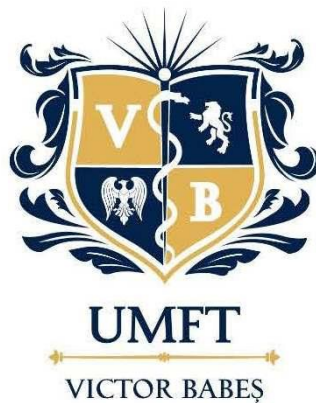


**Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” din Timișoara**  
**Facultatea de Medicină**



**Teste orientative pentru  
examenul de licență**

**2021**

## Pneumologie

1. Următoarele aspecte trebuie avute în vedere în managementul pacientului cu BPOC:
  - A. Evaluarea inițială
  - B. Tratamentul farmacologic
  - C. Tratamentul nonfarmacologic (oxigenoterapia cronică, ventilația noninvazivă și reabilitarea respiratorie)
  - D. Combaterea tabagismului nu reprezintă o măsură de profilaxie primară
  - E. Evaluarea riscului de exacerbare nu este importantă în monitorizarea pacientului BPOC
2. În cadrul evaluării inițiale a pacientului cu BPOC anamneza trebuie să identifice:
  - A. Diagnosticul
  - B. Simptomele
  - C. Istoricul de exacerbări
  - D. Elementul etiologic
  - E. Antecedente heredocolaterale de astm bronșic
3. Explorările de bază la luarea în evidență în perioada stabilă a bolnavului cu BPOC sunt:
  - A. Computer tomografia de torace
  - B. Spirometria cu test bronho-dilatator cu beta-mimetic de scurtă durată
  - C. Radiografia toracică standard
  - D. Evaluarea comorbidității cardiovasculare
  - E. Ecografia abdominală
4. În perioada stabilă a BPOC, se pot efectua următoarele explorări alternative:
  - A. Gazele sanguine și hemograma în caz de BPOC ușor (VEMS > 80%)
  - B. Dozarea alfa-1-antitripsinei plasmatice la un pacient tânăr (sub 40 ani) sau nefumător
  - C. Tomografie computerizată (pentru evidențierea de bronșiectazii sau de patologii interstițiale)
  - D. Fibrobronhoscopia este efectuată la toți pacienții cu BPOC
  - E. Polisomnografia este efectuată la toți pacienții cu BPOC
5. În caz de hipertensiune arterială pulmonară semnificativă la pacienții cu BPOC, se vor suspeciona:
  - A. Sindrom de apnee în somn (se va efectua polisomnografie)
  - B. Insuficiența cardiacă
  - C. Mucoviscidoza
  - D. Trombembolismul pulmonar (tomografie computerizată cu contrast)
  - E. Infarct miocardic (se va efectua ECG)
6. Supravegherea pe termen lung a pacientului cu BPOC presupune:
  - A. Controlul clinic de rutină la 6 luni
  - B. Spirometria și ECG se vor efectua la 12 luni, pentru a evalua progresia deteriorării VEMS sau apariția unor modificări cardiace
  - C. Evaluarea oportunității reabilitării respiratorii
  - D. Dozarea gazelor sanguine nu este concludentă
  - E. Tomografie computerizată la 3 luni pentru evaluarea progresiei bolii
7. Profilaxia secundară în BPOC presupune:
  - A. Sevrăjul fumatului
  - B. Aport caloric adecvat
  - C. Vaccinare antigripală anuală la pacienții vârstnici și cu forme severe de BPOC

- D. Vaccinarea antipneumococică pentru pacienții peste 65 de ani sau mai tineri, dar cu comorbidități severe, în special cardiovasculare
  - E. Administrarea profilactică de antibiotice
8. Medicamentele folosite în tratamentul BPOC sunt:
- A. Inhibitorii tusei
  - B. Bronhodilatatoarele
  - C. Corticosteroizii inhalatori
  - D. Medicația mucolitică și antioxidantă
  - E. Medicația antihipertensivă
9. Terapia de baza în tratamentul BPOC este reprezentată de următoarele bronhodilatatoare:
- A. Betablocante
  - B. Anticolinergice
  - C. Betamimetice
  - D. Teofiline retard
  - E. Inhibitorii enzimei de conversie
10. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la corticoizii inhalatori (CSI) în terapia BPOC:
- A. Influențează semnificativ rata de degradare anuală a VEMS
  - B. Pot fi administrați în perioada stabilă, în asociere cu terapia bronhodilatatoare
  - C. În terapia de lungă durată nu produc ameliorarea calității vieții bolnavilor
  - D. În terapia de lungă durată reduc rata exacerbărilor la pacienții cu BPOC
  - E. Eficiența corticoterapiei în BPOC este superioară celei din astm
11. Prima opțiune în tratamentul adecvat în funcție de grupul de risc în BPOC este:
- A. Grupul C: asociere CSI+BADLA sau anticolinergic cu durată lungă
  - B. Grupul A: BADLA sau anticolinergic cu durată lungă
  - C. Grupul B : anticolinergic de durată lungă sau BADLA
  - D. Grupul C : BADSA sau anticolinergic cu durată scurtă de acțiune
  - E. Grupul D : BADLA plus anticolinergic cu durată scurtă
12. Obiectivele generale ale unui program de reabilitare respiratorie sunt:
- A. Să amelioreze simptomatologia
  - B. Să crească nivelul consumului de medicamente
  - C. Să amelioreze supraviețuirea
  - D. Să crească numărul de exacerbări
  - E. Să amelioreze calitatea vieții
13. Criterii de includere a unui pacient într-un program de reabilitare respiratorie sunt:
- A. Bolnavii moderați sau severi care necesită oxigenoterapie de lungă durată
  - B. Pacienții recent externați după exacerbări, care au necesitat terapie intensivă
  - C. Bolnavii care nu necesită ventilatie non-invazivă
  - D. Bolnavii moderați sau severi care manifestă semne de depresie și tendințe la marginalizare socială
  - E. Pacienții cu BPOC în exacerbare acută
14. Există următoarele observații în ceea ce privește efectele unui program de reabilitare respiratorie (PRR):
- A. Costurile medicale pentru pacienții cu BPOC sunt de 6-7 ori mai ridicate decât pentru astmatici
  - B. Calitatea vieții nu a fost semnificativ ameliorată prin PRR
  - C. Simptomatologia poate fi redusă semnificativ prin PRR, în special dispneea
  - D. S-a constatat scăderea numărului de exacerbări, pe durata primului an după efectuarea PRR
  - E. Scăderea toleranței la efort, atât în activitățile curente, cât și în eforturi submaximale

15. Următoarele afirmații privind exacerbările BPOC sunt adevărate:
- Dispneea nu este agravată în exacerbări
  - Cauza cea mai frecventă pare să fie infecția bronșică
  - Infecțiile virale sunt responsabile de mai bine de o treime din exacerbări
  - Principalele bacterii incriminate sunt: Haemophilus Influenzae, Branhamella, Pneumococul
  - Virusurile gripale și paragripale nu sunt incriminate în etiologia exacerbărilor din BPOC
16. Definiția BPOC (după ghidul GOLD) este:
- O afecțiune plurifactorială (condiționată genetic, constituțional și prin poluare cronică a aerului respirat)
  - Ce determină staționarea VEMS cu reversibilitate minimă, nesemnificativă
  - Ce determină scădere progresivă și lentă a VEMS cu reversibilitate minimă, nesemnificativă
  - Caracterizată de un răspuns inflamator cronic ca răspuns la factori iritativi cronici din aerul respirat
  - Caracterizată de hiperreactivitatea bronșica
17. Bronșita cronică se definește prin:
- Tuse seacă
  - Hipersecreție cronică sau recurentă
  - Tuse cu expectorație 2 luni pe an, trei ani consecutiv
  - Tuse cu expectorație 3 luni pe an, doi ani consecutiv
  - Hemoptizie
18. Următoarele afirmații, despre emfizem sunt adevărate:
- Reprezintă o distrucție a vascularizației plămânului
  - Reprezintă o distrucție a septurilor alveolare
  - Reprezintă o fibroză a plămânului
  - Se produce o mărire anormală și persistentă a teritoriilor aeriene distale bronhiolilor terminale
  - Nu se însoțește de o fibroză evidentă
19. Următoarele afirmații referitoare la VEMS sunt false:
- Rămâne constant tot timpul vieții
  - Prezintă o tendință naturală de scădere în cursul vieții
  - Scăderea VEMS este de aproximativ 40-50 ml/an
  - Scăderea VEMS este de aproximativ 15-30 ml/an
  - Valoarea VEMS la un anumit moment al vieții depinde de doi factori: valoarea de start și factorii de risc externi
20. Următoarele afirmații referitoare la factorii de risc pentru BPOC sunt false:
- Fumatul reprezintă cel mai important factor de risc cunoscut
  - Deficitul de alfa-1-antitripsină nu este un factor de risc
  - Polenul este un factor de risc important
  - Poluarea atmosferică poate reprezenta o etiologie unică
  - Solvenții volatili pot fi un factor de risc
21. BPOC-ul este o boală care din punct de vedere morfopatologic produce modificări la nivelul:
- Căilor aeriene mari
  - Parenchimului pulmonar (alveole și interstițiu)
  - Vascularizației pulmonare
  - Laringelui
  - Corzilor vocale

22. În BPOC, la nivelul căilor aeriene mari, din punct de vedere morfopatologic se produce:
- A. Hiperplazia și hipertrofia glandelor submucoase
  - B. Hipoplazia celulelor caliciforme
  - C. Hipertrofia moderată a musculaturii bronșice
  - D. Hipersecreția bronșică
  - E. Hipertrofia inelelor cartilajinoase traheobronșice
23. Următoarele afirmații referitoare la căile aeriene mici în BPOC sunt adevărate:
- A. Nu prezintă leziuni caracteristice BPOC-ului
  - B. Reprezintă sediul leziunilor cele mai caracteristice în BPOC
  - C. Boala poate fi descrisă ca o bronșiolită lent evolutivă
  - D. Epiteliul monostratificat este înlocuit cu un epiteliu pseudostratificat
  - E. Apare un grad variabil de fibroză
24. Emfizemul centrolobular reprezintă:
- A. Tipul cel mai rar de emfizem întâlnit în BPOC
  - B. Tipul cel mai prevalent de emfizem întâlnit în BPOC
  - C. Nu este influențat de tabagism
  - D. Este esențialmente legat de tabagism
  - E. Leziunile caracteristice emfizematoase se găsesc în zona centrală acinară
25. Următoarele afirmații referitoare la emfizemul panlobular în BPOC sunt false:
- A. Afectează parțial anumite arii acinare
  - B. Afectează global întreaga arie acinară
  - C. Afectează predominant lobii superiori
  - D. Afectează predominant lobii inferiori
  - E. Se regăsește frecvent la indivizii vârstnici
26. Procesele reparatorii tisulare din inflamația cronică din BPOC implică:
- A. Activarea macrofagelor
  - B. Eliberarea de factori de creștere
  - C. Inactivarea macrofagelor
  - D. Activarea fibroblastelor și miofibroblastelor
  - E. Creșterea numărului de leucocite
27. Simptomele caracteristice BPOC-ului sunt:
- A. Dispnee de efort
  - B. Hemoptizie
  - C. Tuse cronică productivă
  - D. Transpirații
  - E. Inapetență
28. Dispneea în BPOC are următoarele caracteristici:
- A. Este simptomul cel mai caracteristic
  - B. Inițial este de efort
  - C. Are un caracter progresiv
  - D. Are un debut brusc
  - E. Dispare la efort
29. Tusea în BPOC are următoarele caracteristici:
- A. Matinală
  - B. Inițial intermitentă apoi zilnică
  - C. Predominant nocturnă
  - D. Paroxistică
  - E. Apare la efort
30. Chestionarul COPD Assessment Test (CAT):
- A. Cuprinde 6 afirmații

- B. Cuprinde 8 afirmații
  - C. Are un scor maxim de 30 puncte
  - D. Un scor peste 15 este considerat semnificativ în Ghidul GOLD
  - E. Fiecare afirmație se notează cu un scor între 0-5 puncte
31. Scara Modified Medical Research Council (mMRC):
- A. Este un instrument care evaluează starea de sănătate a pacientului
  - B. Cuantifică dispneea pacientului
  - C. Un scor peste 2 este considerat semnificativ
  - D. Un scor sub 2 este considerat semnificativ
  - E. Dispneea este evaluată printr-un scor de la 0 la 5 puncte
32. Sindromul de apnee în somn (SAS) se caracterizează prin:
- A. Somnolență diurnă
  - B. Somnolență nocturnă
  - C. Senzație de somn neodihnitor
  - D. Tulburări de concentrare intelectuală
  - E. Senzație de somn odihnitor
33. Semnele fizice în BPOC sunt reprezentate de:
- A. Aspectul toracelui "în butoi"
  - B. Mărirea diametrului anteroposterior
  - C. Orizontalizarea coastelor
  - D. Accentuarea murmurului vezicular
  - E. Fatigabilitate
34. Semne fizice de severitate în BPOC sunt:
- A. Utilizarea intensă a mușchilor respiratori accesori
  - B. Frecvență respiratorie peste 20/minut
  - C. Agitație psihomotorie
  - D. Alură ventriculară peste 110/minut
  - E. Alterarea conștienței
35. Următoarele afirmații referitoare la spirometrie sunt adevărate:
- A. Nu este obligatorie pentru confirmarea diagnosticului de BPOC
  - B. Confirmă diagnosticul de BPOC
  - C. Se folosește raportul VEMS/CVF > 0,70 post bronhodilatator pentru stabilirea diagnosticului
  - D. Se folosește raportul VEMS/CVF < 0,70 post bronhodilatator pentru stabilirea diagnosticului
  - E. Se folosește raportul VEMS/CVF ≤ 0,70 post bronhodilatator pentru stabilirea diagnosticului
36. Diagnosticul diferential în BPOC se face cu:
- A. Tuberculoza pulmonară
  - B. Astmul bronșic
  - C. Mucoviscidoza
  - D. Bronșiectaziile
  - E. Cardiopatia ischemică
37. Explorările funcționale respiratorii sunt reprezentate de:
- A. Radiografia pulmonară
  - B. Spirometria
  - C. Testul presor la rece
  - D. Pletismografia
  - E. Factorul de transfer al monoxidului de carbon
38. Următoarele afirmații referitoare la evaluarea gazelor sanguine în BPOC sunt adevărate:

- A. Indică prezența sau absența insuficienței respiratorii cronice (IRC)
  - B. Prelevarea de sânge arterial este recomandată la pacienții care prezintă BPOC ușor-moderat
  - C. Corectarea hipoxiei prin administrarea de oxigen cu debit crescut (2-3 litri/min) poate duce la deprimarea centrilor respiratori
  - D. Corectarea hipoxiei prin administrarea de oxigen cu debit crescut (peste 4 litri/min) poate duce la deprimarea centrilor respiratori
  - E. Prelevarea de sânge arterial este recomandată la pacienții care prezintă BPOC moderat și sever
39. Aspectul de hiperinflație pe radiografia pulmonară la pacientul cu BPOC poate să evidențieze:
- A. Diafragme bombate
  - B. Diafragme jos situate și aplatizate
  - C. Spațiu retrosternal scăzut
  - D. Desen pulmonar accentuat
  - E. Hipertransparență pulmonară difuză
40. Următoarele afirmații referitoare la prognosticul din BPOC sunt adevărate:
- A. Prognosticul nu poate fi evaluat în funcție de severitatea disfuncției obstructive
  - B. Prognosticul poate fi evaluat în funcție de severitatea disfuncției obstructive
  - C. Vârsta sub 60 ani și VEMS > 50% supraviețuire la 5 ani 90%
  - D. Vârsta sub 60 ani și VEMS > 60% supraviețuire la 5 ani 90%
  - E. VEMS < 750 ml mortalitate la 1 an 30% și la 10 ani 95%
41. Pacienții cu BPOC grup D după clasificarea GOLD se caracterizează prin:
- A. Risc scăzut
  - B. Risc crescut
  - C. Simptome semnificative
  - D. Stadiu III sau IV de obstrucție după VEMS și/sau 2 exacerbări/an
  - E. CAT < 10 sau MMRC < 2
42. Pacienții cu BPOC grup C după clasificarea GOLD se caracterizează prin:
- A. Risc scăzut
  - B. Risc crescut
  - C. Simptome semnificative
  - D. Stadiu III sau IV de obstrucție după VEMS
  - E. CAT < 10 sau MMRC < 2
43. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul adecvat pentru BPOC grupa C sunt adevărate:
- A. Prima opțiune CSI+BADLA sau anticolinergic cu durată lungă
  - B. Prima opțiune CSI+BADLA și anticolinergic cu durată lungă
  - C. Alternative: anticolinergic cu durată lungă + BADLA; anticolinergic cu durată lungă sau BADLA + IPDE4
  - D. BADLA
  - E. BADSA
44. Următoarele afirmații referitoare la oxigenoterapia de lungă durată sunt false:
- A. Durată de utilizare trebuie să fie de minim 15-16 ore/zi care să includă obligatoriu perioada nopții
  - B. Indicația se stabilește în perioada de exacerbare
  - C. Debitul este de 2-3 litri/minut
  - D. Debitul este de 4 litri/minut
  - E. Durată de utilizare trebuie să fie de minim 14-15 ore/zi care să includă obligatoriu perioada nopții.

