen este un semn al SDRA
 - C. Apare un exudat hemoragic intra-alveolar
 - D. Apare o remodelare pulmonară în cazul pacienților care supraviețuiesc
 - E. Poate conduce la dezvoltarea insuficienței multiple de organe
29. Printre modificările fiziopatologice care apar în sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) se numără:
- A. Șuntul scade și spațiul mort crește
 - B. Scade complianța pulmonară
 - C. Crește complianța pulmonară
 - D. Există dovezi de limitare a fluxului
 - E. Șuntul și spațiul mort cresc
30. Următoarele fac parte din tabloul clinic și paraclinic al sindromului de detresă respiratorie acută (SDRA):
- A. Tahipnee urmată de creșterea hipoxemiei și a senzației de lipsă de aer
 - B. Raluri subcrepitante în ambele câmpuri pulmonare
 - C. Rx: infiltrate pulmonare difuze, bilaterale
 - D. CT: opaciefiere tip “sticla mată”
 - E. CT: efuziuni pleurale masive
31. Tratamentul sindromului de detresă respiratorie acută (SDRA) se bazează pe:
- A. Anticoagulate
 - B. Limitarea edemului pulmonar
 - C. Prostacicline și oxid nitric inhalator
 - D. Ventilație mecanică
 - E. Pronație
32. Despre prognosticul în sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) sunt adevărate următoarele:

- A. Mortalitatea a scăzut în ultimele 2 decenii de la 60% la 20-40%
 - B. Prognosticul depinde în mare parte de etiologie
 - C. Mortalitatea crește odată cu creșterea vârstei și în prezența insuficienței altor organe
 - D. Majoritatea deceselor apar ca urmare a deteriorării schimbului de gaze
 - E. Mortalitatea este mai crescută la tineri
33. În diagnosticul diferențial al sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) intră:
- A. Insuficiența cardiacă
 - B. BPOC
 - C. Astmul bronșic
 - D. Fibroza pulmonară
 - E. Pneumonia
34. *Baza tratamentului în sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) este reprezentată de:
- A. Corticoterapia intravenoasă
 - B. Oxidul nitric inhalator
 - C. Pronația pacientului
 - D. Ventilația mecanică
 - E. Limitarea edemului pulmonar
35. Sindromul de detresă respiratorie acută este clasificat conform definiției de la Berlin ca fiind:
- A. Ușor: $PEEP \geq 5$ cmH₂O sau raport PaO_2/FiO_2 între 200-300 mmHg
 - B. Moderat : $PEEP \geq 5$ cmH₂O sau raport PaO_2/FiO_2 între 200-300 mmHg
 - C. Sever: $PEEP \leq 5$ cmH₂O si raport PaO_2/FiO_2 între 100 - 200 mmHg
 - D. Ușor: $PEEP \geq 5$ cmH₂O si raport PaO_2/FiO_2 între 200 - 300 mmHg
 - E. Sever: $PEEP \geq 5$ cmH₂O si raport $PaO_2/FiO_2 < 100$ mmHg
36. Din punct de vedere clinic și paraclinic sindromul de detresă respiratorie se exprimă astfel:
- A. Primul semn este o tahicardie inexplicabilă
 - B. Primul semn este o tahipnee inexplicabilă
 - C. Radiografia toracică evidențiază opacifiere unilaterală difuză
 - D. Radiografia toracică evidențiază opacifiere bilaterală difuză
 - E. În ambele câmpuri pulmonare se percep raluri sibilante
37. Sunt cauze frecvente de leziuni pulmonare directe care pot induce sindrom de detresă respiratorie acută:
- A. Pneumonia
 - B. Sepsis-ul
 - C. Embolia grăsoasă

- D. Embolia cu lichid amniotic
E. Aspirația de conținut gastric
38. Sindromul de detresă respiratorie se definește prin:
A. Complianță pulmonară scăzută
B. Existența unei cauze cardiace a edemului pulmonar
C. Infiltrat pulmonar organizat unilateral pe radiografia de torace
D. Infiltrate pulmonare noi, bilaterale, difuze pe radiografia toracică
E. Existența unei Cauze non-cardiace a edemului pulmonar
39. Următoarele valori referitoare la definiția Berlin a sindromului de detresă respiratorie acută sunt adevărate:
A. SRDA moderat: raportul $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$ mmHg
B. SRDA ușor: raportul $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ între 200-300 mmHg
C. SRDA sever: raportul $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 100$ mmHg
D. SRDA sever: raportul $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 300$ mmHg
E. SRDA ușor: raportul $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 100$ mmHg
40. Cu privire la tratamentul sindromului de detresă respiratorie, următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Tratamentul afecțiunii de bază este unul din obiectivele terapeutice
B. Trebuie limitat edemul pulmonar prin restricția fluidelor și la nevoie diuretice
C. Steroizii reprezintă tratamentul de bază
D. Ventilația mecanică este contraindicată în sindromul de detresă respiratorie
E. Pronația reprezintă o modalitate de îmbunătățire a ventilației alveolare
41. Cauze frecvente ale sindromului de detresă respiratorie sunt următoarele:
A. Embolia cu lichid amniotic
B. Pneumonia
C. Sepsis
D. Aspirația de conținut gastric
E. Pancreatita acută
42. Referitor la sindromul de detresă respiratorie, următoarele sunt adevărate:
A. Edemul pulmonar non-cardiogen e o caracteristică principală a sindromului
B. Există o creștere a permeabilității vasculare
C. Se datorează întotdeauna insuficienței cardiace
D. Pronația este una din măsurile terapeutice
E. Complianța pulmonară este crescută