45. \* Confirmarea diagnosticului de BPOC se face prin efectuarea:
- Chestionarului CAT
  - Spirometriei
  - Chestionarului ACT
  - Examenului clinic
  - Anamnezei
46. \* Următorul factor etiologic este cel mai important în apariția BPOC-ului:
- Deficitul de alfa 1 antitripsină
  - Alergenii
  - Radiațiile
  - Fumatul
  - Toate cele de mai sus
47. \* Cauza cea mai frecventă a exacerbării în BPOC este reprezentată de:
- Poluare
  - Infecție bronșică
  - Polen
  - Atopie
  - Stres
48. \* În exacerbarea severă din BPOC nu se efectuează:
- Radiografie toracică
  - EKG
  - Gazometrie
  - Spirometrie
  - Testul de mers
49. \* Nu este criteriu clinic de gravitate care să impună spitalizarea în caz de exacerbare a BPOC:
- Obnubilarea
  - Dispneea severă de repaus
  - Tahipneea > 25.minut
  - Folosirea intensă a mușchilor respiratori accesori
  - Tensiunea arterială 170/110 mmHg
50. \* Tratamentul pacientului cu BPOC în exacerbare non-severă este reprezentat de:
- Oxygenoterapie pe sondă nazală
  - Suport ventilator de tip non-invaziv sau invaziv
  - Medicație bronhodilatatoare maximă
  - Antibioterapie
  - Continuarea tratamentului din perioada stabilă a BPOC
51. \* Selectați afirmația falsă referitoare la tratamentul cu corticosteroizi în BPCO cu exacerbare severă:
- Grăbește remiterea dispneei și simptomelor
  - Ameliorează hipoxemia și hipercapnia
  - Diminuează zilele de spitalizare
  - Scade riscul de recidivă a exacerbărilor în următoarele 6 luni
  - Durata tratamentului este de cel puțin 2 luni
52. \* Indicația de ventilație non-invazivă în BPCO nu este dată de:
- Radiografia toracică
  - Acidoza respiratorie
  - Folosirea mușchilor respiratori accesori
  - Mișcarea paradoxală a abdomenului
  - Ph < 7,35 și PaCO<sub>2</sub> > 45mmHg
53. \* În caz de BPOC, nu este adevărat că :



- A. Dispneea este persistentă și progresivă
  - B. Cel mai important factor etiologic este fumatul
  - C. Scara Borg evaluează dispneea printr-un scor de la 0 la 5 puncte
  - D. Obstrucția căilor aeriene în BPOC este ireversibilă, progresivă
  - E. Dispnee este agravată de efort.
54. \* Selectați afirmația falsă referitoare la exacerbările în BPOC:
- A. Evaluarea comorbidităților este obligatorie
  - B. Se evaluează gravitatea exacerbării
  - C. Se evaluează criteriile de spitalizare
  - D. Antibioticoterapia se recomandă în formele moderat severe
  - E. Corticoterapia pe cale generală este recomandată în toate cazurile
55. Următoarele afirmații referitoare la stadializarea VEMS la pacienții cu BPOC sunt adevărate:
- A. Stadiul 1 (ușor): VEMS > 70%
  - B. Stadiul 2 (moderat): VEMS 50 – 70%
  - C. Stadiul 3 (sever): VEMS 30 – 50%
  - D. Stadiul 4 (foarte sever) VEMS < 30%
  - E. Stadiul 1 (ușor): VEMS > 80%
56. Următoarele afirmații referitoare la BPOC sunt adevărate:
- A. Simptomele se monitorizează cu ajutorul chestionarului CAT
  - B. Simptomele se monitorizează cu ajutorul chestionarului mMRC
  - C. Evaluarea riscului de exacerbare nu este importantă
  - D. Evaluarea comorbidităților este obligatorie
  - E. Evaluarea comorbidităților nu este obligatorie
57. Tratamentul pacienților cu BPOC grupa de risc B este următorul:
- A. Prima opțiune: CSI+ BADLA
  - B. Prima opțiune: anticolinergic cu durată lungă sau BADLA
  - C. Alternative: anticolinergic cu durată lungă și BADLA
  - D. Alternative: CSI + BADLA+ anticolinergic cu durată lungă
  - E. Alternative: Roflumilast
58. Bacteriile incriminate în producerea exacerbărilor în BPOC sunt:
- A. Haemophilus influenza
  - B. Streptococul beta hemolytic
  - C. Pneumococul
  - D. Chlamydia
  - E. Escherichia coli
59. Factorii care intervin în patogenia pneumoniilor comunitare sunt:
- A. Talia inoculului
  - B. Prezența unui teren atopic
  - C. Virulența microbiană
  - D. Terenul (alcoolism, boli cronice, spitalizare îndelungată)
  - E. Flora faringiană comensală
60. Despre rolul Streptococcus pneumoniae, Haemophilus Influenzae și Staphilococcus aureus în patogeniza pneumoniilor comunitare se poate afirma:
- A. Pot fi găsite în faringe între 60 până la 90% la copii
  - B. Pot fi găsite în faringe între 5 până la 25 % la adulți
  - C. Fac parte, adesea, din flora comensală a căilor aeriene superioare
  - D. Nu pot determina colonizare faringiană
  - E. Microaspirarea acestora de la nivel faringian și contaminarea pulmonară se produc rar

61. Despre contaminarea căilor aeriene în cazul pneumoniilor comunitare se poate afirma că:
- A. Colonizarea cu germeni Gram negativi nu este influențată de bolile cronice, alcoolism
  - B. Flora anaerobă prezentă în bucofaringe proliferază în caz de dentiție deficitară
  - C. Într-un procentaj mic de cazuri contaminarea se poate face prin inhalare sau pe cale hematogenă
  - D. Epurarea mucociliară alterată influențează contaminarea căilor aeriene
  - E. Pneumococul nu se regăsește în flora comensală a căilor aeriene superioare
62. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la contaminarea din cursul pneumoniilor comunitare:
- A. Se produce, cel mai adesea, prin microaspirare după colonizare faringiană
  - B. Inoculul inhalat ajunge preferențial în lobii superiori
  - C. Inoculul inhalat ajunge preferențial în lobii inferiori, lobul mediu sau lingulă
  - D. Inoculul inhalat nu poate ajunge la nivelul căilor aeriene distale
  - E. Se poate produce pe cale hematogenă (flebită septică sau endocardită)
63. Următoarele afirmații despre pneumoniile nosocomiale sunt adevărate:
- A. Apar la o persoană spitalizată pentru o altă boală
  - B. Debutul este la mai puțin de 72 ore de la momentul internării
  - C. Debutează în primele 48 de ore după momentul spitalizării
  - D. Sunt dobândite în afara spitalului
  - E. Debutul este la mai mult de 72 ore după momentul internării
64. Pneumoniile reprezintă o importantă problemă de sănătate publică datorită:
- A. Incidenței scăzute
  - B. Polimorfismului etiologic
  - C. Dificultăților terapeutice legate de creșterea procentului de tulpini bacteriene rezistente la antibiotice
  - D. Mortalității crescute
  - E. Varietății de antibiotice disponibile pentru tratament
65. Forma francă a pneumoniei comunitare prezintă următoarea simptomatologie:
- A. Debut insidios
  - B. Frison
  - C. Hipertermie
  - D. Opacitate heterogenă nesistematizată de tip interstițial
  - E. Sindrom de condensare pulmonară la 2-3 zile
66. În etiologia pneumoniei atipice sunt incriminați:
- A. Mycoplasma pneumoniae
  - B. Pneumococul
  - C. Stafilococul auriu
  - D. Coxiella burnetti
  - E. E. Coli
67. Pneumonia atipică se caracterizează prin:
- A. Durere toracică
  - B. Mialgii
  - C. Debut brutal
  - D. Sindrom de condensare pulmonară „lobară”
  - E. Cefalee
68. Calea de apărare celulară a aparatului respirator este reprezentată de:
- A. Limfocite
  - B. Macrofage alveolare

- C. Imunoglobuline
  - D. Neutrofile
  - E. Surfactant
69. Apărarea mecanică a aparatului respirator este reprezentată de:
- A. Mucoasa nasofaringiană
  - B. Antioxidanți
  - C. Antiproteaze
  - D. Tuse
  - E. Clearance mucociliar
70. În apărarea humorală a aparatului respirator sunt implicate:
- A. Lizozimul
  - B. Surfactantul
  - C. Mucoasa nasofaringiană
  - D. Clearance-ul mucociliar
  - E. Complementul seric (calea alternativă)
71. Sunt considerate elemente de index prognostic în pneumonii:
- A. Tusea cu expectorație
  - B. Alterarea funcțiilor mentale
  - C. Cancerul asociat
  - D. Dispneea
  - E. Vârsta peste 65 de ani
72. Următoarele afirmații despre etiologia pneumoniilor sunt adevărate:
- A. La adolescentul și adultul tânăr etiologia mai frecventă este *Staphylococcus aureus*
  - B. La copilul mai mare de 6 ani, germenul mai des incriminat este *Streptococcus pneumoniae*
  - C. La adultul peste 40 ani predomină *Staphylococcus aureus*
  - D. La vârstnic predomină *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, bacili Gram negativi
  - E. La copilul sub 6 ani etiologia nu este bacteriană
73. În ceea ce privește diagnosticul etiologic al pneumoniilor:
- A. Examenul microscopic al sputei ne poate orienta etiologia
  - B. Eșantionul de spută trebuie să ajungă la laborator în mai puțin de 6 ore
  - C. Examenul microscopic al sputei după colorația Gram permite determinarea abundenței florei bacteriene
  - D. Examenul microscopic al sputei după colorația Gram permite determinarea germenului infectant după caracterele morfologice și tinctoriale
  - E. Tratamentul antibiotic trebuie ghidat întotdeauna de diagnosticul etiologic
74. În diagnosticul etiologic al pneumoniilor unele aspecte sunt sugestive, flora microbiană dominantă pe frotiu poate sugera:
- A. *Streptococcus Pneumoniae* în caz de coci Gram pozitivi (G+) în grămezi
  - B. *Haemophilus influenzae* în caz de cocobacili Gram negativi (G-) mici și pleomorfi
  - C. *Streptococcus Pneumoniae* în caz de diplococi G+ în lanțetă încapsulați
  - D. *Klebsiella Pneumoniae* sau alt bacil G- aerob în caz de bacili G-
  - E. *Klebsiella pneumonia* în caz de flora mixtă (coci G+ și bacili G-)
75. Sunt investigații paraclinice de rutină la pacienții spitalizați pentru pneumonii comunitare:
- A. Spirometria
  - B. Radiografia pulmonară
  - C. PET - CT

- D. Hemograma completă
  - E. Gazometria arterială
76. Investigațiile paraclinice efectuate la pacienții cu pneumonie comunitară pot evidenția:
- A. Leucocitoză severă (peste 20.000/mm<sup>3</sup>) cu limfocitoză
  - B. Leucocitoză severă (peste 20.000/mm<sup>3</sup>) cu neutrofilie importantă
  - C. Hipoxemie de repaus
  - D. Hipocapnie și alcaloză respiratorie
  - E. Scăderea transaminazelor și a bilirubinei prin deshidratare
77. Gangrena pulmonară se caracterizează prin:
- A. Opacități multiple pe ambele câmpuri pulmonare
  - B. Zone multiple de hipertransparență în interiorul unei opacități
  - C. Cavități aerice cu perete foarte subțire
  - D. Cavitate mare care cuprinde puroi și unul sau mai multe fragmente pulmonare necrotice
  - E. Opacități reticulare sau reticulonodulare
78. \* Tipul radiologic de pneumonie interstițială se caracterizează prin:
- A. Condensare pulmonară cu distribuție segmentară
  - B. Condensare pulmonară cu distribuție nonsegmentară
  - C. Opacități reticulare sau reticulonodulare localizate sau difuze
  - D. Opacitate omogenă ce interesează sinusul costodiafragmatic
  - E. Pneumonie acinară
79. Componentele scorului CURB-65 pentru aprecierea severității pneumoniilor sunt:
- A. Ureea sanguină
  - B. Vârsta peste 65 ani
  - C. Colesterol total sanguin
  - D. Bilirubina sanguină
  - E. Frecvența respiratorie
80. Scorul CURB -65 ajută la luarea decizei de internare a pneumoniilor comunitare, astfel:
- A. Scorul 2 sugerează supraveghere scurtă
  - B. Scorul 3 sau 4 necesită supraveghere scurtă
  - C. Scorul 0 sau 1 pacientul indică internare obligatorie
  - D. Scorul 5 indică necesitatea internării în spital
  - E. Scorul 0 sau 1 arată că pacientul poate fi tratat în regim ambulator
81. Etiologia pneumoniilor tipice (sindrom de condensare "lobară" clinic și radiologic) cuprinde:
- A. Mycoplasma pneumoniae
  - B. Streptococcus pneumoniae
  - C. Haemophilus influenzae
  - D. Virusuri
  - E. Staphylococcus aureus
82. Stabilirea scorului CURB-65 pentru aprecierea severității pneumoniilor în funcție de criteriile clinice, se acordă:
- A. 1 punct pentru vârsta sub 65 ani
  - B. 2 puncte pentru vârsta peste 65 ani
  - C. 1 punct pentru tensiunea arterială sistolică < 90 mmHg
  - D. 1 punct pentru pacient confuz
  - E. 2 puncte pentru dispnee
83. Examenul fizic respirator în pneumonii poate evidenția:
- A. Sindrom tipic de condensare pulmonară cu limitarea unilaterală a amplitudinii mișcărilor respiratorii

- B. Zonă de matitate cu amplificarea transmiterii vibrațiilor vocale
  - C. Suflu tubar patologic
  - D. Hipersonoritate pulmonară
  - E. Raluri sibilante difuze
84. La persoanele vârstnice, pneumoniile se caracterizează prin faptul că:
- A. Tabloul clinic este mult mai zgomotos
  - B. Manifestările respiratorii sunt absente sau mai puțin intense
  - C. Pot apare tulburări de conștiență până la comă cu alterarea stării generale
  - D. Febra poate lipsi
  - E. Febra e deseori prezentă
85. \* Prezența unui sindrom de condensare clinic și radiologic sugerează un diagnostic de:
- A. Pneumonie francă lobară
  - B. Bronșită acută
  - C. Pleurezie
  - D. Astm bronic
  - E. BPOC
86. \* Definiția pneumoniilor este:
- A. Infecția acută a bronșilor mari
  - B. Infecția cronică a traheei
  - C. Infecția acută a parenchimului pulmonar alveolar și/sau interstițial
  - D. Inflamația acută a laringelui
  - E. Infecția acută a căilor respiratorii superioare
87. \* Urmatoarea afirmație despre pneumonia comunitară este adevărată:
- A. Se situează pe locul II ca și cauză de deces
  - B. Survine la pacienți care nu au fost spitalizați cu 14 zile înainte de debutul pneumoniei
  - C. Mortalitatea la pacienții spitalizați este de 1%
  - D. Frecvența este mai mică în sezonul rece
  - E. Debutează după 72 ore de la momentul internării în spital
88. \* În calcularea indexului prognostic al bolnavului cu pneumonie, se acordă 4 puncte (+4) pentru::
- A. Vârsta peste 65 de ani
  - B. Dureri toracice
  - C. Alterarea funcțiilor mentale
  - D. Cancer asociat
  - E. Pneumonie de deglutiție
89. \* Cel mai frecvent germen implicat în etiologia pneumoniilor comunitare este:
- A. Haemophilus Influenzae
  - B. Streptococcus Pneumoniae
  - C. Klebsiella Pneumoniae
  - D. Chlamidia pneumoniae
  - E. Streptococcus Pneumoniae
90. \* Selectați afirmația corectă referitoare la pneumonie:
- A. Mortalitatea este scăzută
  - B. Poate fi produsă de un număr mare de germeni (peste 100)
  - C. Nu reprezintă o problemă de sănătate publică
  - D. Morfismul etiologic este sărac
  - E. Epidemiile de gripă nu influențează epidemiologia pneumoniilor comunitare
91. \* În calcularea indexului prognostic al bolnavului cu pneumonie, se acordă 1 punct (+1) pentru:

- A. Cancer asociat
  - B. Dureri toracice
  - C. Alterarea funcțiilor mentale
  - D. Vârsta peste 65 de ani
  - E. Pneumonie de deglutiție
92. Pe radiografia toracică, condensarea pulmonară cu distribuție nonsegmentară (acinară) se descrie de obicei ca fiind o opacitate:
- A. Omogenă
  - B. Cu margini relativ imprecise
  - C. Neomogenă
  - D. Cu margini bine delimitate
  - E. De obicei unică
93. Următoarele patologii pot debuta printr-o formă pseudopneumopatică:
- A. Vasculita necrozantă
  - B. Hemoragia alveolară
  - C. Granulomatoza limfoidă
  - D. Traheobronșita
  - E. Astmul bronșic
94. Germenii cel mai frecvent implicați în etiologia pneumoniei comunitare sunt:
- A. Streptococcus pneumoniae
  - B. Legionella pneumophila
  - C. Mycoplasma pneumoniae
  - D. Chlamydia pneumoniae
  - E. Pseudomonas aeruginosa
95. Factori de risc pentru o rezoluție întârziată a pneumoniilor comunitare sub tratament pot fi:
- A. Etiologia cu Mycoplasma pneumoniae
  - B. Etiologia cu Streptococcus pneumoniae
  - C. Vârsta înaintată
  - D. Diabetul zaharat
  - E. Afectarea multilobulară
96. Tratamentul antibiotic în ambulator al pneumoniilor comunitare:
- A. Este empiric și se administrează pe cale orală
  - B. Trebuie să acopere germenii cel mai frecvent implicați: Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae și Chlamydia pneumoniae
  - C. Constă în administrarea de Cotrimoxazol datorită sensibilității pneumococului și a germenilor atipici
  - D. Este reprezentat de Amoxicilină ca antibiotic de elecție
  - E. Este ghidat de examenul microbiologic al sputei
97. Regimurile de tratament recomandate în cazul suspiciunii pneumoniei de aspirație pot cuprinde:
- A. Amoxicilină + clavulanat
  - B. Amoxicilină în monoterapie
  - C. Amoxicilină + metronidazol
  - D. Clindamicină
  - E. Eritromicină
98. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul în spital al pneumoniilor comunitare sunt adevărate:
- A. Tratamentul inițial este parenteral și, de cele mai multe ori empiric
  - B. Este recomandată recoltarea a cel puțin două hemoculturi și o spută înainte de începerea tratamentului empiric

- C. Etiologia este dominată de *Staphylococcus aureus*
  - D. Fluorochinolonele antipneumococice administrate parenteral în monoterapie nu sunt eficiente
  - E. Un istoric de aspirație sugerează o etiologie cu germeni anaerobi
99. Factori de risc pentru etiologia cu *Pseudomonas aeruginosa* a pneumoniilor sunt:
- A. Neoplasmul bronhopulmonar
  - B. Malnutriția
  - C. Aspirația secrețiilor orofaringiene
  - D. Corticoterapia cronică
  - E. Tratamentele antibiotice prealabile prelungite
100. Tratamentul adjuvant al pneumoniilor comunitare presupune:
- A. Hidratare corectă pentru fluidificarea secrețiilor
  - B. Medicație expectorantă
  - C. Administrare de oxigen în cazul prezenței hipoxemiei
  - D. Antitusive de tip central (codeine) în cazul pacienților cu paroxisme severe de tuse
  - E. Corticoterapie sistemică
101. Durata tratamentului în ambulator al pneumoniilor comunitare este de:
- A. 7-10 zile pentru pneumoniile nonabcedate cauzate de *Streptococcus pneumoniae*
  - B. 14-21 zile în cazul suspiciunii de *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* sau *Legionella*
  - C. 14 zile în cazul confirmării *Legionellei*
  - D. Minimum 8 săptămâni în cazul unei pneumonii abcedate
  - E. Minimum 4 săptămâni în cazul unei pneumonii abcedate
102. \* Regimurile de tratament în spital al pneumoniilor comunitare pot cuprinde următoarele antibiotice, cu excepția:
- A. Aminopeniciline/inhibitor de betalactamază
  - B. Macrolid în cazul suspiciunii unei etiologii cu *Chlamydia pneumoniae* sau *Legionella*
  - C. Fluorochinolone antipneumococice administrate parenteral în monoterapie
  - D. Cefalosporină de generația a III-a
  - E. Cotrimoxazol
103. \* Doza uzuală de Amoxicilină pentru tratamentul în ambulator al pneumoniilor comunitare este de:
- A. 500 mg la 12 ore
  - B. 500 mg la 8 ore
  - C. 1 g la 12 ore
  - D. 1 g la 8 ore
  - E. 3 g la 6 ore
104. Care dintre următoarele elemente definesc astmul bronșic?
- A. Episoade recurente de wheezing, dispnee, constricție toracică și tuse
  - B. Progresivitatea sindromului obstructiv de căi aeriene
  - C. Variabilitatea și reversibilitatea sindromului obstructiv de căi aeriene
  - D. Inflamația cronică a căilor aerifere la care participă numeroase tipuri de celule
  - E. Irritația cronică a căilor aerifere prin noxe inhalatorii
105. Care dintre următoarele categorii de factori de risc pot juca rol cauzal în etiopatogenia astmului bronșic?
- A. Atopia
  - B. Aeroalergenii
  - C. Antiinflamatoriile non-steroidiene

- D. Infecțiile respiratorii virale
  - E. Poluanții atmosferici
106. Care dintre următorii factori de risc constituie factori adjuvanți în etiopatogenia astmului bronșic?
- A. Fumatul pasiv la copii
  - B. Poluanții de interior sau exterior
  - C. Atopia
  - D. Sensibilizantii profesionali
  - E. Obezitatea
107. \* Care dintre următoarele fenotipuri de astm bronșic se caracterizează printr-un răspuns favorabil la corticoterapia inhalatorie?
- A. Astmul alergic
  - B. Astmul non-alergic
  - C. Astmul cu debut tardiv
  - D. Astmul cu limitare fixă a fluxului de aer
  - E. Astmul asociat cu obezitatea
108. Pe suprafața căror tipuri de celule sunt prezență receptori cu afinitate crescută pentru IgE citofile (FceRI)?
- A. Limfocite LTh2
  - B. Mastocite
  - C. Bazofile
  - D. Eozinofile
  - E. Macrofage
109. Îngustarea lumenului căilor aerifere în criza de astm bronșic se produce prin:
- A. Bronchoconstricție
  - B. Hipersecreție de mucus
  - C. Edem al mucoasei bronșice
  - D. Fibroză peribronșiolară
  - E. Reducerea reculului elastic pulmonar
110. Care dintre următoarele afirmații prlvitoare la reacția alergică tardivă din patogenia astmului bronșic sunt adevărate?
- A. Este definită ca alterarea structurii căilor aeriene determinată de prezența unui proces inflamator cronic
  - B. Se caracterizează prin apariția unui infiltrat inflamator submucoasa bronșică, de tip eozinofilic
  - C. Principalii mediatori sunt metaboliții acidului arahidonic (prostaglandine, tromboxani)
  - D. Se produce la 6-9 ore de la provocarea alergenică
  - E. Marca sa imunologică este producția excesivă de citokine de tip LTh2
111. \* Sub acțiunea IL-5 eliberate de LTh2 în cadrul răspunsului imun la alergoalergeni din astmul bronșic se produce:
- A. Degranularea mastocitelor
  - B. Stimularea LB să secrete IgE
  - C. Recrutarea și activarea eozinofilelor
  - D. Remodelarea căilor aeriene
  - E. Îngustarea lumenului bronșic
112. Din punct de vedere funcțional astmul bronșic se caracterizează prin:
- A. Sindrom obstructiv potențial reversibil și variabil în timp
  - B. Reducerea transferului gazos prin membrana alveolo-capilară pulmonară
  - C. Hiperreactivitate bronșică nespecifică
  - D. Disfuncție obstructivă de căi aeriene mici



- E. Reducerea volumelor pulmonare
113. \* În care dintre următoarele forme particulare de astm este absentă întotdeauna dispneea din tabloul clinic?
- A. Astmul indus de efort
  - B. Astmul profesional
  - C. Astmul tusiv
  - D. Astmul indus de aspirină
  - E. Astmul din sarcină
114. Triada Widal se caracterizează prin:
- A. Astm tusiv
  - B. Astm cu intoleranță la aspirină
  - C. Astm indus de sarcină
  - D. Polipoză nazală
  - E. Rinită alergică
115. \* Hiperreactivitatea bronșică este documentată prin:
- A. Creșterea VEMS-ului cu peste 12%, respectiv 200 ml, după administrarea inhalatorie a unui aerosol
  - B. Determinarea concentrației/dozei de agent bronhoconstrictor care determină o scădere a VEMS-ului cu 20%
  - C. Monitorizarea debitului expirator de vârf prin peakflowmetrie
  - D. Evidențierea hiperinflației pulmonare prin pletismografie corporeală
  - E. Persistența raportului VEMS/CVF postbronhodilatație la valori mai mici de 0,70
116. Care dintre următoarele afirmații privitoare la variabilitatea zilnică a PEF sunt adevărate?
- A. Este definită prin indice Tiffeneau scăzut sub 70%
  - B. O valoare mai mare de 20% este considerată diagnostică pentru astm în contextul unei suspiciuni clinice
  - C. Poate fi măsurată cu ajutorul unui peakflowmetru
  - D. Este prezentă și în BPOC sau după infecții virale la atopici neastmatici
  - E. Este definită prin creșterea semnificativă a VEMS-ului după administrarea de bronhodilatator
117. Astmul persistent moderat se caracterizează prin:
- A. Simptome diurne continue
  - B. Simptome nocturne cel puțin 1 dată/săptămână
  - C. Variabilitatea PEF de 20-30%
  - D. Consum zilnic de beta2-agoniști
  - E. VEMS-ul 60-80% din prezis
118. Astmul intermitent se caracterizează prin:
- A. Simptome diurne sub 2 ori/săptămână
  - B. Simptome nocturne sub 2 ori/săptămână
  - C. Limitare ușoară a activității fizice
  - D. Consum de beta2-agoniști mai rar de 3-4 ori/săptămână
  - E. Variabilitate PEF < 30%
119. Astmul bronșic este controlat terapeutic dacă:
- A. Funcția pulmonară este normală
  - B. Activitatea fizică este limitată
  - C. Simptomele nocturne lipsesc
  - D. Simptomele diurne sunt prezente de cel mult 2 ori/săptămână
  - E. Este pe tratament de fond cu corticoterapie inhalatorie

120. Care dintre următoarele argumente pledează pentru astm bronșic în diagnosticul diferențial cu BPOC?
- Vârsta > 40 ani
  - Valori normale sau chiar crescute ale transferului gazos prin membrana alveolo-capilară pulmonară
  - Persistența în timp a sindromului obstructiv
  - Existența unui fond atopic
  - Simptomatologie predominant nocturnă sau matinală devreme
121. \* Omalizumabul acționează în astmul bronșic prin:
- Blocarea acțiunii leukotrienelor la nivelul receptorilor bronșici
  - Blocarea anticorpilor de tip IgE cu inhibarea reacțiilor mediate de aceștia
  - Bronhodilatația cu durată scurtă de acțiune
  - Bronhodilatația cu durată lungă de acțiune
  - Activarea histon-deacetilazei-2 din mucoasa bronșică
122. Care dintre următoarele doze de corticosteroizi inhalatori reprezintă o doză totală zilnică înaltă?
- Beclometazonă dipropionat (CFC) > 500 mcg
  - Beclometazonă dipropionat (HFA) > 400 mcg
  - Budesonide (DPI) > 400 mcg
  - Fluticasonă propionate (DPI) > 500 mcg
  - Ciclesonidă (HFA) > 320 mcg
123. Selectați cele mai importante efecte secundare ale corticoterapiei inhalatorii:
- Cataracta
  - Candidoza oro-faringiană
  - Tulburările de creștere la copii
  - Disfonia
  - Supresia corticosuprarenalei
124. \* Care dintre următoarele tipuri de medicație este de elecție în tratamentul de fond al astmului bronșic?
- Stimulanții alpha-adrenergici
  - Anticolinergicele
  - Glucocorticoizii
  - Inhibitorii de leukotriene
  - Anti-IgE
125. Care dintre următoarele afirmații legate de terapia în trepte a astmului bronșic sunt adevărate?
- În treapta 1 terapeutică este de preferat administrarea unei medicații de control
  - Începerea tratamentului de control se va face în treapta a 3-a pentru majoritatea pacienților
  - În astmul parțial controlat se ia în considerare urcarea unei trepte terapeutice
  - Medicația de control de primă intenție în treapta 3 terapeutică este reprezentată de combinația fixă corticosteroid (CS) inhalator în doză medie cu beta2-adrenergic cu duratălungă de acțiune
  - Astmul sever poate fi controlat doar în treapta terapeutică 4 sau 5
126. Medicația de control a astmului bronșic include:
- Inhibitorii de fosfodiesterază 4
  - Metilxantinele
  - Corticosteroizii
  - Bronhodilatatoarele cu durată scurtă de acțiune
  - Inhibitorii de leukotriene

127. Inhibitorii de leukotriene sunt indicați în special la următoarele categorii de bolnavi cu astm bronșic:
- Formele de astm cu hipersecreție bronșică
  - Astmul indus de efort
  - Astmul cu manifestări nocturne
  - Astmul cu exacerbări frecvente
  - Pacienții cu comorbidități cardiovasculare asociate
128. Simptomele din astmul bronșic se caracterizează prin:
- Variabilitatea în timp
  - Progresivitatea în timp
  - Predominența diurnă
  - Predominența nocturnă
  - Apariția prezența unui factor declanșator
129. \* Care dintre următoarele categorii de factori de risc joacă rol predispozant în etiopatogenia astmului bronșic?
- Atopia
  - Fumatul pasiv la copii
  - Infecțiile respiratorii virale
  - Aeroalergenii
  - Noxele inhalatorii
130. \* Un astm bronșic în care pacientul prezintă simptome > 2 zile pe săptămână, dar nu zilnic, se trezește noaptea de 3-4x/lună, folosește medicația de criză de mai multe ori/săpt. dar nu zilnic, are VEMS > 80% și IPB normal, și are o limitare minimă a activității fizice, este:
- Intermitent
  - Pesistent ușor
  - Pesistent moderat
  - Pesistent sever
  - Controlat
131. Selectați afirmațiile adevărate despre cancerul bronhopulmonar:
- Sunt tumori cu depistare tardivă în peste 2/3 din cazuri
  - Au ca punct de plecare epitelul bronșic
  - Sunt tumori cu depistare precoce în majoritatea cazurilor
  - În majoritatea cazurilor au o evoluție asimptomatică
  - Întotdeauna originea tumorilor este cunoscută
132. Referitor la cancerul bronhopulmonar în Europa, este adevărat că::
- Au cea mai mare incidență, împreună cu cancerul de sân și cel colo-rectal
  - Este mai răspândit în rândul femeilor decât la bărbați
  - Numărul cazurilor este în creștere în țările puternic industrializate
  - Principala cauză o reprezintă fumatul
  - Supraviețuirea la 5 ani este de aproximativ 15%
133. Principali factori de risc ai cancerului bronhopulmonar sunt:
- Factorii genetici
  - Fumatul
  - Expunerea la azbest
  - Consumul excesiv de alcool
  - Expunerea la frig
134. În cazul pacienților expuși profesional la factori de risc pentru cancer bronhopulmonar, este adevărat că:
- Nu necesită monitorizare periodică
  - Este obligatorie declararea expunerii la noxe nocive

- C. Există un risc major de apariție a cancerului bronhopulmonar
  - D. Au risc major de apariție a mezoteliomului pleural
  - E. Expunerea nu presupune niciun risc de îmbolnăvire
135. Clasificarea histologică a cancerului bronho-pulmonar se face prin efectuarea de:
- A. Computer tomografie toracică
  - B. Radiografie pulmonară
  - C. Biopsie endo-bronșică
  - D. Examen citologic al lichidului pleural
  - E. Sputocultură
136. Principalele forme anatomopatologice de cancer bronho-pulmonar sunt reprezentate de:
- A. Adenocarcinoame
  - B. Carcinoame cu celule mici
  - C. Sarcoame
  - D. Carcinoame scuamoase
  - E. Leiomiome
137. Carcinoamele scuamoase bronho-pulmonare (BP) :
- A. Sunt cele mai frecvente tipuri de carcinoame BP
  - B. Numărul lor este în descreștere odată cu diminuarea incidenței fumatului
  - C. Nu pot fi detectate endoscopic
  - D. Pot fi detectate endoscopic și prin examenul citologic al secrețiilor endobronșice
  - E. Au localizare predominant centrală
138. Adenocarcinomul bronho-pulmonar (BP):
- A. Este forma de cancer BP cu cea mai mare incidență
  - B. Localizarea tumorii este în general centrală
  - C. Diseminarea extra-toracică este lentă
  - D. Poate avea aspect radiologic pseudo-pneumonic
  - E. Se diferențiază dificil față de metastazele pulmonare
139. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la carcinomul bronhopulmonar (CBP) cu celule mici:
- A. Are cea mai mare incidență dintre toate formele de CBP
  - B. Evoluția este foarte rapidă cu creșterea accelerată a dimensiunilor tumorale
  - C. Diseminează precoce hematogen (creier, oase, ficat)
  - D. Este forma de CBP cu cea mai lentă evoluție
  - E. Are o incidență de aproximativ 15%
140. Conform clasificării OMS 2004 a tumorilor pulmonare, tumorile epiteliale maligne sunt:
- A. Angiosarcomul
  - B. Adenoamele
  - C. Adenocarcinoamele ( acinar, papilar, carcinoame bronho-alveolare)
  - D. Condromul
  - E. Carcinomul sarcomatoid
141. Conform clasificării OMS 2004 a tumorilor pulmonare, tumorile mezenchimale sunt:
- A. Papiloamele
  - B. Angiosarcoamele
  - C. Sarcomul de arteră și venă pulmonară
  - D. Hamartomul
  - E. Melanomul
142. Conform clasificării OMS 2004 a tumorilor pulmonare, tumorile epiteliale benigne sunt:
- A. Adenoamele
  - B. Blastomul pleuropulmonar

- C. Papiloamele
  - D. Adenocarcinoamele
  - E. Carcinomul cu celule mici
143. Conform clasificării adenocarcinoamelor IASLC/ERS în speci­menele rezecate chirurgical, este adevărat că adenocarcinomul bronho-pulmonar in situ:
- A. Poate fi de tip nonmucinos, mucinos sau mixt
  - B. Are dimensiune tumorală mai mică sau egală cu 3 cm
  - C. Poate fi predominant lepidic
  - D. Are invazia mai mica de 5 mm
  - E. Are invazia mai mare de 5 mm
144. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la diagnosticarea cancerului bronho-pulmonar (CBP): :
- A. Se face de obicei în stadii avansate de boala
  - B. Din cauza diagnosticării târzii rata de vindecare rămâne foarte scăzută
  - C. Este recomandat ca procesul diagnostic sa nu dureze mai mult de 1 lună
  - D. Diagnosticarea este precoce din cauza apariției simptomelor chiar din primele faze ale bolii
  - E. CBP este forma de cancer cu cel mai bun răspuns la tratament
145. Pricipalele semne si simptome ale cancerului bronho-pulmonar sunt:
- A. Rinoree apoasa
  - B. Tuse persistenta cu secreții, rezistentă la tratament
  - C. Infecții respiratorii repetate
  - D. Hemoptizie
  - E. Sindrom febril
146. Prin extinderea tumorii maligne bronho-pulmonare la nivel loco-regional pot apărea:
- A. Durere toracică (cauzată de invazia pleurei parietale)
  - B. Disfagie și disfonie
  - C. Sindrom cav superior cu cianoză și edem
  - D. Pleurezie, în special hemoragică
  - E. Hepatomegalie dureroasă
147. Cancerul bronho-pulmonar poate metastaza la nivel:
- A. Renal, cu hematurie macroscopică
  - B. Hepatic, cu hepatomegalie nodulara
  - C. Cerebral, cu semne de iritație corticală și convulsii
  - D. Cutanat, cu apariția nodulilor subcutanați
  - E. Digestiv, cu inapetență și scădere ponderală
148. Sunt simptome și semne sugestive pentru cancerul bronho-pulmonar::
- A. Scădere ponderală progresivă
  - B. Episoade trombembolice repetate în ciuda unui tratament corect
  - C. Astenie, fatigabilitate
  - D. Sclerodactilie
  - E. Wheezing localizat
149. Cele mai importante investigații paraclinice in diagnosticarea cancerului bronho-pulmonar sunt:
- A. Ecografia toracică
  - B. RMN torace
  - C. Computer tomografia toracică
  - D. Radiografia toracică
  - E. Endoscopia bronșică

150. Care sunt pașii de urmat în cazul suspiciunii de cancer bronho-pulmonar la efectuarea unei radiografii toracice:
- Compararea radiografiei recente cu o radiografie mai veche
  - Efectuarea unei computer tomografii toracice
  - Efectuarea unei radiografii de control peste 2 luni
  - Inceperea chimioterapiei țintite
  - Reevaluare clinică în maxim 6 luni
151. Care sunt investigațiile biologice efectuate în cazul unei suspiciuni de cancer bronho-pulmonar:
- Hemoleucograma
  - Glicemia a jeun
  - Colesterolemia
  - Marcherii tumorali
  - Ionograma sanguină
152. Următoarele afirmații despre endoscopia bronșică la suspiciunea de cancer bronho-pulmonar sunt adevărate:
- Nu este obligatorie la toți pacienții
  - Este efectuată sub anestezie totală
  - Este obligatorie la toți pacienții
  - Permite realizarea unei biopsii endobronșice
  - Poate fi ghidată prin echo-endoscopie
153. Următoarele afirmații despre biopsiile tumorale sunt adevărate:
- Toracotomia este cea mai sigură formă de biopsie
  - Puncția medulară este indicată în cancerule cu celule mari (non-small cell)
  - Biopsia percutană ghidată este utilă în tumorile pulmonare periferice
  - Puncția biopsie hepatică poate fi utilă în cazurile de metastaze hepatice
  - Endoscopia bronșică este obligatorie la toți pacienții
154. În vederea alegerii opțiunii terapeutice în cancer bronho-pulmonar, după efectuarea diagnosticului histopatologic se efectuează:
- CT sau RMN cerebral în cazul pacienților tratați curativ
  - O evaluare a funcției cardio-pulmonare: EKG, DLCO, consult cardiologic
  - Evaluarea precisă a extensiei ganglionare
  - Evaluarea precisă a extensiei metastatice
  - Efectuarea unei bronhografii cu lipiodol
155. Care dintre următoarele clase de pacienți prezintă un risc ridicat pentru cancer bronho-pulmonar ?
- Cu probleme cardiovasculare
  - Fumători
  - Cu diabet zaharat de tip I
  - Cu bronhopneumopatie cronică obstructivă
  - Cu vârste peste 60 ani
156. Nodulii pulmonary pot fi:
- Lichizi
  - Gazosi
  - Solizi
  - Parțial solizi
  - Non solizi
157. Care dintre următoarele afirmații referitoare la clasificarea TNM în cancerule bronhopulmonare sunt adevărate?
- T0- tumoră mai mică sau egală cu 3 cm înconjurată de plămân
  - T2- tumoră cu diametru mai mare de 3 cm, dar mai mic de 7 cm