RĂSPUNSURI CAP. XIX - ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

- | | |
|---------------|------------|
| 1 A, C, D | 40 A, B, E |
| 2 A, D, E | 41 B, C, D |
| 3 A, C | 42 A, B, D |
| 4 A, E | |
| 5 A, D | |
| 6 A, B, C, D | |
| 7 A, C, E | |
| 8 A, B, C | |
| 9 A, B, E | |
| 10 A | |
| 11 B | |
| 12 B | |
| 13 B, C | |
| 14 B, E | |
| 15 B, E | |
| 16 A, B, C, D | |
| 17 C, D | |
| 18 A, C, D, E | |
| 19 A, C, E | |
| 20 B, C, E | |
| 21 B, C, D | |
| 22 A, D, E | |
| 23 B, D | |
| 24 B, E | |
| 25 B, C, E | |
| 26 A, B, E | |
| 27 C | |
| 28 B | |
| 29 B, D, E | |
| 30 A, B, C, D | |
| 31 B, C, D, E | |
| 32 A, B, C | |
| 33 A, D | |
| 34 D | |
| 35 D, E | |
| 36 B, D | |
| 37 A, E | |
| 38 A, D, E | |
| 39 B, C | |

CAP. XX - PEDIATRIE

1. Precizați care dintre următoarele afirmații privitoare la crup NU sunt adevărate:
 - A. Reprezintă inflamația acută amigdaliană
 - B. Cel mai frecvent apare între vârsta de 3 luni și 5 ani
 - C. Tusea este productivă
 - D. Se caracterizează prin dispnee și stridor inspirator
 - E. Cazurile severe sunt tratate cu epinefrina în aerosoli și corticosteroizi
2. *Bronșiolita:
 - A. Este o infecție bacteriană a bronhiolilor
 - B. Cel mai adesea apare vara
 - C. Este întâlnită de obicei la copiii >2 ani
 - D. Se manifestă prin wheezing, tuse, raluri, expir prelungit
 - E. Nu reprezintă un risc crescut pentru astm
3. *Următoarea afirmație cu privire la tulburările gastro – intestinale pediatrice este falsă:
 - A. Fistula traheo-esofagiană este frecvent asociată cu atrezie esofagiană
 - B. În stenoza pilorică din punct de vedere imagistic , tranzitul baritat arată lărgirea canalului piloric (semnul sforii)
 - C. Factorii de risc în enterocolita necrotică sunt următorii: naștere prematură, greutate mică la naștere
 - D. Tratamentul în Boala Hirschsprung este reprezentat de colostomie și rezecția zonei afectate
 - E. Complicații posibile în Invaginație pot fi: ischemia intestinală, perforația în timpul reducerii cu clisma cu aer contrast
4. *Este falsă afirmația referitoare la tratamentul în deficitul de creștere:
 - A. Include dietă hipercalorică
 - B. Include dietă hipocalorică
 - C. Include tratarea cauzei subiacente
 - D. Include educarea părinților în vederea unei nutriții și alimentații adecvate
 - E. Include contactarea serviciilor sociale de suport în cazuri de neglijență sau abuz
5. *Mentionați care din următoarele afirmații referitoare la tratamentul unui copil cu enurezis sunt false:
 - A. Fără restricții de lichide

- B. Modificări dietetice
 - C. Desmopresina sau imipramina
 - D. Alarmer pentru enurezis
 - E. Fără lichide aproape de ora culcării
6. *În cazul unui copil cu testicule necoborâte (Criptorhidia) administrarea exogenă de hCG sau orhidopexie este indicată la vârsta :
- A. Înainte de 3 ani
 - B. Înainte de 6 ani
 - C. Înainte de 5 ani
 - D. Înainte de 1 an
 - E. La adolescență
7. Care sunt manifestările clinice sugestive pentru hipotiroidismul congenital la copii?
- A. Fontanela anterioară mare, deschisă
 - B. TSH scăzut, FT4 crescut
 - C. Macroglosie
 - D. Hernie ombilicală, constipație
 - E. Hipertonie
8. Tratamentul în bolile de stocare ale glicogenului constă în:
- A. Transplant hepatic
 - B. Substituire enzimatică (Alglucosidaza alfa)
 - C. Dieta hiperproteică
 - D. Suplimentarea cu fructoză
 - E. Dieta hiperlipidică
9. Boala hemolitică a nou-născutului:
- A. Se caracterizează prin apariția anticorpilor anti-Rh
 - B. Celulele fetale Rh⁻ intră în circulația mamei Rh⁺
 - C. Anticorpi anti-Rh produc hemoliza severă a eritrocitelor fetale la prima sarcină
 - D. Anticorpi anti-Rh produc hemoliza severă a eritrocitelor fetale începând cu a doua sarcină
 - E. Hemoliza poate cauza decesul fătului.
10. *Este falsă afirmația referitoare la Neuroblastom:
- A. Este tumoră cu originea în celulele crestei neurale
 - B. Nu apare în glandele suprarenale sau ganglionii simpatici
 - C. Se manifestă prin: durere abdominală, masă abdominală, scădere ponderală, stare generală influentată, hepatomegalie