- C. T1- tumoră cu diametru mai mare de 3 cm , dar mai mic de 7 cm
  - D. T3-tumoră cu orice dimensiune cu extensie directă la peretele thoracic
  - E. T4- tumoră de orice dimensiune cu invazie locală
158. In cancerul bronho-pulmonar avem următoarea grupare pe stadii:
- A. Stadiul IIB: T2b,N2,M0
  - B. Stadiul IIIB: T4,N2,M1
  - C. Stadiul IV: orice T, orice N, M1
  - D. Stadiul IA: T1a-T1b,N0,M0
  - E. Stadiul IIIA: T4,N0,M0
159. În cancerul bronho-pulmonar, la nivel de afectare ganglionară, avem:
- A. Nx – invazie ganglionara neevaluabilă
  - B. N3 – metastaze în ganglionii mediastinali sau hilari controlaterali
  - C. N4- metastaze în ganglionii mediastinali sau hilari controlaterali
  - D. N1- fără evidența metastazelor în ganglionii regionali
  - E. N2- metastaze în ganglionii mediastinali ipsilateral sau în ganglionii subcarinari
160. Care dintre următoarele etape in tratamentul cancerului bronho-pulmonar sunt adevărate?
- A. Profilaxia: suprimarea fumatului, programele de screening
  - B. Tratamentul chirurgical: rezecția tumorală, în toate cazurile
  - C. Imunoterapia
  - D. Radioterapia țintită
  - E. Chimioterapie
161. Strategia terapeutică indicată în cancerul bronho-pulmonar, in funcție de stadializarea bolii, este:
- A. Stadiile I-II: lobectomia, radioterapie
  - B. Stadiul IIIB : chimioterapie pe bază de derivați de platină
  - C. Stadiul IV: testare sistemică pentru mutațiile EGFR și translocatiile EML-4
  - D. Stadiul IIIA nerezecabil: intervenție chirurgicală inițială, radioterapie
  - E. Stadiul IIA: radioterapie postoperatorie poate fi necesară pentru pacienții având o invazie ganglionară
162. Chimioterapicele "clasice" folosite în tratamentul cancerului bronho-pulmonar, pot avea ca efecte adverse::
- A. Apariția unor probleme la nivelul căilor urinare
  - B. Greață,vărsături
  - C. Supresie medular (aplazie)
  - D. Neurotoxicitate
  - E. Alopecie
163. \* Care dintre următoarele afirmații legate de afectarea ganglionară este falsă?
- A. Nx- invazie ganglionara neevaluabilă
  - B. N0-fara evidența metastazelor în ganglionii regionali
  - C. N1- metastaze în ganglionii peribronșici ipsilaterali și în ganglionii hilari
  - D. N4- metastaze in ganglionii mediastinali sau hilari controlateralioate
  - E. N2- metastaze in ganglionii mediastinali ipsilaterali sau în ganglionii subcarinari
164. \* Selectați afirmația adevărată despre stadiul IIIA al cancerului bronho-pulmonar:
- A. T4N0M0
  - B. T4N2M0
  - C. T3N0M1
  - D. T2N0M1
  - E. T4N0M1

165. \* Care dintre următoarele simptome și semne este cel mai relevant în suspiciunea cancerului bronho-pulmonar ?
- Apetit crescut
  - Afebrilitate
  - Paloare
  - Cianoză
  - Tuse persistentă rezistentă la tratament
166. \* Care dintre următoarele reprezintă o contraindicație în efectuarea intervenției chirurgicale în cancerul bronho-pulmonar?
- Aritmii severe, invaliditate
  - Insuficiența cardiac ușoară
  - Hipertensiune arterială esențială
  - Diabet zaharat de tip II
  - Infarct miocardic vechi
167. \* Adenocarcinomul bronho-pulmonar se caracterizează prin::
- Localizare predominant centrală
  - Asociere frecventă cu sindroamele paraneoplazice
  - Localizare de obicei periferică
  - Lipsa de asemănare radiologică cu metastazele pulmonare
  - Diseminare extra toracică lentă
168. \* Gradul 3 al scalei ECOG/OMS/ZUBROD de evaluare a stării generale presupune:
- Activitate normală, bolnavul fiind capabil să îndeplinească toate sarcinile realizate înainte de a se îmbolnăvi
  - Capacitate limitată de a se îngriji, stă în pat sau pe scaun mai mult de jumătate din zi
  - Complet dependent, incapabil de a se îngriji
  - Limitarea activităților intense, dar pacientul rămâne mobil și capabil de a realiza activități ușoare sau sedentare
  - Mobil și capabil să se îngrijească singur, dar incapabil de a munci
169. \* Care dintre următoarele investigații nu se efectuează în vederea confirmării diagnosticului anatomopatologic al cancerului bronho-pulmonar?
- Endoscopia bronșică
  - Mediastinoscopia
  - Biopsia pulmonară percutană ghidată
  - Biopsia pleurală
  - Laparotomia exploratorie
170. \* În clasificarea TNM a cancerului bronhopulmonar stadiul T2a, tumora are un diametru maxim mai mare de::
- 5 cm
  - 3 cm
  - 7 cm
  - 2 cm
  - 6 mm
171. \* Radioterapia în cancerul bronho-pulmonar:
- Este un tratament loco-regional
  - Se poate institui în orice stadiu al bolii
  - Se recomandă administrarea a cel puțin 4 cicluri
  - Poate avea efecte secundare la nivelul tubului digestiv
  - Este hepatotoxică
172. Selectați afirmațiile corecte referitoare la tuberculoză:
- Reprezintă cea mai frecventă boala infecto-contagioasă din lume



- B. Este o afectiune grava, cu complicatii severe si mortalitate ridicata
  - C. Organizatia Mondiala a Sanatatii estimeaza eliminarea acesteia ca problema de sanatate publica pana in 2020
  - D. Regiunea Europa reprezintă 5% din tuberculoza globala
  - E. Endemia mondiala este in crestere lenta conform raportului Organizatiei Mondiale a Sanatatii din 2012
173. Raportul OMS din 2012 legat de tuberculoza arata:
- A. O endemie mondiala severa in crestere
  - B. 95% din cazuri se gasesc in tarile in curs de dezvoltare
  - C. 60% din cazuri se gasesc in tarile in curs de dezvoltare
  - D. O problema este cresterea tuberculozei chimiorezistente
  - E. Regiunea Europa reprezintă 5% din tuberculoza mondiala
174. \* In tuberculoza termenul de chimiorezistenta de tipul XDRTB –,'Extensively drug-resistant TB' presupune;
- A. Chimiorezistenta la izoniazida
  - B. Chimiorezistenta la rifampicina
  - C. Chimiorezistenta la izoniazida si la rifampicina
  - D. Chimioerzistenta la izoniazida, rifampicina, la o quinolona si la aminoglicozide
  - E. Chimiorezistenta la quinolone si la aminoglicozide
175. Cauzele mentinerii unei pandemii largi si severe de tuberculoza sunt:
- A. Mentinerea unor zone pe glob in conditii de saracie
  - B. Refuzul pacientilor de a efectua vaccinarea BCG
  - C. Refuzul bolnavilor de a efectua intradermoreactia la tuberculina
  - D. Cresterea accelerata a populatiei si a nevoilor legate de igiena, alimentatie, asistenta medicala
  - E. Lipsa de cooperare a pacientilor la tratament
176. Sunt corecte urmatoarele afirmatii referitoare la endemia de tuberculoza din Romania:
- A. Incidenta globala este cea mai mare din Uniunea Europeana
  - B. Incidenta bolii a crescut constant in ultimii ani
  - C. Indicatorii de mortalitatea au scazut in ultimii ani
  - D. Anual sunt notificate peste 200 cazuri cu co-morbiditate TB-HIV/SIDA
  - E. Nu exista programe coerente de combatere a bolii
177. Micobacteriile atipice, netuberculoase:
- A. Sunt larg raspandite in mediu
  - B. Au o virulenta crescuta
  - C. Au o rezistenta nativa la medicamentele antituberculoase clasice
  - D. Determina forme clinice cu evolutie rapida
  - E. Se asociaza cu starile de scadere a imunitatii generale
178. Urmatoarele afirmatii referitoare la Micobacteriile tuberculoase sunt adevarate:
- A. Sunt bacili Gram negativi
  - B. Sunt aerobi
  - C. Sunt mobili
  - D. Se multiplica lent la 24 ore
  - E. Peretele celular contine acizi micolici care impiedica decolorarea cu acizi/alcool
179. Examenul bacteriologic direct in tuberculoza:
- A. Se face prin metoda Ziehl-Nelsen
  - B. Se face prin metoda Lowenstein-Jensen
  - C. Se bazeaza pe proprietatea de acido-alcool-rezistenta a bacililor
  - D. Constata in colorarea cu fuxina bazica
  - E. Se face cu ajutorul tuberculinei

180. \* Cel mai important mijloc de profilaxie a raspandirii tuberculozei este:
- Utilizarea substantelor antiseptice
  - Purtarea mastilor faciale
  - Expunerea la radiatiile ultraviolete
  - Chimioterapia specifica antituberculoasa a bolnavilor
  - Ventilatia adecvata a incaperilor
181. Referitor la patogeneză tuberculozei:urmatoarele afirmații sunt false:
- Infectia cu bacili tuberculosi este insotita la om intotdeauna de imbolnavire
  - Calea de transmitere este aeriana
  - Persoanele aflate in strans contact cu bolnavii de tuberculoza au cel mai mare risc de imbolnavire
  - Factorii interni, de teren (infectie HIV/ SIDA, neoplazii, diabet, colagenoze etc) reprezintă factori de risc
  - Caracterul sursei de infectie (tipul leziunilor si densitatea germenilor) este mai puțin important
182. In tuberculoza primara:
- Doar 5% din cazuri evolueaza spre tuberculoza activa
  - Se vindeca de regula cu tratament chimioterapic corect administrat
  - Persista infectia latentă
  - Imunitatea umorala este marker al infectiei dar nu are rol protector
  - Imunitatea celulara nu are rol protector
183. Granulomul tuberculos are urmatoarele caractere:
- Contine la interior o zona de necroza caseoasa
  - Este bine vascularizat
  - Permite confirmarea diagnosticului de tuberculoza
  - Contine 1-2 celule gigante Langhans
  - Nu contine limfocite
184. Leziunile tipice intalnite in tuberculoza pulmonara primara sunt:
- Limfangita de legatura
  - Caverna tuberculoasa
  - Focarul Ghon
  - Adenopatia satelita
  - Infiltrate si cavitati apical bilateral
185. Raspunsul imun in tuberculoza pulmonara implica:
- Imunitatea celulara cu rol protector
  - Imunitatea umorala, cu rol protector
  - Imunitatea umorala cu rol de marker al infectiei
  - Imunitatea umorala cu rol de marker al bolii active
  - Producerea de Tumor Necrosis Factor de catre macrofagele activate
186. \* Sunt adevarate urmatoarele afirmații despre granulomul tuberculos, cu o singura exceptie:
- Este o structura specifica care permite confirmarea tuberculozei
  - Contine la interior o zona de necroza caseoasa
  - Contine 1-2 celule gigante Langhans
  - Are un strat de limfocite
  - Are central un pH intens alcalin
187. Manifestari asociate hipersensibilitatii imune ce pot fi intalnite in tuberculoza primara sunt:
- Eritemul nodos
  - Keratoconjunctivita flictenulara
  - Purpura hemoragica

- D. Inflamatiia eozinofilica
  - E. Complexul primar calcificat
188. Diseminarea limfohematogena in tuberculoza:
- A. Poate apare la orice varsta
  - B. Apare exclusiv in etapa primara
  - C. Este limitata in teritoriul pulmonar
  - D. Poate fi generalizata
  - E. Apare exclusiv in etapa secundara
189. Tuberculoza secundara are urmatoarele caracteristici:
- A. Apare pe un organism sensibilizat in prealabil de catre infectia primara
  - B. Nu apare niciodata imediat dupa primoinfectie
  - C. Apare numai prin mecanism endogen
  - D. Vindecarea nu se produce spontan
  - E. Evolutia este cronica
190. Simptomatologia in tuberculoza pulmonara primara:
- A. Poate fi complet absenta
  - B. Se manifesta frecvent prin tuse persistenta cu hemoptizii repetate
  - C. Consta in astenie, subfebrilitati, transpiratii
  - D. La sugar poate apare dispneea, tirajul, cornaj
  - E. Este obligatoriu asociata cu Scădereaponderala peste 10%
191. \* In cazul pacientilor cu HIV si tuberculoza pulmonara defectul imun nu se manifesta prin:
- A. Slaba proliferare a limfocitelor
  - B. Slaba proliferare a macrofagelor
  - C. Formarea excesiva a granuloamelor de cazeificare
  - D. Diseminarea sistemica necontrolata
  - E. Evolutia nefavorabila
192. Intradermoreactia la tuberculina:
- A. Este un marker al infectiei naturale sau vaccinale
  - B. Nu certifica tuberculoza
  - C. Se interpreteaza la 48 h
  - D. Rezultatul intens pozitiv peste 18 mm semnifica tuberculoza activa
  - E. Se face la toti pacienții suspectati de tuberculoza
193. Reactia negativa (anergia) la tuberculina poate apare in urmatoarele situatii:
- A. Individ vaccinat cu vaccin BCG
  - B. Sarcoidoza
  - C. Urticarie
  - D. Tratament imunosupresor
  - E. Forma grava de tuberculoza
194. Principalele dezavantaje ale testului Quantiferon TB Gold sunt:
- A. Da rezultate pozitive la cei cu vaccin BCG recent
  - B. Da rezultate pozitive la cei infectati cu mycobacterii nontuberculoase
  - C. Da rezultate fals negative la imunodeprimati in 20% din cazuri
  - D. Este scump
  - E. Datele sunt limitate la copii
195. \* Principala investigatie care stabileste diagnosticul de certitudine in tuberculoza pulmonara este:
- A. CT torace de inalta rezolutie
  - B. Bronhoscopia
  - C. Examul histopatologic
  - D. Examenul bacteriologic

- E. Testul Quantiferon
196. Caracteristici ale leziunilor radiologice in tuberculoza pulmonara sunt:
- Polimorfism lezional
  - Leziuni in regiunile bazale
  - Dinamica rapida a leziunilor
  - Opacitati nesistematizate de diferite stadii de evolutie
  - Asocierea de complicatii cum sunt pleurezia, pneumotoraxul
197. Criterii de diagnostic in tuberculoza pulmonara primara sunt:
- Contactul cu o sursa bacilifera
  - Prezenta leziunilor cavitare pe radiografa pulmonara
  - Intradermoreactia la tuberculina negativa pentru ca boala este in faza initiala
  - Examenul bacteriologic din sputa care este frecvent negativ
  - Excluderea alor etiologii
198. \* Nu reprezintă o complicatie a tuberculozei urmatoarea situatie:
- Pleurezia
  - Pneumotoraxul
  - Empiemul
  - Fibroza si calcificarea afectului primar
  - Hemoptizia
199. Tratamentul in cazul hemoptiziei presupune:
- Administrarea de antihemoragice, cum sunt vitamina K, etamsilat
  - Administrarea de bronhodilatatoare
  - Sustinerea volemiei prin ingerarea de ceaiuri fierbinti
  - Tratament bronhoscopic sau chirurgical in cazurile severe
  - Repaus fizic, vocal si psihic
200. Pneumotoraxul asociat tuberculozei pulmonare: se manifesta prin:
- Junghi toracic, tuse seaca, dispnee
  - Accentuarea murmurului vezicular
  - Hipersonoritate pulmonara
  - Atelectazie intre peretele toracic si pleura viscerală pe imaginea radiologica
  - Absenta desenului pulmonar vascular
201. Pleurezia tuberculoasa:
- Debuteaza intotdeauna acut
  - Este de regula bilaterala
  - Apare ca si matitate/ submatitate bazala
  - Este un exudat bogat in limfocite
  - Apare mai frecvent la varstnici
202. Caracteristici ale pleureziei tuberculoase sunt:
- Este un lichid clar, cu peste 75% limfocite
  - Este sarac in celule mezoteliale
  - Adenozin-deaminaza este peste 70 U/l
  - Glucoza este peste 80mg%
  - Interferonul gama este sub 2 U/ml
203. Aspectul LCR in meningita tuberculoasa are urmatoarele caractere:
- Este clar, hipertensiv, usor xantocrom
  - Examenul bacteriologic este rar pozitiv pentru BK
  - Citologie cu peste 75% neutrofile
  - Glucoza este sub 60 mg%
  - Ph-ul este crescut
204. \* Urmatoarele afirmații despre tuberculoza osteo-articulara sunt corecte, cu o singura exceptie:

- A. Afectează frecvent articulațiile mari
  - B. Clinic apare durerea în punct fix, exacerbata de presiune și mișcare
  - C. În formele avansate apar fistule sau abcese osifluente prin care se scurge cazeum
  - D. Examenul bacteriologic pentru BK din abcesul fistulizat este totdeauna pozitiv, iar PCR nu este utilă
  - E. Examenul histopatologic face diferențierea de osteomielite, osteoartrită, tumorile osoase
205. Sunt corecte următoarele afirmații legate de tuberculoza aparatului urinar:
- A. Se manifestă prin poliurie mai ales nocturnă, leucociturie și hematurie microscopică
  - B. Nu este prezentă durerea
  - C. Ecografic apare un rinichi mic, cu contur neregulat
  - D. Cistoscopia permite biopsia pentru examenul histopatologic
  - E. Tratamentul este ineficient cu regimurile standard antituberculoase, fiind necesare medicamente din linia de rezervă
206. \* Sunt corecte următoarele principii de tratament în tuberculoză, cu excepția:
- A. Tratamentul este standardizat
  - B. Se administrează asociat cel puțin 5 medicamente în cazurile noi și 6 medicamente în cazurile de recidivă
  - C. Tratamentul se face sub directă observare
  - D. Tratamentul este gratuit pentru toți bolnavii
  - E. Tratamentul individualizat se face numai în anumite situații: chimiorezistență, reacții adverse etc
207. Rifampicina în tratamentul tuberculozei:
- A. Este medicament de primă linie în schema de terapeutică
  - B. Are un efect bactericid
  - C. Are un efect bacteriostatic
  - D. Se administrează numai injectabil
  - E. Poate avea efect hepatotoxic
208. Medicamente antituberculoase de rezervă / de linia a II-a sunt:
- A. Capreomicina
  - B. Protionamida
  - C. Rifampicina
  - D. Etambutolul
  - E. Isoniazida
209. Regimul I de tratament în tuberculoză pulmonară:
- A. Se recomandă la cazurile noi pulmonare și extrapulmonare
  - B. Se recomandă la cazurile noi pulmonare neconfirmate bacteriologic
  - C. Constă în administrarea inițială de 4 medicamente HRZE sau HRZS
  - D. Constă în administrarea inițială de 5 medicamente HRZES
  - E. Administrarea se face sub directă observare
210. În cazul tuberculozei MDR (multidrogrezistente):
- A. Pacientul se spitalizează în centre de tratament speciale, nu pe secțiile obișnuite
  - B. Faza de atac este de 5 luni
  - C. Faza de continuare este de minimum 18 luni
  - D. Se asociază medicamente de rezervă / de linia a II-a
  - E. Tratamentul este obligatoriu injectabil
211. Tratamentul micobacteriozelor:
- A. Se face cu medicamentele antituberculoase de primă linie