- D. Acidul vanilmandelic și homovanilic sunt determinați din urină/ 24 ore
E. CT-ul poate localiza tumora
11. Următoarele afirmații referitoare la scarlatină sunt FALSE:
- A. Prezintă un rash difuz eritemato-papular, cu aspect de « smirghel », limba zmeurie, descumări ale palmelor și plantelor
 - B. Este cauzată de human herpes virus-6 (HHV-6)
 - C. Biologic: test rapid pentru streptococ, cultura din secreția faringiană
 - D. În formele severe apar complicații: cardita reumatică, glomerulonefrita poststreptococică
 - E. Tratamentul recomandat este cel suportiv
12. Tabloul clinic al rubeolei se caracterizează prin:
- A. Debutul este cu rash pe față, mai accentuat pe obraji
 - B. Rash maculopapular care începe pe față și se răspândește pe trunchi
 - C. În formele severe apar complicații: cardita reumatică, glomerulonefrita poststreptococică
 - D. Se asociază adenopatii posterioare, cervicale și occipitale
 - E. Apar pete mic pe palatul moale (petele Forchheimer)
13. *Cel mai frecvent defect cardiac congenital este:
- A. Defectul septal atrial
 - B. Defectul septal ventricular
 - C. Persistența canalului arterial
 - D. Trunchiul arterial persistent
 - E. Transpoziția marilor vase
14. Despre purpura Henoch-Schönlein, următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Este a doua cea mai frecventă vasculită la copii
 - B. Este o vasculită mediată prin complexe imune de tip imunoglobulină A
 - C. Adesea este întâlnită la copii cu vârsta între 3 și 15 ani
 - D. Se manifestă clinic prin: purpură, durere abdominală, artrită/artralgii poliarticulare, hematurie
 - E. Sumarul de urină poate arăta hematurie
15. Care din următoarele afirmații referitoare la tumora Wills sunt adevărate?
- A. Este o formațiune tumorală cu debut la vârsta adolescenței
 - B. Este o tumoră malignă care are origine la nivel renal
 - C. Manifestările clinice constau în scădere ponderală, poliurie, masa palpabilă abdominală sau în flancuri, hipertensiune arterială

- D. Neuroblastomul și istoricul familial de tumoră Wills sunt factori de risc pentru dezvoltarea acestei formațiuni
- E. Evaluarea acestei tumori implică investigații biologice (creatinine, uree) și imagistice (ecografie și CT)
16. Care sunt principalele cauze implicate în apariția hipotiroidismului congenital:
- A. Anticorpi anti tireoperoxidază și anticorpi antitiroglobulină
 - B. Agenezia glandei tiroide
 - C. Patologii ereditare ale sintezei hormonilor tiroidieni
 - D. Tiroidectomie
 - E. Deficitul sever de iod
17. Deschiderea anormală de uretră la copii:
- A. Este o cauză de infertilitate la vârsta adultă
 - B. Defectul poate fi observat doar în timpul micțiunii
 - C. Se poate clasifica în epispadias și hipospadias în funcție de deschiderea uretrei la nivelul penisului
 - D. Este indicată efectuarea cirmcumciziei până la vârsta de 1 an apoi corecția chirurgicală
 - E. Poate fi asociat cu alte anomalii anatomice peniene
18. Următoarele afirmații cu privire la creșterea și dezvoltarea normală sunt adevărate:
- A. Greutatea de la naștere se dublează la vârsta de 1 an
 - B. Înălțimea la vârsta de aproximativ 4 ani este dublul lungimii de la naștere
 - C. Macrocefalia nu se asociază în bolile metabolice cerebrale
 - D. Microcefalia poate fi asociată cu expunerea fetală la toxice, infecții congenitale, patologii metabolice, defecte de tub neural
 - E. Greutatea este cea mai sensibilă și primul semn în deficitul de creștere
19. Următoarele afirmații sunt adevărate cu privire la patologia genetică:
- A. Sindromul Down este cea mai frecventă cauză de dizabilitate intelectuală congenitală
 - B. Riscul de trisomie scade la femeile cu vârsta peste 35 ani
 - C. Aproape toate trisomiile rezultă din non-disjuncție în timpul meiozei celulelor germinale maternelor
 - D. În cazul trisomiilor cariotiparea poate detecta cromozomi suplimentari, iar screeningul genetic detectă translocatii
 - E. Sindroame genetice frecvent întâlnite datorate anomaliilor cromozomilor sexuali: sindromul Turner, Sindromul Klinefelter, XXY, XXX
20. Sindromul X fragil se caracterizează prin următoarele:

- A. Reprezintă cea mai comună cauză de dizabilitate intelectuală familială la bărbați
B. Clinic prezintă fața mare cu maxilar proeminent și urechi mari, anomalii ușoare ale mâinii și piciorului
C. Tratamentul este reprezentat de consilierea genetică adecvată pentru părinți
D. Analiza prenatală a AND-ului nu poate fi efectuată la mame cu istoric familial pozitiv
E. Reprezintă un sindrom de deleție
21. Anemia Fanconi este caracterizată prin următoarele:
A. Este o patologie autosomal dominantă
B. Se asociază cu insuficiență medulară
C. Nu are risc de a dezvolta leucemie
D. Clinic: oboseală, dispnee de efort, infecții frecvente, statură mică, pigmentare tegumentară, anomalii ale degetelor
E. Biologic: Hb, Ht, Trombocite - scăzute biopsia medulară arată hipocelularitate
22. Următoarele afirmații sunt adevărate despre otita medie acută:
A. Reprezintă infecția urechii medii, frecventă la copii sub 6 ani
B. Clinic: Dureri auriculare, febră, lichid în urechea medie cu membrană timpanică în tensiune
C. Nu reprezintă o indicație de administrare de antibiotic
D. Tratament: analgezice + amoxicilina-clavulanat în doză mare ca prima linie de tratament
E. Complicații: pierdere auz, perforație membrana timpanică, mastoidită, abces temporal
23. Rujeola:
A. Cauzată de human herpes virus-6 (HHV-6)
B. Clinic: febră, tuse, coriză, conjunctivită
C. Petele Koplik sunt leziuni albe spre alb-albastrui cu distribuție la nivelul scalpului, piept și extremități
D. Tratament de rutină: Antitermic, Antibiotic și Vitamina A
E. Complicații: pneumonie, encefalită, otită medie acută
24. Convulsiile febrile:
A. Sunt convulsii ale copiilor între 6 și 60 de luni (5 ani) asociate cu febră
B. Apar odată cu infecția sau leziunile sistemului nervos central (SNC)
C. Necesită investigații de laborator, atât cele simple cât și cele complexe
D. Sunt recurente la 65 % dintre pacienți
E. Nu necesită EEG de rutină
25. Selectați afirmațiile corecte cu privire la “tusea convulsivă”:

- A. Este o infecție bacterială cauzată de Bordetella Pertusis
 - B. Este o infecție virală cauzată de virusurile parainfluenza tip 1 și 2
 - C. Perioada de manifestare cuprinde 3 faze: catarală, paroxistică, convalescență
 - D. Macrolidele (eritromicina) pot scurta durata bolii dacă sunt inițiate precoce
 - E. Cele mai frecvente complicații sunt pneumonia și apneea la sugari
26. Sindromul de detresă respiratorie a nou-născutului
- A. Se manifestă în primele 2 zile de la naștere
 - B. Se manifestă de obicei după 28 de zile de la naștere
 - C. Simptomatologia clinică include: cianoza, bătăi ale aripioarelor nazale, geamăt respirator, tiraj intercostal, frecvență respiratorie > 60 respirații/minut
 - D. Rx pulmonar arată opacități cu tendință la confluare bilaterale
 - E. Rx pulmonar decelează atelectazie bilaterală cu aspect de sticlă mată
27. Care afirmații referitoare la stenoza pilorică sunt false:
- A. Reprezintă hipertrofia sfincterului piloric care poate cauza obstrucția evacuării gastrice
 - B. Simptomele încep în primele zile de la naștere
 - C. Simptomele încep la câteva săptămâni după naștere
 - D. Investigațiile de laborator arată: acidoza metabolică hipercloremică, hiperpotasemică
 - E. Tratamentul este suportiv, simptomatic
28. În hidrocefalia copilăriei se pot întâlni frecvent următoarele manifestări:
- A. Letargie
 - B. Vărsături
 - C. Inapetență
 - D. Cefalee
 - E. Dureri intense în fosa iliacă dreaptă
29. *Următoarea afirmație despre boala Kawasaki este falsă:
- A. Este cel mai adesea întâlnită la copiii mici
 - B. Este o inflamație necrozantă a vaselor mari, medii și mici
 - C. Reprezintă a doua cea mai frecventă vasculită la copii
 - D. Tratamentul este strict chirurgical
 - E. Ecocardiograma poate pune în evidență anevrisme ale arterelor coronariene
30. *Etapile tusei convulsive sunt:
- A. Faza catarală: 1 până la 2 săptămâni cu simptome nespecifice, tuse ușoară, rinoree, conjunctive injectate și pot asocia febră ușoară