- B. Are aceeași durată și în cazul bacililor tuberculoși
  - C. Se face individualizat
  - D. Necesită o durată mai mare de timp
  - E. Nu necesită antibiograma
212. Regimul II de tratament în tuberculoza pulmonară este recomandat în următoarele situații:
- A. Eșec al tratamentului inițial
  - B. Reacții adverse severe la medicamentele din linia I
  - C. Tratament după abandon
  - D. Micobacterioze atipice
  - E. Cazuri de tuberculoză MDR / XDR
213. Regimul de tratament individualizat în tuberculoza pulmonară este recomandat în următoarele situații:
- A. Tratament după abandon
  - B. Mono-polirezistente
  - C. Cazuri de tuberculoză MDR/ XDR
  - D. Reacții adverse severe la medicația de linia I
  - E. Eșec al tratamentului inițial
214. În situația asocierii tuberculozei cu infecția HIV:
- A. Se tratează inițial infecția HIV și apoi tuberculoza
  - B. Se tratează inițial tuberculoza dacă există interacțiuni cu medicația antiretrovirală
  - C. Dacă se utilizează inhibitori de protează, inhibitorii revers transcriptazei non-nucleozidice care nu prezintă interacțiuni cu Rifampicina se vor asocia cele două terapii
  - D. Durata tratamentului este redusă pentru a preveni efectele adverse
  - E. Durata tratamentului este prelungită față de regimul standard
215. Cazul de tuberculoză este:
- A. Bolnavul confirmat bacteriologic
  - B. Bolnavul cu leziuni cavitare pe radiografia pulmonară
  - C. Bolnavul confirmat histopatologic
  - D. Bolnavul cu IDR la tuberculina pozitivă
  - E. Bolnavul cu test Quantiferon TB Gold pozitiv
216. Trombembolismul pulmonar este considerat central dacă afectează:
- A. Trunchiul arterei pulmonare
  - B. Zonele segmentare
  - C. Zonele subsegmentare
  - D. Arterele lobare
  - E. Arterele pulmonare principale
217. Factori predispozanți puternici pentru trombembolismul venos sunt:
- A. Fracturi ale membrului inferior
  - B. Traume majore
  - C. Contraceptive orale
  - D. Obezitate
  - E. Infarct miocardic (în ultimele 3 luni)
218. \* Simptomul cel mai des întâlnit la pacienții cu trombembolism pulmonar, în special în localizarea centrală este:
- A. Durerea toracică cu caracter pleuritic
  - B. Sincopa
  - C. Dispneea
  - D. Hemoptizia

- E. Wheezing
219. Următoarele afirmații referitoare la simptomatologia tromboembolismului pulmonar sunt adevărate:
- A. Dispneea poate fi discordantă cu examenul obiectiv al aparatului respirator, adesea stetacustica fiind normală
  - B. Durerea toracică cu caracter pleuritic apare tipic în emboliile periferice
  - C. Durerea toracică cu caracter anginos se datorează inflamației pleurale viscerale
  - D. În mod tipic, dispneea se instalează lent
  - E. Hemoptizia este datorată răspunsului inflamator din plămânel infarctat
220. La pacienții cu tromboembolism pulmonar gazometria arterială relevă modificări de tipul:
- A. Hipoxemie
  - B. Acaloză respiratorie
  - C. Alcaloză metabolică
  - D. Scăderea gradientului alveolo-arterial pentru  $O_2$
  - E. Creșterea gradientului alveolo-arterial pentru  $O_2$
221. Elementele componente ale triadei Virchow sunt:
- A. Injuria endotelială
  - B. Staza sau turbulența fluxului sanguin
  - C. Creșterea D-dimerilor
  - D. Hipercoagulabilitatea
  - E. Creșterea troponinei
222. Clasic, cele mai specifice anomalii electrocardiografice la pacienții cu tromboembolism pulmonar sunt:
- A. Aspectul S1Q3T3
  - B. Blocul major de ramură stângă (BRS) nou apărut
  - C. Modificări de repolarizare V1-V4 sugestive pentru supraîncărcarea de ventricul drept
  - D. Bradicardia sinusală
  - E. Aspectul qR în V1
223. \* Semnul radiologic cocoșa lui Hampton întâlnit în tromboembolismul pulmonar constă în:
- A. Întreruperea bruscă a vascularizației pulmonare
  - B. Opacitate în periferie cu vârful rotunjit și baza la pleură
  - C. Condensare pulmonară cu distribuție nonsegmentară
  - D. Opacități reticulare sau reticulonodulare localizate într-un anumit lob
  - E. Opacitate de tip lichidian (revărsat pleural)
224. Factori predispozanți slabi pentru tromboembolismul venos sunt:
- A. Tromboembolism venos în antecedente
  - B. Fracturi ale membrelor inferioare
  - C. Vârsta înaintată
  - D. Obezitatea
  - E. Sarcina
225. Embolia pulmonară este considerată cu risc înalt în prezența:
- A. Șocului
  - B. Dispneei
  - C. Tahicardiei
  - D. Hemoptiziei
  - E. Hipotensiunii arteriale
226. Suspiciunea clinică de embolie pulmonară trebuie confirmată imagistic printr-una din următoarele modalități:

- A. Angiografie pulmonară prin computer tomografie
  - B. Ecocardiografie transtoracică
  - C. Computer tomografie fără substanță de contrast
  - D. Scintigrafie de ventilație/perfuzie
  - E. Angiografie pulmonară cu substrație digitală
227. Semnele radiologice cele mai specifice evidențiate de radiografia cord pulmon la pacienții cu trombembolism pulmonar sunt:
- A. Atelectazii
  - B. Semnul Westermark
  - C. Cooșă Hampton
  - D. Cardiomegalie
  - E. Revărsate pleurale
228. Criteriile Wells în determinarea probabilității clinice de embolie pulmonară includ următoarele
- A. Frecvența cardiacă  $\geq 100/\text{min}$
  - B. Intervenție chirurgicală în ultimele 4 săptămâni
  - C. Malignitate activă
  - D. Obezitate
  - E. Vârsta înaintată
229. Modificările ecocardiografice compatibile cu supraîncărcarea ventriculară dreaptă (VD) din trombembolismul pulmonar sunt:
- A. Dilatarea VD
  - B. Regurgitarea mitrală
  - C. Regurgitarea tricuspidiană
  - D. Disfuncția VD
  - E. Tamponada pericardică
230. Recomandările actuale privind durata anticoagulării în trombembolismul pulmonar (TEP) sunt:
- A. TEP secundar unui factor de risc tranzitor (reversibil) - 2 luni anticoagulare orală
  - B. TEP neprovocat - durată minim 6 luni
  - C. TEP neprovocat, al doilea episod - anticoagulare indefinit
  - D. TEP și cancer activ - heparină cu greutate moleculară mică (HGMM) primele 3-6 luni, apoi fie HGNN, fie anticoagulant oral nedefinit sau până se rezolvă neoplazia
  - E. TEP secundar unui factor de risc tranzitor (reversibil) - 3 luni anticoagulare orală
231. Regimurile de administrare a streptokinazei în tratamentul trombembolismului pulmonar sunt:
- A. Prelungit: 250.000 U în 30 min, apoi 100.000 U/oră timp de 12-24 ore
  - B. Prelungit: 500.000 U în 30 min, apoi 100.000 U/oră timp de 12-24 ore
  - C. Accelerat: 1,5 mil U în 2 ore
  - D. Accelerat: 1,5 mil U în 12 ore
  - E. Accelerat: 1,5 mil U în 24 ore
232. Tromboliticele aprobate în tratamentul emboliei pulmonare sunt:
- A. Despotelaza
  - B. Tenecteplaza
  - C. Urokinaza
  - D. Streptokinaza
  - E. Activatorul tisular al plasminogenului recombinat (rtPA)
233. Embolectomia chirurgicală:



- A. Este indicată în embolia pulmonară cu risc crescut
  - B. Metoda implică circulație extracorporeală, evitarea cardioplegiei, incizia bilaterală la nivelul arterei pulmonare și îndepărtarea cheagurilor
  - C. Este indicată la pacienții cu risc intermediar în situația în care tromboliza a eșuat
  - D. Mortalitatea perioperatorie se situează peste 6%
  - E. Are ca scop îndepărtarea trombilor din zonele segmentare și subsegmentare
234. Următoarele afirmații referitoare la determinarea troponinei la pacienții cu tromboembolism pulmonar (TEP) sunt adevărate:
- A. Are valoare prognostică, fiind un marker al disfuncției de ventricul drept
  - B. Este un marker specific pentru TEP
  - C. Este utilă în stratificarea TEP submasiv în grupuri de terapie medicală și chirurgicală
  - D. Troponina este crescută la 30-50% dintre pacienții cu TEP moderat-mare
  - E. Nu are valoare prognostică
235. \* Cea mai frecventă cauză de tromboembolism familial este reprezentată de:
- A. Deficitul de antitrombină III
  - B. Deficitul de proteină C
  - C. Factorul V Leiden
  - D. Deficitul de proteină S
  - E. Anomalii ale plasminogenului
236. \* Incidența totală anuală a tromboembolismului pulmonar este de:
- A. 10 la 100.000 de locuitori
  - B. 50 la 100.000 de locuitori
  - C. 100-200 la 100.000 de locuitori
  - D. 300 la 100.000 de locuitori
  - E. 500 la 100.000 de locuitori
237. Versiunea simplificată a indicelui de severitate al tromboembolismului pulmonar (sPESI) ia în calcul:
- A. Vârsta > 80 ani
  - B. Neoplazia
  - C. Frecvența cardiacă  $\geq 110/\text{min}$
  - D. Intervenție chirurgicală în ultimele 4 săptămâni
  - E. Imobilizare  $\geq 3$  zile
238. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul anticoagulant oral în tromboembolismul pulmonar sunt adevărate:
- A. Trebuie începută la pacientul cu embolie pulmonară chiar din prima zi
  - B. Trebuie suprapusă cu anticoagularea parenterală cel puțin 3 zile
  - C. Trebuie suprapusă cu anticoagularea parenterală cel puțin 5 zile
  - D. Doza zilnică se ajustează în funcție de INR, care trebuie menținut între 1-2
  - E. Doza zilnică se ajustează în funcție de INR, care trebuie menținut între 2-3
239. Reperfuția precoce în cazul emboliei pulmonare cu risc înalt de deces se poate realiza prin:
- A. Anticoagulare orală
  - B. Tromboliză
  - C. Embolectomie pulmonară
  - D. Tratamentul intervențional percutan pe cateter
  - E. Anticoagulare parenterală
240. \* Dacă indicele de severitate al tromboembolismului pulmonar în versiunea simplificată (sPESI) este  $\geq 1$ :
- A. Riscul de mortalitate la 30 zile este 1.0%

- B. Riscul de mortalitate la 30 zile este 2.0%
  - C. Riscul de mortalitate la 30 zile este 5.0%
  - D. Riscul de mortalitate la 30 zile este 10.9%
  - E. Riscul de mortalitate la 30 zile este 25%
241. Pentru evaluarea suspiciunii de tromboembolism pulmonar (TEP) angiografia pulmonară prin tomografie computerizată (angioCT):
- A. Permite vizualizarea adecvată a arterelor pulmonare până cel puțin la nivel segmentar
  - B. Are o valoare predictivă negativă scăzută, un examen angioCT normal neputând să excludă cu certitudine un TEP la pacienții cu probabilitate clinică înaltă
  - C. Confirmă embolia pulmonară dacă sunt evidențiați trombi la nivelul ramurilor segmentare ale arterelor pulmonare sau proximal de acestea
  - D. Este considerată investigație de primă intenție la pacienții cu suspiciune mare de TEP
  - E. Nu trebuie completată de investigații suplimentare atunci când evidențiază trombi la nivelul ramurilor sub-segmentare ale arterelor pulmonare
242. Testarea D-dimerilor pentru evaluarea tromboembolismului pulmonar (TEP):
- A. Are utilitate în situațiile în care TEP are probabilitate clinică joasă sau intermediară
  - B. Are utilitate în situațiile în care TEP are probabilitate clinică mare
  - C. Are o valoare predictivă negativă înaltă, o valoare normală făcând improbabilă embolia pulmonară
  - D. Are o valoare predictivă pozitivă înaltă, D-dimerii fiind crescuți specific în embolia pulmonară
  - E. Face improbabilă embolia pulmonară la o valoare < 500 ng/ml
243. Dintre aspectele ecografice, o valoare predictivă pozitivă înaltă pentru tromboembolismul pulmonar (chiar în prezența unei boli cardiace sau respiratorii pre-existente) au:
- A. „Semnul McConnel”, constând în deprimarea contractilității peretelui liber al VD comparativ cu apexul VD
  - B. „Semnul 60-60”, constând în perturbarea ejecției VD
  - C. Hipertrofia peretelui liber al VD
  - D. Regurgitarea mitrală
  - E. Regurgitarea tricuspidiană
244. \* Cel mai mare risc pentru pacienții cu embolie pulmonară este:
- A. Hipertensiunea pulmonară tromboembolică cronică
  - B. Recurența precoce chiar sub tratament anticoagulant
  - C. Decesul
  - D. Rezoluția incompletă a trombilor după episodul acut
  - E. Reacții adverse hemoragice secundar administrării tratamentului anticoagulant
245. Criteriile de excludere a emboliei pulmonare (Pulmonary Embolism rule-out criteria – „PERC rule”) la pacienții cu probabilitate mică cuprind:
- A. Vârsta < 50 ani
  - B. Saturația în O<sub>2</sub> ≥ 95%
  - C. TA sistolică < 100 mmHG
  - D. D-dimeri > 500 ng/ml
  - E. nivele scăzute ale BNP sau NT-proBNP
246. \* Criteriul de diagnostic validat pentru tromboza venoasă profundă este:
- A. Valori ale D-dimerilor ≥ 500 ng/ml
  - B. Compresibilitatea incompletă a venei la examinarea ecografică

- C. Anomaliile măsurătorilor de flux la nivel venos evidențiate ecografic
  - D. Mărire de volum unilaterală a unui membru
  - E. Absența pulsului periferic
247. Pneumotoraxul poate mima embolia pulmonară atunci când pacientul se prezintă cu:
- A. Tuse
  - B. Durere pleuritică intensă
  - C. Hemoptizie
  - D. Dispnee
  - E. Febră
248. Cel mai adesea, originea trombilor din embolia pulmonară este reprezentată de:
- A. Sistemul venos profund al membrelor inferioare
  - B. Sistemul venos profund al bazinetului
  - C. Sistemul venos profund al membrelor superioare
  - D. Cavitățile cardiace drepte
  - E. Cavitățile cardiace stângi
249. În sarcină, riscul cel mai mare de trombembolism pulmonar este:
- A. În primul trimestru
  - B. În primele 6 luni de sarcină
  - C. În ultimul trimestru
  - D. În primele 6 luni postpartum
  - E. În primele 6 săptămâni postpartum
250. \* Doza de Enoxaparină recomandată pentru tratamentul anticoagulant în trombembolismul pulmonare este de:
- A. 1 mg/kgc la 24 ore
  - B. 1 mg/kgc la 12 ore
  - C. 1 mg/kgc la 8 ore
  - D. 100.000 U/oră
  - E. 250.000 U/oră

## Răspunsuri Pneumologie

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

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

# Cardiologie

## Boala Coronariană

1. \*Ca analgezic, pentru durerea asociată infarctului miocardic acut, se poate administra:
  - A. Morfina
  - B. Ibuprofen
  - C. Diclofenac
  - D. Celecoxib
  - E. Etoricoxib
2. \*Infarctul miocardic acut este declanșat de:
  - A. Fisura, ruptura sau ulcerarea unei plăci de aterom
  - B. Dezvoltarea unui anevrism aortic
  - C. Eliberarea de prostaglandină E2
  - D. Eliberarea de endotelină 1
  - E. Eliberarea de angiotensină 2
3. \*Care este cea mai frecventă reacție adversă a nitroglicerinei:
  - A. Cefaleea
  - B. Vărsăturile
  - C. Constipația
  - D. Artralgiile
  - E. Mialgiile
4. \*Cea mai obișnuită acuză de prezentare a bolnavilor cu infarct miocardic acut este reprezentată de:
  - A. Palpitații
  - B. Artralgii
  - C. Mialgii
  - D. Febră
  - E. Durere retrosternală
5. \*Limita de timp pentru instituirea terapiei de reperfuzie coronariană în STEMI este de:
  - A. 24 de ore
  - B. 3 zile
  - C. 1 lună
  - D. 1 an
  - E. 12 ore
6. \*Tratamentul trombolitic este indicat în:
  - A. Infarctul miocardic acut fără supradenivelare de segment ST
  - B. Infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST în primele 6 ore de la debut
  - C. Angina instabilă
  - D. Angina stabilă de efort clasa II CCS
  - E. Ulcerul gastro-duodenal
7. \*Care dintre următoarele nu este antiagregant plachetar:
  - A. Aspirina
  - B. Clopidogrelul
  - C. Ticagrelorul

- D. Prasugrelul
  - E. Heparina
8. \*Care dintre următoarele nu este anticoagulant:
- A. Heparina nefracționată
  - B. Heparina cu greutate moleculară mică
  - C. Acenocumarolul
  - D. Fondaparinuxul
  - E. Aspirina
9. \*Durerea tipică din angina pectorală este localizată:
- A. Retrosternal
  - B. În epigastru
  - C. Interscapulo-vertebral
  - D. În fosa iliacă dreaptă
  - E. Retroauricular
10. \*Postangioplastie coronariană, durata tratamentului dublu-antiagregant plachetar este de:
- A. Minim un an
  - B. O săptămână
  - C. O lună
  - D. 2 săptămâni
  - E. 3 săptămâni
11. Pentru diagnosticul infarctului miocardic acut este utilă determinarea următoarelor enzime:
- A. Troponina I și T
  - B. Creatinfosfokinaza
  - C. Frațiunea MB a creatinfosfokinazei
  - D. Lipaza
  - E. Amilaza
12. Diagnosticul inițial al infarctului miocardic acut cu supradenivelare de segment ST presupune:
- A. Durere toracică intensă
  - B. Supradenivelare de segment ST sau bloc major de ramură stângă nou instalat
  - C. Creșterea markerilor de necroză miocardică
  - D. Subdenivelare de segment ST în derivațiile precordiale
  - E. Bloc major de ramură dreaptă nou instalat
13. Terapia de reperfuzie coronariană poate fi reprezentată de:
- A. Reperfuzie intervențională (PCI primar)
  - B. Reperfuzie farmacologică (tromboliză)
  - C. Dublă antiagregare plachetară
  - D. Administrarea de heparină
  - E. Administrarea de nitroglicerină în perfuzie
14. Următoarele sunt antiagregante plachetare:
- A. Aspirina
  - B. Clopidogrelul
  - C. Prasugrelul
  - D. Ticagrelorul
  - E. Enoxaparina
15. Fac parte din medicația antitrombotică post-infarct miocardic acut:

- A. Aspirina
  - B. Clopidogrelul
  - C. Heparina cu greutate moleculara mică
  - D. Nitroglicerina
  - E. Carvedilolul
16. Antiagregantele plachetare ce pot fi utilizate post infarct miocardic acut sunt:
- A. Aspirina
  - B. Clopidogrelul
  - C. Ticagrelorul
  - D. Enoxaparina
  - E. Fondaparinux
17. Pentru diagnosticul infarctului miocardic acut cu supradenivelare de segment ST este utilă apariția următoarelor:
- A. Modificări ECG reprezentate de supradenivelare de segment ST sau BRS nou instalat
  - B. Creșterea markerilor de necroză miocardică
  - C. Tulburări de cinetică parietală la nivelul ventriculului stâng
  - D. Creșterea procalcitoninei
  - E. Creșterea creatininei serice
18. Postinfarct miocardic acut și-au dovedit eficiența următoarele clase terapeutice:
- A. Antiagregante plachetare în dublă asociere
  - B. Statine
  - C. Beta-blocante
  - D. Inhibitori ai enzimei de conversie ai angiotensinei
  - E. Amoxicilina
19. Dintre contraindicațiile administrării terapiei fibrinolitice fac parte:
- A. Disecția de aortă
  - B. Sângerarea gastro-intestinală în ultima lună
  - C. Hemoragia intracraniană
  - D. Urticaria
  - E. Boala arterială periferică
20. Sunt agenți fibrinolitici fibrin specifici:
- A. Alteplaza
  - B. Reteplaza
  - C. Tenecteplaza
  - C. Streptokinaza
  - D. Aspirina
21. Nu sunt agenți fibrinolitici non-fibrin specifici:
- A. Alteplaza
  - B. Reteplaza
  - C. Tenecteplaza
  - D. Streptokinaza
  - E. Aspirina
22. Complicațiile infarctului miocardic acut sunt reprezentate de:
- A. Insuficiența cardiacă
  - B. Aritmii și tulburări de conducere
  - C. Aneurismul de ventricul stâng
  - D. Disecția de aortă



- E. Pneumotoraxul
23. Dintre complicațiile mecanice ale infarctului miocardic acut fac parte:
- A. Ruptura de perete liber
  - B. Ruptura de sept interventricular
  - C. Ruptura de mușchi papilar
  - D. Fibrilația ventriculară
  - E. Blocul total atrio-ventricular
24. Tabloul clinic al infarctului de ventricul drept cuprinde:
- A. Hipotensiune
  - B. Lipsa stazei pulmonare
  - C. Valori tensionale crescute
  - D. Mialgii
  - E. Melenă
25. Dintre tulburările de conducere frecvent întâlnite postinfarct miocardic acut fac parte:
- A. Extrasistolele ventriculare
  - B. Tahicardia ventriculară
  - C. BAV grad II tip 1
  - D. Fibrilația ventriculară
  - E. BAV de gradul I
26. Pentru tratamentul pericarditei acute post infarct miocardic acut se vor administra:
- A. Aspirină
  - B. Paracetamol
  - C. Colchicină
  - D. Corticoterapie
  - E. Antiinflamatoare nesteroidiene
27. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la anevrismul ventricular postinfarct miocardic acut sunt adevărate?
- A. Apare printr-un proces de remodelare patologică
  - B. Se poate însoți de tromboză intraventriculară
  - C. Prezintă risc de embolii sistemice
  - D. Nu apare niciodată post-infarct miocardic acut
  - E. Apariția sa este un semn de prognostic favorabil
28. Forme clinice particulare de sindrom acut coronarian fără supradenivelare de segment ST sunt:
- A. Angina de novo sau cu debut recent
  - B. Angina agravată sau crescendo
  - C. Angina de repaus
  - D. Angina post infarct
  - E. Angia stabila clasa II CCS
29. Terapia medicamentoasă în STEMI presupune administrarea:
- A. Beta-blocantelor
  - B. Inhibitorilor enzimei de conversie ai angiotensinei
  - C. Antagoniștilor de aldosteron
  - D. Statinelor
  - E. Blocantelor canalelor de calciu
30. Postinfarct miocardic acut, măsurile de prevenție secundară cuprind:
- A. Renunțarea la fumat
  - B. Dieta și controlul ponderal

- C. Exercițiul fizic
  - D. Lipsa activității fizice
  - E. Continuarea fumatului
31. Intră în discuție pentru diagnosticul diferențial al STEMI:
- A. Pericardita acută
  - B. Disecția acută de aortă
  - C. Embolia pulmonară
  - D. Meningita
  - E. Ischemia acută de membru
32. Dintre măsurile administrate în faza prespital în tratamentul infarctului miocardic acut amintim:
- A. Administrarea intravenoasă de opioide de tipul morfinei
  - B. Administrarea de oxigen pe mască
  - C. Administrarea de tranchilizante
  - D. Administrarea de ibuprofen
  - E. Administrarea de etoricoxib
33. Tratamentul fibrinolitic:
- A. Se ia în considerare în orice sindrom acut coronarian
  - B. Se aplică doar în cazul STEMI
  - C. Este indicat în primele 6 ore de la debutul STEMI, când nu se poate efectua PCI primar în primele 2 ore de la debut
  - D. Se efectuează în angina instabilă
  - E. Se efectuează în angina stabilă
34. Tratamentul antitrombotic asociat terapiei de reperfuzie în infarctul miocardic acut presupune:
- A. Aspirină
  - B. Inhibitorii receptorilor P2Y12
  - C. Tratament anticoagulant
  - D. Nebivolol
  - E. Metoprolol
35. Sunt inhibitori ai receptorului P2Y12:
- A. Prasugrelul
  - B. Ticagrelorul
  - C. Clopidogrelul
  - D. Aspirina
  - E. Enoxaparina
36. Tratamentul anticoagulant asociat terapiei fibrinolitice poate cuprinde administrarea de:
- A. Heparină nefracționată
  - B. Enoxaparină
  - C. Acenocumarol
  - D. Aspirină
  - E. Clopidogrel
37. Următoarele sunt adevărate cu privire la terapia hipolipemiantă post infarct miocardic acut:
- A. Ținta recomandată pentru LDL-colesterol este <70 mg/dl
  - B. Ținta recomandată pentru LDL-colesterol este >70 mg/dl
  - C. Se recomandă administrarea Atorvastatinei în doză de 80 mg/zi

- D. Se recomandă administrarea Simvastatinei
  - E. Se recomandă administrarea Rosuvastatinei în doză de 10 mg/zi
38. Sunt antagoniști de aldosteron:
- A. Eplerenona
  - B. Spironolactona
  - C. Clopidogrelul
  - D. Ticagrelorul
  - E. Metoprololul
39. Sunt inhibitori ai enzimei de conversie ai angiotensinei:
- A. Ramiprilul
  - B. Zofenoprilul
  - C. Trandolaprilul
  - D. Valsartanul
  - E. Candesartanul
40. Markerii de necroză miocardică utili în diagnosticul infarctului miocardic acut sunt:
- A. Troponinele I și T
  - B. Fosfataza alcalină
  - C. Creatinfosfokinaza-fracțiunea MB
  - D. Creatinina
  - E. Procalcitonina
41. Afecțiunile cardiace care intră în diagnosticul diferențial al anginei pectorale sunt:
- A. Pericardita acută
  - B. Miocardita acută
  - C. Disecția de aortă toracică
  - D. Pleurezia
  - E. Colica biliară
42. Dintre afecțiunile musculo-scheletale care intră în diagnosticul diferențial al anginei pectorale fac parte:
- A. Sindromul Tietze
  - B. Radiculita cervicală
  - C. Sindromul de compresie a plexului cervical prin coasta cervicală
  - D. Pneumotoraxul
  - E. Pericardita acută
43. Controlul factorilor de risc la pacienții cu boală coronariană stabilă presupune:
- A. Renunțarea la fumat
  - B. Tratamentul și controlul hipertensiunii arteriale
  - C. Tratamentul și controlul dislipidemiei
  - D. Antrenament fizic
  - E. Lipsa activității fizice
44. Terapia medicamentoasă antianginoasă constă în:
- A. Nitroglicerină sublingual
  - B. Beta-blocante
  - C. Calciu-blocante
  - D. Nicorandil
  - E. Furosemid
45. Următoarele caracterizează angina Prinzmetal:
- A. Este produsă ca urmare a unui spasm coronarian
  - B. Traseul ECG evidențiază supradenivelare de segment ST tranzitorie

- C. Apare de obicei în a doua parte a nopții
  - D. Fumatul reprezintă un factor de risc
  - E. Nu necesită tratament
46. \*Cel mai frecvent, infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST este consecința:
- A. Trombozei intracoronariene pe fondul unor leziuni aterosclerotice preexistente
  - B. Vasculitelor
  - C. Disecției de aortă
  - D. Endocarditei infecțioase
  - E. Tumorilor cardiace
47. \*Clasa IV Killip a infarctului miocardic acut presupune:
- A. Șoc cardiogen
  - B. Raluri subcrepitante bazal bilateral
  - C. Dispnee inspiratorie la eforturi fizice mici
  - D. Edem pulmonar acut
  - E. Absența ralurilor de stază sau a zgomotului 3
48. \*Limita de timp pentru instituirea terapiei trombolitice în infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST este de:
- A. 6 ore
  - B. 6 zile
  - C. 24 ore
  - D. O săptămână
  - E. 6 săptămâni
49. \*Care dintre următoarele este agent fibrinolitic?
- A. Aspirina
  - B. Clopidogrelul
  - C. Ticagrelorul
  - D. Tenecteplaza
  - E. Heparina
50. \*Care dintre următoarele reprezintă contraindicație absolută a terapiei trombolitice?
- A. Hemoragia intracraniană
  - B. Accidentul ischemic tranzitor în ultimele 6 luni
  - C. Sarcina
  - D. Prima săptămână postpartum
  - E. Endocardita infecțioasă
51. \*Este agent non-fibrin specific:
- A. Streptokinaza
  - B. Tenecteplaza
  - C. Reteplaza
  - D. Heparina
  - E. Aspirina
52. \*Cel mai frecvent, ruptura de perete liber, postinfarct miocardic acut, survine:
- A. În primele 3-5 zile
  - B. În prima lună
  - C. În primul an
  - D. În prima săptămână
  - E. În primele 3-5 luni
53. \*Este antiagregant plachetar:

- A. Heparina
  - B. Fondaparinuxul
  - C. Ticagrelorul
  - D. Enoxaparina
  - E. Dalteparina
54. \*Aspirina acționează prin:
- A. Inhibarea ciclo-oxigenazei 1, cu reducerea formării de tromboxan A2
  - B. Inhibarea receptorului P2Y12
  - C. Inhibarea directă a trombinei
  - D. Activarea ciclo-oxigenazei 1
  - E. Activarea receptorului P2Y12
55. \*Clopidogrelul acționează prin:
- A. Inhibarea ciclo-oxigenazei 1, cu reducerea formării de tromboxan A2
  - B. Inhibarea receptorului P2Y12
  - C. Inhibarea directă a trombinei
  - D. Activarea ciclo-oxigenazei 1
  - E. Activarea receptorului P2Y12
56. Tabloul clinic tipic în angina Prinzmetal este caracterizat de:
- A. Angină pectorală care apare la eforturi fizice mici
  - B. Simptome de tip anginos, de repaus, cu pattern circadian
  - C. Durata episodelor anginoase este peste 30 minute
  - D. Durerea răspunde prompt la administrarea de nitrați sublingual
  - E. Crizele anginoase apar mai frecvent în a două jumătate a nopții și primele ore ale dimineții
57. Care sunt criteriile de stratificare care încadrează un pacient cu angină pectorală de efort în clasa de risc înalt:
- A. Disfuncție ventriculară stângă (FEVS $\geq$ 35%)
  - B. Test de efort pozitiv, cu criterii de severitate
  - C. Disfuncție ventriculară stângă severă (FEVS $<$ 35%)
  - D. Tulburări de cinetică pe mai puțin de 2 segmente la ecocardiografia de stress
  - E. Test de efort cardiovascular negativ
58. Diagnosticul diferențial al anginei pectorale de efort se face cu următoarele afecțiuni cardiace:
- A. Bolile inflamatorii ale pericardului (pericardita acută, miopericardita acută)
  - B. Disecția de aortă toracică
  - C. Colica biliară
  - D. Boala ulceroasă
  - E. Hiperventilația
59. Clasificarea funcțională Canadiană a anginei pectorale de efort CC III se caracterizează prin următoarele:
- A. Limitare marcată a activității fizice
  - B. Pacienții nu pot face efort fizic, necesitând mai mult de 5 METs
  - C. Angina apare doar la efort fizic intens și prelungit
  - D. Limitare ușoară a activității fizice obișnuite
  - E. Pacienții nu pot face efort, necesitând peste 2 METs
60. Sunt caractere atipice pentru angina pectorală:
- A. Durerile cu caracter constricтив care iradiază la nivelul membrului superior stâng

- B. Durerile accentuate cu mișcarea, respirația sau la digitopresiune
  - C. Durerile care țin doar câteva secunde
  - D. Dureri cu durata variabilă între 15-20 minute
  - E. Durerile localizate latero-toracic stâng
61. Cauzele non-aterosclerotice de afectare coronariană sunt următoarele, cu excepția:
- A. Malformațiile congenitale
  - B. Infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST
  - C. Punctile musculare
  - D. Lupusul eritematos sistemic
  - E. Angina pectorală
62. Testele scintigrafice de efort sunt recomandate ca primă explorare pentru pacienții care au următoarele anomalii ECG de repaus:
- A. BRS
  - B. BRD
  - C. Sindrom WPW
  - D. HVD
  - E. HVS
63. Afecțiunile psihiatrice care intră în diagnosticul diferențial al anginei pectorale sunt următoarele, cu excepția:
- A. Anxietății
  - B. Atacurilor de panică
  - C. Sindromului bipolar
  - D. Schizofreniei
  - E. Hiperventilației
64. Obiectivele majore ale tratamentului în angina pectorală stabilă sunt următoarele:
- A. Reducerea deceselor premature
  - B. Terapia fibrinolitica
  - C. Identificarea bolilor asociate
  - D. Restaurarea nivelului de activitate și a capacității funcționale
  - E. Eliminarea/reducerea simptomelor de ischemie miocardică
65. Care dintre următoarele nu fac parte din terapia de prevenție secundară a riscului de infarct și deces?
- A. Blocanți ai canalelor de calciu
  - B. Aspirina 75-100 mg/zi, indefinit
  - C. Antiinflamatoare nesteroidiene
  - D. Beta-blocante
  - E. IECA
66. Terapia medicamentoasă antianginoasă constă în:
- A. Nicorandil
  - B. Potasiu i.v.
  - C. Beta-blocante
  - D. Sulfat de magneziu
  - E. Blocanți ai canalelor de calciu non-dihidropiridinice
67. Următoarele date privind angina microvasculară sunt adevărate:
- A. Mai este denumită și sindrom X coronarian
  - B. Arterele coronare au leziuni descrise la angiocoronarografie
  - C. Patogeneza este neclară, probabil fiind multifactorială

- D. Apare mai frecvent la tineri, majoritatea fiind femei în premenopauză
  - E. Durerea apare întotdeauna la eforturi fizice mici
68. Cele mai importante complicații ale anginei Prinzmetal sunt:
- A. Edemul pulmonar acut
  - B. Ruptura de cord
  - C. Infarctul miocardic acut
  - D. Aritmiile ventriculare
  - E. Blocurile atrioventriculare
69. Diagnosticul diferențial al anginei Prinzmetal se face cu următoarele afecțiuni:
- A. Disecția de aorta
  - B. Aneurismul de aorta
  - C. Sindroamele acute coronariene
  - D. Tamponada cardiacă
  - E. Consumul de cocaina
70. Următoarele afirmații despre insuficiența mitrală ischemică severă sunt adevărate:
- A. Are întotdeauna prognostic favorabil
  - B. Determină o supraîncărcare de volum bruscă, atât a atrului stang, cât și a ventriculului stâng
  - C. Poate determina edem pulmonar acut, cu risc vital imediat
  - D. Angiocoronarografia nu este indicată
  - E. Tratamentul constă în intervenție chirurgicală de urgență
71. Stadiile morfopatologice de evoluție ale sindroamelor acute coronariene cu supradenivelare de segment ST sunt următoarele:
- A. Ocluzia arterei carotide
  - B. Necroza miocardică
  - C. Embolia din placă
  - D. Dezvoltarea țesutului de granulație
  - E. Cicatrizarea zonei necrozate
72. Următoarele afirmații cu privire la examenul fizic al pacienților cu infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST sunt adevărate:
- A. Este util pentru evaluarea semnelor de insuficiență cardiacă
  - B. Ritmul cardiac este frecvent bradicardic
  - C. Tensiunea arterială este întotdeauna crescută
  - D. Frecătura pericardică poate să apară la pacienții cu infarcte transmurale întinse
  - E. Poate să apară suflu sistolic la auscultația cordului datorită unei regurgități mitrale acute ischemice
73. Criteriile ECG diagnostice pentru infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST sunt următoarele:
- A. BRD
  - B. BRS nou apărut
  - C. Supradenivelare de segment ST nou apărută prezentă în două derivații contigue
  - D. Subdenivelare de segment ST în 2 derivații contigue
  - E. Inversarea undelor T
74. Următoarele modificări ECG sunt sugestive pentru un infarct miocardic vechi, cu excepția:
- A. Supradenivelare de segment ST nou apărută
  - B. BRS