- B. Faza paroxistică: durează aproximativ 2 săptămâni cu o scădere graduală a frecvenței și severității tusei
- C. Faza de convalescență: după a doua săptămână de boală, încep episoade paroxistice de tuse urmată de un sunet inspirator „convulsiv”, emeză, sincopă
- D. Toate afirmațiile de mai sus sunt adevărate
- E. Niciuna dintre afirmațiile de mai sus nu este adevărată
31. *Depre boala Hirschprung este adevărată următoarea afirmație:
- A. Tratamentul este medicamentos
- B. Simptomul principal este diareea
- C. Clisma baritată arată dilatație proximală(megacolon) cu îngustare distală
- D. Biopsia intestinală arată absența microvililor intestinali
- E. Absența inervației autonome intestinale cauzează spasme, diaree, distensie abdominală
32. *Afirmațiile false despre Tumora Wilms sunt:
- A. Apare cel mai des la adolescenți
- B. Pacienții prezintă istoric familial, neurofibromatoză și alte anomalii genitourinare
- C. Paraclinic se urmăresc valoarea ureei, creatininei și hemoleucograma, pentru evaluarea funcției renale
- D. CT-ul sau ecografia sunt diagnostice și pot arăta și eventuale metastaze
- E. Tratamentul presupune rezecție chirurgicală sau nefrectomie
33. *În boala Pompe este adevărată informația:
- A. Tratamentul este transplantul hepatic
- B. Simptomele sunt hepatomegalie, hipoglicemie, convulsii, față de păpușă, extremități subțiri
- C. Enzima afectată este Glucozo-6-fosfataza
- D. Enzima afectată este alfa-glucoxidazalizo-zomală
- E. Simptomele sunt afectarea mușchilor scheletici, crampe, mialgii, fatigabilitate
34. *Este adevărată următoarea afirmație despre displazia de sold:
- A. Incidența este mai mare la sexul masculin
- B. Reprezintă dislocarea antenatală a capului femural din acetabul, perturbând dezvoltarea normală a articulației soldului
- C. Tratamentul folosit este hamul Pavlik
- D. Ct-ul sau Rmn-ul sunt necesare pentru diagnostic
- E. Semnul Galeazzi pozitiv - genunchii la înălțimi egale când șoldurile și genunchii sunt în extensie

35. *În otita medie acută sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Este o infecție acută a urechii externe întâlnită la copiii cu vârstă peste 6 luni, incidența crește cu vârsta
 - B. Tratamentul de primă linie este cu amoxicilina-clavulanat în doză mare
 - C. Diagnosticul trebuie confirmat paraclinic (leucocitoză cu neutrofilie)
 - D. Complicațiile includ mastoidita, pierderea auzului, abces temporal
 - E. Nicio afirmație nu este adevărată
36. Defectul septal ventricular se caracterizează prin:
- A. Discontinuitatea septului atrial
 - B. Ecocardiograma evidențiază shuntul
 - C. În lipsa tratamentului apare sindromul Eisenmenger
 - D. Este cel mai frecvent defect cardiac congenital
 - E. ECG este cel care pune diagnosticul de certitudine
37. Diagnosticul Tetralogiei Fallot este descris de următoarelor elemente echografice:
- A. Aorta călare pe sept
 - B. Originea comună a ambelor vase mari
 - C. Artera pulmonară călare pe defect septal atrial
 - D. Obstrucția eiecției ventriculului drept
 - E. Venele pulmonare nu drenează în atriul stâng
38. Următoarele afirmații despre crupul laringian sunt adevărate:
- A. Simptomele prezente sunt: tuse lătrătoare, congestie nazală, stridor inspirator, febră
 - B. Simptomele prezente sunt: tuse seacă, congestie nazală, wheezing
 - C. Este provocat cel mai frecvent de agenți infecțioși bacterieni
 - D. Tratamentul este suportiv
 - E. Cel mai frecvent apare la grupa de vârstă 10-14 ani
39. Despre bronșiolită se poate afirma:
- A. Simptomatologia include stridor inspirator, tuse bitonală, febră, disfonie
 - B. Cel mai adesea apare toamna
 - C. Prezintă ca și complicație un risc crescut de a dezvolta astm bronșic
 - D. Simptomatologia include dispnee, wheezing, tuse, febră, expir prelungit
 - E. Rx-ul stabilește diagnosticul de certitudine
40. Icterul neonatal poate fi provocat de:
- A. Hemoliză crescută: incompatibilitate materno-fetală ABO, anomalii ereditare ale elementelor figurate ale sângelui