- C. Undele „Q” patologice
  - D. Undele T negative
  - E. Prezența undei R înalte ( $\geq 0.04$  s) în V1-V2 și a unui raport R/S $\geq 1$  cu unda T pozitivă în aceste derivații
75. Care dintre următoarele nu sunt adevărate privind dinamica markerilor serici în infarctul miocardic acut?
- A. Dozarea CK-MB trebuie făcută doar o singura dată
  - B. Troponina I apare în sânge la 3-12 ore și se poate menține crescută între 5-10 zile
  - C. CK-MB crește doar în cazul pacienților cu infarct miocardic acut
  - D. CK-MB atinge un nivel maxim la 24 de ore de la producerea unui infarct miocardic acut
  - E. Troponina T apare în sânge la 3-12 ore de la debutul unui infarct miocardic acut și se poate menține crescută până la 5-14 zile
76. Următoarele afecțiuni se pot însoți de creșterea troponinelor serice:
- A. Insuficiența renală acută sau cronică
  - B. Aneurismul de aortă abdominală
  - C. Accidentul vascular cerebral acut
  - D. Insuficiența cardiacă congestivă severă
  - E. Aneurismul cerebral
77. Cele mai importante complicații ale fibrinolizei sunt:
- A. Hemoragia digestivă superioară
  - B. Hemoragiile intracraniene
  - C. Hemoragiile extracraniene
  - D. Epistaxisul
  - E. Hemoragiile oculare
78. Nu sunt agenți fibrinolitici fibrin specifici:
- A. Streptokinaza
  - B. Alteplaza
  - C. Reteplaza
  - D. Enoxaparina
  - E. Tenecteplaza
79. Markerii de succes ai fibrinolizei sunt reprezentați de:
- A. Dispariția durerii toracice
  - B. Rezoluția segmentului ST cu mai mult de 10% în primele 90 minute
  - C. Scăderea markerilor de necroză miocardică
  - D. Fibrilație ventriculară
  - E. Aritmii tipice de reperfuzie
80. Care dintre următoarele patologii asociate au indicație de tratament anticoagulant la pacienți cu infarct miocardic acut?
- A. Edemul pulmonar acut
  - B. Fibrilația ventriculară
  - C. Fibrilația atrială
  - D. Tromb intraventricular
  - E. Proteze metalice
81. Care dintre următoarele enunțuri despre complicațiile mecanice ale infarctului miocardic acut sunt false?
- A. Pot să apară doar în primele 4 zile de la debutul unui infarct miocardic acut



- B. Ruptura peretelui liber este de obicei fatală, conducând la tamponada cardiacă
  - C. Ruptura de mușchi papilar complică de obicei infarctul miocardic acut anterior
  - D. Ruptura completă de mușchi papilar este incompatibilă cu supraviețuirea
  - E. Ruptura septului interventricular este o complicație foarte bine tolerată și nu necesită intervenție chirurgicală de urgență
82. Următoarele afirmații cu privire la aritmiile care survin la pacienții cu infarct miocardic acut sunt adevărate:
- A. Extrasistolele atriale sunt frecvente în faza inițială a STEMI
  - B. Cel mai frecvent mecanism incriminat este reintrarea
  - C. Amiodarona nu se poate administra la pacienții cu infarct miocardic acut
  - D. Fibrilația atrială este cea mai frecventă aritmie supraventriculară la pacienții cu infarct miocardic acut
  - E. Fibrilația ventriculară apărută în primele 48 de ore de la debutul unui infarct miocardic acut are un prognostic mai bun comparativ cu cea care apare tardiv, la peste 48 de ore de debut
83. Nu sunt forme clinice particulare de sindrom coronarian acut fără supradenivelare de segment ST:
- A. Angina pectorală de efort stabilă
  - B. Angina de novo sau cu debut recent
  - C. BRD
  - D. Angina post infarct precoce
  - E. Angina post revascularizare coronariană
84. Sunt forme clinice particulare de sindrom coronarian acut fără supradenivelare de segment ST:
- A. Angina de novo
  - B. Angina postinfarct precoce
  - C. Angina pectorală stabilă
  - D. Angina post revascularizare coronariană
  - E. Angina agravată sau crescendo
85. Clasificarea Braunwald IIIB3 se caracterizează prin:
- A. Angină pectorală de repaus, cu episoade anginoase în ultimele 48 de ore
  - B. Debut recent, sever sau accelerat, fără durere în repaus în ultimele luni
  - C. Angina instabilă primară
  - D. Angina postinfarct ( $\leq 2$  săptămâni)
  - E. Simptomele persistă chiar și sub tratamentul maxim tolerat cu beta-blocante, nitrați și blocanți ai canalelor de calciu
86. Care dintre următoarele modificări ECG nu sunt caracteristice sindromului acut coronarian fără supradenivelare de segment ST?
- A. Bloc atrioventricular gradul I
  - B. Subdenivelări de segment ST
  - C. Modificări de undă T
  - D. Sindrom WPW
  - E. Supradenivelare tranzitorie,  $\leq 30$  minute, de segment ST
87. Coronarografia trebuie efectuată de urgență la pacienții cu sindrom acut coronarian fără supradenivelare de segment ST în următoarele situații:
- A. Pacienți aflați la risc înalt
  - B. Pacienți cu semne de insuficiență renală
  - C. Pacienți cu angină recurentă și modificări în dinamică de segment ST

- D. Pacienți cu diagnostic diferențial neclar în pofida examinărilor imagistice
  - E. Pacienți cu suflu sistolic
88. Conform clasificării Topol, se încadrează în clasa de risc crescut, pacienții cu sindrom acut coronarian fără supradenivelare de segment ST și următoarele caracteristici:
- A. Durerea anginoasă  $\leq 10$  minute la efort
  - B. Accentuarea simptomelor ischemice în ultimele 48 ore
  - C. FE  $> 40\%$
  - D. Prezența aritmiilor ventriculare maligne
  - E. Vârsta  $> 75$  ani
89. Măsurile inițiale de tratament la pacienții cu sindrom acut coronarian fără supradenivelare de segment ST sunt:
- A. Beta-blocante i.v.
  - B. Oxigen pe mască sau sonda nazală cu un debit de 4-6 l/min, în special dacă SaO<sub>2</sub>  $< 90\%$
  - C. Spironolactonă
  - D. Nitroglicerina sublingual sau intravenos
  - E. Morfina 3-5 mg i.v. dacă durerea este severă
90. Care dintre următoarele enunțuri privind nitrații sunt false?
- A. Cresc presarcina
  - B. Cresc aportul miocardic de oxigen prin vasodilatație coronariană
  - C. Scad consumul miocardic de oxigen prin efect venodilatator
  - D. Reduc presarcina
  - E. Sunt contraindicați la pacienții în edem pulmonar acut

## Hipertensiunea arterială

91. \* Unul dintre următoarele mecanisme nu este implicat în patogenia HTA esențiale:
- A. Sistemul nervos simpatic-prin catecolamine
  - B. Sistemul vascular-prin disfuncție endotelială și remodelare vasculară
  - C. Sistemul renină-angiotensină-aldosteron-prin scăderea resorbției tubulare de Na<sup>+</sup>
  - D. Creșterea tonusului celulelor musculare netede vasculare -prin inhibarea schimbului ionilor de Na<sup>+</sup> și Ca<sup>++</sup>
  - E. Disfuncție endotelială
92. \* Mecanismul principal care conduce la creșterea TA în stenoza bilaterală de arteră renală este:
- A. Vasodilatația determinată de renină
  - B. Hipercalcemia consecutivă hiperaldosteronismului
  - C. Hipopotasemia consecutivă hiperaldosteronismului
  - D. Creșterea volumului extracelular
  - E. Hiperperfuzia renală prin creșterea sintezei de renină
93. \* HTA sistolică izolată nu apare în:
- A. Tireotxicoză
  - B. Fistulă arterio-venoasă
  - C. Coarctarea de aortă
  - D. Insuficiența aortică valvulară
  - E. Boala Paget

94. \* Care dintre următoarele pledează pentru feocromocitom?
- Scăderea și întârzierea pulsului femural
  - Tumora de medulosuprarenală
  - Obezitatea abdominală
  - Nodulii Heberden
  - Nodulii Lisch în axilă
95. \* Este o afectare clinică de organ țintă:
- Creșterea creatininei serice >1,5mg/dl la bărbați
  - Proteinurie < 300 mg/24h
  - Scăderea clearance-ului creatinină < 60 ml/dl
  - Velocitatea unei puls carotidă-femural >12 m/sec.
  - Indice gleznă-braț < 0,9
96. \* Referitor la boala cardiacă ischemică ce complică HTA se poate afirma că:
- HTA este factor de risc major pentru boala cardiacă ischemică
  - Post infarct miocardic pacienții au un risc crescut al mortalității dacă TA sistolică este sub 95 mmHg
  - Antecedentele de HTA în sine determină creșterea mortalității post infarct miocardic
  - Pacienții cu boală coronariană trebuie să-și mențină TA în jurul valorilor de 150/95 mmHg pentru a asigura o perfuzie cerebrală optimă
  - Nu există o legătură liniară între tensiunea arterială sistolică și riscul de evenimente coronariene
97. \* Referitor la tulburările de ritm ce complică HTA următorul enunț nu este adevărat:
- Fibrilația atrială este cel mai frecvent întâlnită la hipertensivi
  - HTA nu este factor de risc pentru aritmiile ventriculare
  - Hipertrofia ventriculară stângă este incriminată în aritmogeneza pacientului hipertensiv
  - Dintre aritmiile ventriculare, extrasistolele ventriculare și tahicardiile ventriculare complexe sunt cele mai frecvente la hipertensivi
  - Fibrilația atrială la hipertensivi se asociază cu risc crescut de AVC
98. \* Referitor la boala cerebrovasculară ce complică HTA se poate afirma că:
- AVC hemoragic nu este strâns corelat cu întreruperea tratamentului hipotensor
  - AVC cardioembolic are ca factor de risc independent ateroscleroza aortică și carotidiană
  - Beta-blocantele sunt mai eficiente decât blocații receptorilor de angiotensină
  - Infarctele cerebrale date de arterele mari sunt consecința lipohialinozei
  - Imediat după AVC se recomandă reducerea cât mai mult a TA imediat
99. \* Unul dintre următoarele enunțuri privind tratamentul hipotensor este fals. Care este acesta?
- Se inițiază în funcție de valorile TA și de riscul cardiovascular global al pacientului
  - Ținta tratamentului la pacienții cu risc cardiovascular este obținerea valorilor sub 120/90 mmHg
  - Ghidurile recomandă inițierea tratamentului medicamentos la pacienții cu HTA grad I cu risc adițional înalt
  - Beneficiul este mai mare la pacienții peste 65 ani
  - Obiectivul este prevenirea suferinței organelor țintă și a apariției complicațiilor cardio-vasculare

100. \* Referitor la beta blocante în tratamentul HTA următoarea afirmație este falsă:
- A. Beta-blocantele se clasifică în non-selective și selective
  - B. Beta-blocantele se recomandă în special celor cu boală coronariană coexistentă
  - C. Beta-blocantele se recomandă după infarct miocardic
  - D. Labetalolul și Carvedilolul au efect alfa-blocant
  - E. Nebivololul este cel mai selectiv beta<sub>2</sub>-blocant
101. \* Următoarea afirmație despre tratamentul HTA la diabetici este adevărată:
- A. Deocamdată obiectivul stabilit în ghiduri se referă la valori TA sub 140/90 mmHg
  - B. În prezența insuficienței renale se impune asocierea terapiei diuretice
  - C. Inhibitorii reninei (Aliskiren) nu asigură protecție renală
  - D. 35% dintre diabetici sunt hipotensivi
  - E. Asocierea HTA cu diabetul zaharat nu influențează riscul pentru ambele afecțiuni
102. \* Care dintre următoarele preparate nu se utilizează în HTA de sarcină?
- A. Nifedipina retard
  - B. Diuretice, dacă gravidele foloseau anterior această medicație
  - C. Metyldopa
  - D. Atenolol
  - E. Labetalol
103. \* Referitor la HTA reno-vasculară următoarea afirmație este adevărată:
- A. Abordarea chirurgicală se impune
  - B. Tratamentul medicamentos este de preferat
  - C. În displazia fibro-musculară procedeul preferat și eficient terapeutic este angioplastia percutană cu balon
  - D. Angioplastia percutană cu implant de stent nu este metoda de elecție
  - E. Identificarea corectă a pacienților la care beneficiul abordării intervenționale este substanțial se realizează pe baza unor criterii valide de selecție
104. \* Următoarea afirmație despre metodele de tratament în HTA secundară este falsă:
- A. În cazul adenomului solitar secretant de aldosteron soluția este exclusiv medicamentoasă
  - B. În cazul coarctăției de aortă, beneficiul se realizează atât prin metoda chirurgicală cât și prin proceduri percutane intervenționale
  - C. În apneea nocturnă se poate apela la uvulopalatofaringoplastie
  - D. În HTA reno-vasculară metoda de elecție este angioplastia percutană cu implant de stent
  - E. Tumora benignă din feocromocitom beneficiază de rezecție chirurgicală
105. \* Următorul preparat este blocant al canalelor de calciu și aparține grupului nondihidropiridine:
- A. Nifedipină
  - B. Amlodipiniă
  - C. Verapamilul
  - D. Nitrendipină
  - E. Felodipină
106. Selectați afirmațiile adevărate cu privire la HTA:
- A. HTA are o dublă calitate, de boală și în același timp de factor de risc cardiovascular
  - B. În HTA riscul de boală coronariană și de accident vascular cerebral este prezent la valori TA > 150/90 mmHg

- C. Relația HTA și riscul de mortalitate cardiovasculară este progresivă, în funcție de mărimea valorilor tensionale sistolice și diastolice
  - D. HTA nu este un predictor major pentru apariția insuficienței cardiace
  - E. Presiunea pulsului la vârstnici nu este factor de prognostic semnificativ
107. Despre patogeneza HTA putem afirma:
- A. La pacienții tineri cu HTA a fost demonstrată influența sistemului nervos simpatic
  - B. Angiotensina II acționează asupra receptorilor AT<sub>2</sub> și determină vasodilatația vaselor de rezistență
  - C. Sistemul vascular contribuie în patogeneza și progresia HTA
  - D. La hipertensivi curba presiunii arteriale-natriureză este deplasată spre dreapta
  - E. Cauza HTA esențiale este întotdeauna identificabilă
108. Sunt cauze de HTA renoparenchimotoasă:
- A. Nefropatia diabetică
  - B. Hiperaldosteronismul din insuficiența renală
  - C. Feocromocitomul
  - D. Stenoza de arteră renală
  - E. Uropatia obstructivă
109. Sunt cauze de HTA endocrină:
- A. Hipoparatiroidismul
  - B. Sindromul Conn
  - C. Hipotiroidia
  - D. Feocromocitomul
  - E. Hipoaldosteronismul primar
110. Următoarele simptome pledează pentru afectarea de organ țintă în HTA:
- A. Tratament antihipertensiv eficient
  - B. Claudicația intermitentă
  - C. Dispnee de efort
  - D. Diabet zaharat
  - E. Dislipidemia
111. Care dintre următoarele enunțuri privind examenul fizic al pacientului cu HTA sunt adevărate?
- A. Suflurile pe arterele carotide sugerează afectare de organ
  - B. Suflurile abdominale se asociază cu HTA renoparenchimotoasă
  - C. Un index de masă corporală între 25-30kg/m<sup>2</sup> definește obezitatea
  - D. Stigmate de neurofibromatoză pledează pentru feocromocitom
  - E. Palparea unor rinichi mari pledează pentru rinichi polichistic
112. Explorările de laborator de rutină în HTA sunt:
- A. Glicemia a jeun
  - B. Microalbuminuria cu stick
  - C. Lipaza
  - D. Troponina
  - E. Colesterol total, LDL colesterol, HDL colesterol
113. Explorările paraclinice recomandate în HTA sunt:
- A. Radiografia toracică numai dacă nu se suspectează disecția de aortă
  - B. Electrocardiograma
  - C. Monitorizarea TA continuu timp de 24 ore
  - D. Ecocardiografia
  - E. Valoarea cortizolului și a catecolaminelor serice și/sau urinare

114. Despre valorile TA este adevărat că:
- A. HTA se definește la valori măsurate de pacient la domiciliu  $\geq 135$  mmHg pentru TA sistolică și  $\geq 85$  mmHg pentru TA diastolică
  - B. TA optimă presupune o TA sistolică = 120-129 mmHg și o TA diastolică = 80-84 mmHg
  - C. HTA sistolică izolată se definește la valori ale TA sistolice  $\geq 140$  mmHg și TA diastolică  $< 90$  mmHg
  - D. TAS = 140-150 mmHg și TAD = 99 mmHg definesc o HTA moderată
  - E. Valori măsurate în cabinetul medical  $\geq 140$  mmHg/ 90 mmHg definesc HTA
115. Următoarele afirmații privind aprecierea riscului cardio-vascular în HTA sunt adevărate:
- A. Riscul adițional cuprinde factorii de risc cumulați la un pacient hipertensiv
  - B. Riscul cardio-vascular global estimează riscul de eveniment coronarian acut sau accident vascular cerebral la un hipertensiv pe o durată de 5-10 ani
  - C. Riscul adițional mediu presupune un risc de evenimente cardiovasculare fatale sau non-fatale la 10 ani între 15-20%
  - D. Vârsta peste 55 ani la femei este factor de risc
  - E. LDL colesterol  $< 115$  mg/dl este factor de risc
116. În HTA, nu reprezintă afectare subclinică de organ:
- A. Creșterea creatininei serice  $> 1,3$  mg/dl la bărbați
  - B. Hipertrofia ventriculară stângă
  - C. Microlabuminemie  $> 300$  mg/ 24 ore
  - D. Indice gleznă-braț  $> 0,9$
  - E. Velocitatea undei de puls carotido-femural  $> 12$  m/sec.
117. În HTA, nu reprezintă afectare subclinică de organ:
- A. Indice gleznă-braț  $< 0,9$
  - B. Plăcile aterosclerotice carotidiene
  - C. Creatinina serică 1,2-1,4 mg/dl. La femei
  - D. Retinopatia
  - E. Angina pectorală
118. În HTA, afectarea clinică a organelor țintă înseamnă:
- A. Dislipidemia
  - B. Obezitatea abdominală
  - C. Boala arterială periferică
  - D. Accidentul vascular cerebral
  - E. Hipertrofia ventriculară stângă
119. Selectați afirmațiile false cu privire la complicațiile HTA:
- A. Accidentul vascular cerebral este direct legat de efectul tensiunii arteriale ridicate
  - B. Tratamentul HTA la populația vârstnică nu reduce incidența insuficienței cardiace
  - C. Boala cardiacă ischemică nu se corelează direct cu ateroscleroza
  - D. HTA nu reprezintă un factor de risc pentru aritmii atriale, ventriculare și moartea subită
  - E. Boala renală cronică crește prevalența aterosclerozei
120. Selectați afirmațiile adevărate cu privire la HTA:
- A. La pacienții hemodializați riscul de evenimente cardio-vasculare este de 10-30 ori mai mare față de populația generală