- B. Anomalii hepatice: sindrom Gilbert, sindrom Crigler-Najjar, atrezie biliară
- C. Icterul fiziologic (Kern) reprezintă depozitarea bilirubinei în ganglionii bazali și hipocamp și poate cauza afectare permanentă
- D. Supraproducția de bilirubină fără hemoliză: hemoragie, transfuzie materno-fetală
- E. Hepatita virală a nou născutului (Hepatita B)/Supraproducția de bilirubină cu hemoliză: hemoragie, transfuzie materno-fetală
41. Invaginația intestinală are următoarele caracteristici, cu excepția:
- A. Scaunul are aspect tipic de jeleu de coacăze
- B. Telescoparea intestinului într-un segment adiacent al intestinului, ducând la obstrucție cel mai frecvent distal de valva ileocecală
- C. Factori de risc sunt: diverticul Meckel, purpura Henoch-Schonlein (asociată cu invaginațiile ileale), infecția cu adenovirus, fibroza chistică
- D. Complicațiile sunt ischemie cerebrală (diencefalul este susceptibil în special)
- E. Complicațiile includ perforația în timpul reducerii cu clismă cu aer contrast
42. Stenoza pilorică este caracterizată de următoarele aspecte:
- A. Tratamentul este chirurgical
- B. Hipertrofia sfîcterului piloric poate cauza obstrucția evacuarii gastrice
- C. Tranzitul baritat arată îngustarea canalului piloric (semnul sforii)
- D. Simptomele apar tardiv și se manifestă prin: vărsături bilioase, vărsături în jet, masă abdominală palpabilă în hipogastriu
- E. Tratamentul poate fi atât chirurgical cât și medicamentos
43. Afirmatiile adevărate despre valvele uretrale posterioare sunt:
- A. Reprezintă o pliere anormală a țesutului la nivelul uretrei prostatice distale, cauzând obstrucția vezicii urinare și jet urinar slab
- B. Simptomele include jet urinar slab, infecție de tract urinar, distensie abdominală
- C. Ecografia arată subțierea pereților vezicii urinare, hidronefroză unilaterală
- D. Tratamentul este nefrotomia
- E. Cistouretrograma urinară arată alungirea și dilatarea uretrei posterioare în timpul micțiunii/ „cistouretrografie micțională”
44. Următoarele afirmații despre hipotiroidismul congenital sunt adevărate: (p 222)
- A. Este cauzat de deficitul sever de TSH, agenezia de glanda suprarenală, sau patologii ereditare ale sintezei hormonilor tiroidieni
- B. În lipsa tratamentului, duce la dezvoltare mentală anormală și întârzierea creșterii (cretinism)

- C. Semnele clinice pot include: hipotonia, fontanelă mare care rămâne deschisă, macroglosie, hernie ombilicală, piele uscată, icter
- D. Laboratorul arată FT4 crescut, TSH scăzut
- E. Tratamentul este levotiroxină începută imediat după naștere pentru a evita întârzierile permanente în dezvoltare
45. În tabloul clinic al anemiei Fanconi sunt prezente următoarele, cu excepția:
- A. Hiperkinezie
 - B. Anomalii ale membrilor inferioare, frecvent asociate cu statură înaltă
 - C. Infecții frecvente
 - D. Pigmentari tegumentare anormale (pete cafe au lait sau zone hipopigmentate)
 - E. Rinichi în potcoavă
46. Neuroblastomul este o tumoră neuroendocrină cu următoarele caracteristici:
- A. Simptomele includ: distensie și durere abdominală, scădere ponderală, stare generală alterată, durere osoasă, diaree, masă abdominală, HTA
 - B. CT-ul poate localiza tumora tiroidiană sau ganglionară
 - C. Tratament presupune rezecție chirurgicală, chimioterapie, radioterapie
 - D. Prognosticul este prost dacă apare după vârsta de 1 an metastazează în os și creier
 - E. Factorii de risc sunt: consumul matern de alcool, sindromul Horner, obezitatea
47. Despre convulsiile febrile se poate afirma că:
- A. Apar în absența leziunilor sau infecțiilor sistemului nervos central
 - B. Pot fi simple—crize generalizate, ce durează mai puțin de 15 minute
 - C. Antipireticele scad riscul de convulsii febrile
 - D. Sunt prezente la copii cu istoric familial de convulsii febrile
 - E. EEG-ul este necesar pentru diagnosticul de certitudine
48. Despre paralizia cerebrală (PC) sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Paralizia cerebrală diskinetică apare în patologia piramidală
 - B. Terapia farmacologică (ex. toxină botulinică, dantrolene, baclofen, benzodiazepine) fizioterapia, tonifierea și intervenția chirurgicală pot fi utile pentru ameliorarea simptomelor și funcțională
 - C. Pacienții cu PC spastică au tonus scăzut la nivelul mai multor membre, reflexe tendinoase profunde diminuate, slăbiciune, mers normal și frecvent dizabilitate intelectuală
 - D. Pacienții cu PC diskinetică au mișcări coreoatetozice, distonice sau ataxice care se agravează la stres precum și dificultăți de vorbire (dizartrie)
 - E. Paralizia cerebrală spastică este cauzată de deteriorarea tracturilor piramidale

49. Botulismul infantil:
- A. Mierea la copiii sub 1 an este interzisă din cauza riscului crescut de botulism infantil
 - B. Complicațiile sunt șoc anafilactic și deces
 - C. Tratamentul include administrarea de imunoglobulină botulinică intravenos
 - D. Se prezintă cu vărsături, diaree, alimentație deficitară, hipertonie, tetanie, reflex de deglutiție abolit
 - E. Conduita terapeutică presupune protejarea căilor aeriene, suport respirator dacă este necesar
50. În varus equin este prezentă:
- A. Inversia piciorului
 - B. Flexia plantară a gleznei
 - C. Abducția piciorului anterior
 - D. Adducția piciorului anterior
 - E. Flexia dorsală a gleznei
51. Principalele repere de dezvoltare în timpul copilăriei sunt:
- A. Râde la 2 ani
 - B. Merge bine la 9 luni
 - C. Gândire magică la 3 ani
 - D. Capabil să distingă fantasticul de realitate la 6 ani
 - E. Ridică capul la 90 de grade la 2 luni
52. Care din următoarele fraze sunt adevărate referitor la trisomii:
- A. Aproape toate trisomiile rezultă din non-disjuncție în timpul meiozei celulelor germinale maternelle
 - B. Riscul de a naște copii cu trisomie crește exponențial la femei după vârsta de 30 de ani
 - C. Sindromul Down este cea mai frecventă cauză de dizabilitate congenitală intelectuală la sexul masculin
 - D. Cariotiparea poate detecta cromozomi suplimentari, iar screeningul genetic poate detecta translocatii
 - E. Screeningul cvadruplu prenatal poate ajuta la detectarea feților potențial afectați
53. Rujeola:
- A. Incidența cea mai mare este la grupa de vârstă 6 luni-3 ani
 - B. Se manifestă prin: febră, tuse, coriză, conjunctivită, rash eritematos
 - C. Se manifestă prin: rash eritematos care începe pe scalp, piept și extremități
 - D. Petele Koplik reprezintă leziuni albe spre alb-albăstrui în ciorchine pe mucoasa jugală, de obicei în dreptul celui de-al doilea molar

E. Tratamentul se face cu antivirale

54. Infecția de tract urinar:

- A. Ar trebui luată în considerare întotdeauna la copiii mai mici de 2 ani cu febră și la orice alt copil cu simptome urinare
- B. *Proteus Mirabilis* este cel mai comun microorganism care produce infecție urinară
- C. Investigațiile de laborator necesare pentru stabilirea diagnosticului sunt: sumar de urină și urocultură
- D. Ca tratament utilizat: aminoglicozidele sunt de primă intenție
- E. Posibilele complicații sunt: pielonefrită, cicatrici renale, urosepsis

55. Următoarele afirmații despre tulburările din spectrul autist sunt false:

- A. Afectare persistentă, severă a comunicării sociale și interacțiunii interpersonale, precum și patternuri conservatoare, restricționate ale comportamentului și preocupărilor
- B. Este caracterizată de interacțiuni sociale neadecvate: utilizare deficitară a comportamentelor nonverbale, eșec în a dezvolta relații cu ceilalți, eșec în a căuta interacțiune socială, lipsa reciprocității sociale
- C. Comportament restrictiv: rutină flexibilă, fără preocupări pentru un pattern restrictiv de interes, lipsa jocului imaginativ sau imitativ pentru vârstă
- D. Tratamentul este exclusiv medicamentos prin antidepresive triciclice
- E. Psihoterapia comportamentală, de limbaj și socială cu cei din anturaj și cu familia poate ajuta la îmbunătățirea interacțiunii sociale

RĂSPUNSURI CAP. XX - PEDIATRIE

- | | |
|---------------|---------------|
| 1 A, C | 40 A, B, D, E |
| 2 D | 41 B, D |
| 3 B | 42 A, B, C |
| 4 B | 43 A, B, E |
| 5 A | 44 B, C, E |
| 6 C | 45 A, B |
| 7 A, C, D | 46 A, C, D |
| 8 A, B, C | 47 A, B, D |
| 9 A, D, E | 48 B, D, E |
| 10 B | 49 A, C, E |
| 11 B, E | 50 A, B, D |
| 12 B, D, E | 51 C, D |
| 13 B | 52 A, D, E |
| 14 B, C, D, E | 53 B, C, D |
| 15 B, C, E | 54 A, C, E |
| 16 B, C, E | 55 C, D |
| 17 A, C, E | |
| 18 B, D, E | |
| 19 A, C, D, E | |
| 20 A, B, C | |
| 21 B, D, E | |
| 22 A, B, E | |
| 23 B, E | |
| 24 A, E | |
| 25 A, C, D, E | |
| 26 A, C, E | |
| 27 B, D, E | |
| 28 A, B, C, D | |
| 29 D | |
| 30 A | |
| 31 C | |
| 32 A | |
| 33 D | |
| 34 C | |
| 35 D | |
| 36 B, C, D | |
| 37 A, D | |
| 38 A, D | |
| 39 C, D | |

CAP. XXI - EPIDEMIOLOGIE

1. *Tipul de studiu care combină rezultatele mai multor cercetări ce examinează o boală sau o expunere, se numește:
 - A. Studiu transversal
 - B. Studiu de cohortă
 - C. Studiu caz-control
 - D. Meta-analiză
 - E. Trial clinic
2. *Factorii de confuzie sunt variabile ce:
 - A. Afectează atât grupurile experimentale, cât și cele de control
 - B. Se asociază doar cu expunerea
 - C. Se asociază doar cu rezultatul ei (boala)
 - D. Se distribuie în mod egal între cei care au boala și cei care nu o au
 - E. Se introduc prin erori de publicare
3. *Numărul persoanelor decedate cu o anumită patologie (într-un anumit interval de timp), raportat la numărul total de pacienți diagnosticați cu patologia respectivă, reprezintă:
 - A. Incidența
 - B. Prevalența
 - C. Rata de fatalitate
 - D. Riscul bolii
 - E. Riscul relativ
4. *OR (Odds ratio) se determină, în special, prin:
 - A. Studii transversale
 - B. Studii caz-control
 - C. Studii de cohortă retrospective
 - D. Studii de cohortă prospective
 - E. Trialuri clinice randomizate
5. Grupuri de subiecți martori se utilizează în:
 - A. Studiile transversale
 - B. Studiile de cohortă
 - C. Studiile caz-control
 - D. Trialurile clinice randomizate

- E. Seriile de cazuri
6. Studiile caz-control:
- A. Au un design retrospectiv
 - B. Permit analiza bolilor rare sau a celor cronice, într-o perioadă scurtă de timp
 - C. Sunt grevate de mai multe erori de selecție
 - D. Sunt dificil de realizat, fiind consumatoare de timp și de resurse financiare
 - E. Sunt folosite pentru estimarea prevalenței bolii
7. Trialul clinic randomizat:
- A. Reprezintă standardul de aur în rândul studiilor utilizate în cercetarea medicală
 - B. Examinează o cohortă de subiecți expuși la un factor de risc
 - C. Este utilizat pentru cercetarea eficienței unui produs terapeutic experimental
 - D. Compară subiecții ce primesc tratamentul aflat în cercetare, cu subiecții la care se administrează placebo sau tratamentul deja existent
 - E. Are ca dezavantaj principal - controlul slab al factorilor de confuzie
8. Rezultatele unui studiu epidemiologic nu pot fi extrapolate populației generale în cazul existenței:
- A. Unor erori observaționale
 - B. Unor erori de selecție
 - C. Unor erori de memorie
 - D. Unor erori de investigație
 - E. Unei repartiții nerandomizate a subiecților în grupurile de studiu
9. Un studiu dublu-orb evită:
- A. Erorile de investigație
 - B. Erorile de memorie
 - C. Erorile de publicare
 - D. Erorile observaționale
 - E. Erorile de selecție
10. Numărul total de persoane cu o anumită boală, dintr-un anumit areal și o anumită perioadă de timp, reprezintă:
- A. Un indicator de mortalitate
 - B. Incidența bolii respective
 - C. Prevalența bolii respective
 - D. Rata de fatalitate
 - E. O rată de morbiditate

11. Există o asociere între o expunere și o boală dacă:
- A. $p < 0,05$
 - B. $p > 0,05$
 - C. $RR > 1$
 - D. $RR = 1$
 - E. $RR \geq 1$
12. Probabilitatea ca un test screening să fie pozitiv la pacienții care au boala reprezintă:
- A. Sensibilitatea
 - B. Specificitatea
 - C. Valoarea predictivă pozitivă
 - D. Valoarea predictivă negativă
 - E. Un estimator utilizat în analiza testelor de diagnostic
13. Probabilitatea ca un test screening să fie negativ la pacienții care nu au boala reprezintă:
- A. Sensibilitatea
 - B. Specificitatea
 - C. Valoarea predictivă pozitivă
 - D. Valoarea predictivă negativă
 - E. Un estimator utilizat în analiza testelor de diagnostic
14. Un test screening ideal are:
- A. Sensibilitate ridicată
 - B. Specificitate ridicată
 - C. Acuratețe înaltă
 - D. Rezultate fals-negative frecvente
 - E. Rezultate fals-pozitive frecvente

RĂSPUNSURI CAP. XXI - EPIDEMIOLOGIE

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

BIBLIOGRAFIE

1. Adam Feather, David Randall, Mona Waterhouse: *Kumar și Clark Medicină Clinică*. Leonard Azamfirei, Anca Dana Buzoianu, Dan Ionuț Gheonea – coordonatorii ediției în limba română, Ediția a 10-a, Editura Hipocrate, București, 2021.
2. Peter F. Lawrence - *Chirurgie generală și specialități chirurgicale*. Octavian Crețu, Viorel Jinga, Viorel Scripcariu – coordonatorii ediției în limba română, Ediția a 6-a, Editura Hipocrate, București, 2021.
3. Latha Ganti, David Lebowitz, Javier Rosario, Ariel Vera: *Sinopsis de medicină*. Cristina Oana Mărginean, Cătălina Poiană - coordonatorii ediției în limba română, Ediția a 5-a, Editura Hipocrate, București, 2021.