- B. Boala vasculară periferică nu este un marker al riscului crescut de evenimente cardiovasculare
  - C. Hipertensivii cu o rată a filtrării glomerulare < 60 ml/min au o prevalență crescută a leziunii organelor țintă
  - D. AVC hemoragic nu are legătură cu întreruperea medicației antihipertensive
  - E. HTA nu este factor de risc pentru aritmii atriale
121. Care dintre următoarele reprezintă măsuri terapeutice nonfarmacologice în HTA?
- A. Abandonarea fumatului
  - B. Reducerea aportului de sare sub 5 g/zi
  - C. Efortul fizic izometric susținut
  - D. Diureticele
  - E. Dieta DASH
122. Despre tratamentul farmacologic al HTA este adevărat că:
- A. Diureticul tiazidic în doză redusă poate fi indicație de primă alegere
  - B. Diureticele de ansă de tip furosemid este alegerea cea mai folosită
  - C. Alegerea clasei de medicamente va depinde de efectele favorabile pe patologia asociată hipertensiunii arteriale
  - D. La vârstnici se preferă asocierea diuretic+blocant al canalelor de calciu
  - E. La pacienții cu insuficiență renală, tratamentul cu IECA este întotdeauna contraindicat
123. Care dintre următoarele enunțuri privind clasele de medicamente antihipertensive sunt false?
- A. Nebivololul este un beta-blocant neselectiv
  - B. Clonidina este un inhibitor simpatic central aprobat în HTA de sarcină
  - C. Prazosinul este un blocant  $\alpha_1$ -adrenergic
  - D. Amlodipina este un blocant al canalelor de calciu
  - E. Beta-blocantele reprezintă prima opțiune la vârstnici
124. Selectați afirmațiile adevărate despre tratamentul antihipertensiv:
- A. Inhibitorii direcți de renină în combinație cu sartanii nu oferă un efect antihipertensiv suplimentar
  - B. Sartanii au un efect protectiv cardiovascular și renal superior altor clase de antihipertensive
  - C. Blocanții receptorilor de angiotensină II dislocă angiotensina II de pe receptorul AT 2
  - D. Eficacitatea sartanilor este potențată de adăugarea diureticului
  - E. La coronarieni medicația de primă linie recomandată se referă la beta-blocante și IECA
125. În tratamentul hipertensiunii arteriale inhibitorul enzimei de conversie:
- A. Reduce rezistența periferică secundar acumulării de kinină
  - B. Este mai eficient la rasa neagră și vârstnic datorită nivelului ridicat de renină
  - C. Agravează disfuncția renală în asociere cu sartan
  - D. Blochează transformarea angiotensinei II în angiotensină I
  - E. Nu se utilizează niciodată în monoterapie
126. Selectați afirmațiile false:
- A. Blocanții canalelor de calciu sunt agenții antihipertensivi eficienți mai ales la tineri
  - B. Beta blocantele nu sunt recomandate în tratamentul HTA cu insuficiență cardiacă și/sau tahiaritmii

- C. Rezorcina are un efect antihipertensiv semnificativ
  - D. Doxazosinul este un blocant  $\alpha_1$ -adrenergic
  - E. Blocanții receptorilor adrenergici de tip  $\alpha_1$  au efecte adverse pe metabolismul lipidic și pe sensibilitatea la insulină
127. Următoarele afirmații cu referire la HTA în sarcină sunt adevărate:
- A. Se acceptă utilizarea diureticelor ca primă linie terapeutică
  - B. Beta-blocantele pure, fără acțiune alfa asociată nu sunt indicate
  - C. Metyldopa este medicația de elecție
  - D. În condiții de preeclampsie se recomandă menținerea TAS = 140-155 mmHg respectiv TAD = 90-105 mmHg
  - E. Metoprololul este opțiunea terapeutică de elecție
128. În tratamentul HTA reno-vasculară sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Metoda de elecție este angioplastia percutană cu implantare de stent
  - B. HTA reno-vasculară nu se complică cu edeme pulmonare
  - C. Metoda percutană comportă riscul agravării insuficienței renale
  - D. Eșecul la cel puțin 3 medicații antihipertensive caracterizează hipertensiunea severă și refractară la tratamentul medicamentos
  - E. Aneurismul de aortă contraindică tratamentul chirurgical
129. Selectați afirmațiile false referitoare la tratamentul intervențional/chirurgical în HTA:
- A. În displazia fibromusculară procedeul eficient terapeutic este angioplastia percutană cu balon
  - B. Denervarea renală se practică doar pacienților cu HTA secundară
  - C. În stenoza de arteră renală modularea activității renale simpatice prin ablație prin radiofrecvență pe cateter este o indicație nouă de tratament
  - D. Denervarea renală poate fi recomandată la pacienții cu artere renale polare sau accesorii
  - E. Denervarea renală îmbunătățește controlul TA prin mecanisme complexe
130. Legat de HTA următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Presiunea pulsului, mai ales la vârstnici este un factor prognostic semnificativ
  - B. Nu există a corelație între TA centrală și riscul cardio-vascular
  - C. Valorile scăzute ale TAD reprezintă un risc cardio-vascular suplimentar
  - D. Predicția TA medii este în relație cu AVC
  - E. Valoarea TAS este considerată în general mai importantă decât cea TAD
131. Hipertensiunea arterială esențială prezintă următoarele variante:
- A. HTA a adultului tânăr definită prin ambele valori ale TA crescute
  - B. HTA sistolică a adultului tânăr
  - C. HTA diastolică a vârstei mijlocii
  - D. HTA a vârstnicului definită prin valoare crescută a TAD
  - E. HTA sistolică a vârstnicului, după 60 ani
132. Selectați afirmațiile adevărate despre HTA malignă:
- A. Netratată are un prognostic de supraviețuire foarte sever pe termen scurt
  - B. Valorile tensionale sunt crescute dar răspund la tratamentul cu 3 hipotensoare asociate
  - C. Se însoțește de afectare severă a organelor țintă
  - D. Hemoragiile retiniene și edemul papilar sunt prezente
  - E. Valorile TAS și TAD se amplifică în contextul consultației medicale
133. Selectați cauzele de hipertensiune arterială reno-vasculară:
- A. Hiperaldosteronismul primar



- B. Pielonefrita
  - C. Stenoza de arteră renală
  - D. Glomerulonefrita acută
  - E. Displazia fibromusculară
134. În hipertensiunea arterială, electrocardiograma poate evidenția:
- A. Prezența hipertrofiei ventriculare stângi
  - B. Indicele Sokolov-Lyon  $RV_1 + RV_5 - V_6 > 35$  mm
  - C. Ischemie
  - D. Aritmii
  - E. Indicele Cornell  $R_{aVL} + SV_3 < 35$  mm
135. În hipertensiunea arterială ecocardiografia evaluează:
- A. Dimensiunea și volumul atrului stâng
  - B. Frația de ejeție a ventriculului stâng
  - C. Severitatea hipertensiunii pulmonare
  - D. Disfuncția diastolică
  - E. Masa ventriculului stâng
136. În HTA, evaluarea extensivă efectuată de specialist se referă la:
- A. Arteriografie
  - B. Gastroscopie
  - C. Evaluarea cerebrală prin CT și imagistică rezonanță magnetică
  - D. Căutarea cauzelor de HTA secundară
  - E. Monitorizarea ECG continuu timp de 24 ore
137. Hiperparatiroidismul se însoțește de:
- A. HTA primară
  - B. Hipercalcemie
  - C. Hipocalcemie
  - D. Adenom paratiroidian hipersecretant
  - E. Exces de catecolamine
138. Recunoașteți complicațiile datorate HTA:
- A. Diabetul zaharat
  - B. Dislipidemia
  - C. Insuficiența cardiacă
  - D. Boala arterială periferică
  - E. Sindromul metabolic
139. În boala vasculară periferică următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. HTA este un factor de risc major
  - B. Grosimea peretelui carotidian  $> 0,9$  mm
  - C. Indexul gleznă-braț  $< 0,9$
  - D. În prezența bolii vasculare periferice nu se impune o evaluare a afectării aterosclerotice în alte teritorii vasculare
  - E. 40% dintre pacienții cu boală coronariană sau cerebro-vasculară au și boală vasculară periferică
140. Selectați enunțurile adevărate privind tratamentul medicamentos în HTA:
- A. În prezența tahiaritmiei asociate vom alege inițial amlodipina
  - B. În prezența cardiopatiei ischemice asociate vom alege inițial betablocantul
  - C. În prezența insuficienței renale asociate vom alege inițial IECA sau sartan
  - D. Diureticul tiazidic este alegerea cea mai folosită dintre diuretice
  - E. Monoterapia este de elecție

## Insuficiența cardiacă

141. Din punct de vedere al clasificării NYHA a insuficienței cardiace congestive, sunt adevărate următoarele:
- A. Clasa NYHA I cuprinde pacienții cu boală structurală, anomalii funcționale cardiace fără limitarea activității fizice
  - B. Clasa NYHA II cuprinde pacienții cu ușoară limitare a activității fizice obișnuite datorită simptomelor
  - C. Clasa NYHA III cuprinde pacienții cu limitare severă a activității fizice obișnuite datorită simptomelor
  - D. Clasa NYHA III cuprinde pacienții cu limitare severă a activității fizice, efortul fizic mai mic decât obișnuit determinând simptome
  - E. Clasa NYHA IV se referă la pacienții cu simptome în repaus, cel mai mic efort agravând simptomele.
142. Din punct de vedere al clasificării ACC/AHA a insuficienței cardiace congestive selectați afirmațiile false:
- A. Stadiul A cuprinde pacienții cu risc mare de a dezvolta insuficiență cardiacă dar fără modificări structurale sau funcționale cardiace
  - B. Stadiul B include pacienții cu boala structurală cardiacă puternic asociată cu risc de a dezvolta insuficiență cardiacă congestivă și cu simptome de insuficiență cardiacă congestivă
  - C. Stadiul C cuprinde pacienții cu simptome și semne de insuficiență cardiacă congestivă
  - D. Stadiul C nu cuprinde pacienții cu simptome și semne de insuficiență cardiacă congestivă
  - E. Stadiul D cuprinde pacienții cu boala cardiacă structurală avansată.
143. Factorii precipitanți (agravanți) extracardiaci care accentuează simptomele insuficienței cardiace sunt reprezentați de:
- A. Criza hipertensivă
  - B. Tulburările de ritm sau conducere
  - C. Anemia
  - D. Tireotxicoza
  - E. Embolia pulmonară.
144. Nu sunt simptome și semne tipice de insuficiență cardiacă congestivă stângă:
- A. Dispneea
  - B. Ralurile subcrepitante
  - C. Oboseala
  - D. Turgescența jugulară
  - E. Refluxul hepatojugular.
145. Explorări utile la pacientul cu insuficiență cardiacă congestivă sunt următoarele:
- A. Peptidele natriuretice
  - B. Amilaza
  - C. Ecografia transtoracică
  - D. Electrocardiograma
  - E. Radiografia toracică
146. Referitor la insuficiența cardiacă congestivă sunt adevărate următoarele:

- A. Este un sindrom clinic
  - B. Este consecința unei boli structurale sau anomalii cardiace
  - C. Este o afecțiune acută întotdeauna
  - D. În insuficiența cardiacă congestivă stângă predomină staza venoasă în teritoriul venelor cave cu turgescență jugulară și hepatomegalie
  - E. Pentru insuficiența cardiacă este specifică doar fracția de ejeție scăzută.
147. Selectați enunțurile false privind ecocardiografia transtoracică în insuficiența cardiacă congestivă:
- A. Nu permite identificarea bolii structurale cauzale
  - B. Permite confirmarea existenței disfuncției sistolice a VS
  - C. Permite confirmarea existenței disfuncției diastolice a VS
  - D. Fracția de ejeție este normală peste 30%
  - E. Valoarea fracției de ejeție  $\leq 40\%$  infirmă insuficiența cardiacă congestivă cu FE scăzută.
148. Terapia farmacologică a insuficienței cardiace congestive cu fracție de ejeție scăzută cuprinde:
- A. Inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei I
  - B. Blocanți ai receptorilor de angiotensina II
  - C. Trombolitice
  - D. Antiinflamatoare nesteroidiene
  - E. Antialdosteronice.
149. Inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei I:
- A. Nu reprezintă o clasa terapeutică esențială în insuficiența cardiacă congestivă
  - B. Au efect vasodilatator
  - C. Au efect vasoconstrictor
  - D. Scad postsarcina VS și diminuează procesul de remodelare a VS
  - E. Reduc mortalitatea încă din primele 3-6 luni de terapie în doze progresive până la dozele maximale indicate.
150. Următoarele medicamente fac parte din clasa antialdosteronicelor:
- A. Trandolapril
  - B. Eplerenona
  - C. Ramipril
  - D. Bisoprolol
  - E. Spironolactona.
151. Următoarele afirmații sunt adevărate despre betablocante:
- A. Sunt recomandate împreună cu antialdosteronicele la toți pacienții cu  $FE > 40\%$
  - B. Sunt recomandate împreună cu IECA la toți pacienții cu  $FE \leq 40\%$
  - C. Se administrează la toți pacienții cu insuficiență cardiacă congestivă stabili
  - D. Un episod de decompensare a insuficienței cardiace congestive nu necesită reducerea temporară a dozei
  - E. Împreună cu IECA cresc riscul de spitalizare pentru insuficiență cardiacă și riscul de deces prematur.
152. Selectați enunțurile false privind blocanții receptorilor de angiotensină II:
- A. Sunt recomandați pentru reducerea riscului de spitalizare și de deces prematur la pacienții cu  $FE \geq 40\%$  ce nu pot tolera IECA
  - B. Sunt recomandați pentru reducerea riscului de spitalizare și de deces prematur la pacienții cu  $FE \leq 40\%$  ce nu pot tolera IECA

- C. Sunt recomandați pentru reducerea riscului de spitalizare la pacienții cu  $FE \leq 40\%$  și simptome persistente în ciuda terapiei cu IECA și betablocant și care tolerează terapia antialdosteronică
- D. Nu au efecte adverse
- E. Pot înlocui IECA în caz de intoleranță.
153. Selectați enunțurile false privind ivabradina în tratamentul insuficienței cardiace:
- A. Ivabradina nu inhibă canalul If de la nivelul nodului sinusal
- B. Ivabradina nu este implicată în depolarizarea spontană a nodului sinusal
- C. Aduagarea ivabradinei la cei cu  $FC < 60$  b/min determină o scădere semnificativă a spitalizării pentru insuficiența cardiacă
- D. Unul dintre efectele adverse ale ivabradinei este reprezentat de fosfene
- E. Doza inițială este de 5mg de 2 ori pe zi.
154. Ivabradina trebuie utilizată în următoarele situații:
- A. Pentru reducerea riscului de spitalizare în insuficiența cardiacă la pacienții în ritm sinusal și cu  $FE \leq 35\%$
- B. Pentru reducerea riscului de spitalizare în insuficiența cardiacă la pacienții în ritm sinusal și cu  $FE \geq 45\%$
- C. Pentru reducerea riscului de spitalizare în insuficiența cardiacă la pacienții în ritm sinusal și cu  $FC \geq 70$  b/min
- D. Pentru reducerea riscului de spitalizare în insuficiența cardiacă la pacienții în fibrilație atrială
- E. Poate fi utilizată la pacienții în ritm sinusal ce nu pot tolera beta-blocant.
155. Etiologii posibile ale insuficienței cardiace și mecanismele lor dominante sunt:
- A. Stenoze valvulare cauzate de suprasolicitare de volum
- B. Stenoze valvulare cauzate de suprasolicitarea de presiune
- C. HTA cauzată de scăderea eficienței contractile
- D. Regurgități valvulare cauzate de suprasolicitarea de volum
- E. Fistule arterio-venoase cauzate de suprasolicitarea de volum.
156. Reprezintă simptome mai puțin specifice insuficienței cardiace congestive:
- A. Scăderea capacității de efort
- B. Tusea nocturnă
- C. Dispneea
- D. Hemoptizia
- E. Nicturia.
157. Reprezintă semne tipice de insuficiență cardiacă congestivă următoarele:
- A. Raluri subcrepitante
- B. Raluri bronșice
- C. Splenomegalia
- D. Turgescența jugulară
- E. Hepatomegalia de stază.
158. \* Care dintre următoarele afirmații privind peptidele natriuretice este falsă?
- A. Sunt sintetizate și stocate la nivelul miocardului ventricular sau atrial
- B. Creșterea concentrației indică prezența insuficienței cardiace
- C. Nu sunt specifici insuficienței cardiace
- D. La pacienții cu debut acut sau agravare a simptomelor, valori ale NT-proBNP sub 300pg/ml sau ale BNP sub 100pg/ml exclud insuficiența cardiacă
- E. La pacienții cu un debut progresiv al simptomelor, valori ale NT-proBNP sub 125pg/ml și ale BNP sub 35 pg/ml exclud insuficiența cardiacă congestivă.

159. \* Care dintre următoarele afirmații referitoare la electrocardiograma în insuficiența cardiacă congestivă este falsă?
- A. Un traseu absolut normal nu exclude insuficiența cardiacă congestivă
  - B. Un traseu absolut normal exclude insuficiența cardiacă congestivă
  - C. În insuficiența cardiacă congestivă poate fi decelată hipertrofiie ventriculară
  - D. Pe traseul electric pot fi prezente unde Q de necroza
  - E. Pe traseul electric pot fi modificări de ischemie, tulburări de ritm atriale, ventriculare, tulburări de conducere atrioventriculară.
160. \* Următoarele medicamente fac parte din clasa betablocantelor, cu excepția unuia. Care este acesta?
- A. Metoprolol succinat
  - B. Bisoprolol
  - C. Valsartan
  - D. Nebivolol
  - E. Carvedilol
161. \* Contraindicațiile de administrare a inhibitorilor enzimei de conversie sunt următoarele, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- A. Istoric de angioedem
  - B. Stenoza de arteră renală unilaterală
  - C. Hiperpotasemia  $\geq 5 \text{ mmol/l}$
  - D. Creatinina serică  $\geq 2.5 \text{ mg/dl}$
  - E. Stenoza de artera renala bilaterală.
162. \* Contraindicațiile de administrare a beta-blocantelor sunt următoarele, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- A. Astmul bronșic
  - B. Blocul atrioventricular de gradul 2
  - C. Blocul major de ramură stângă
  - D. Blocul atrioventricular de gradul 3
  - E. Boala de nod sinusal (în absența implantării unui stimulator cardiac).
163. \* Selectați afirmația falsă privind terapia cu digoxin în insuficiența cardiacă:
- A. Principalul efect este cel inotrop negativ
  - B. Poate fi administrat pentru reducerea spitalizărilor pentru insuficiența cardiacă la pacienții cu  $FE \leq 45\%$  și simptome persistente în ciuda terapiei cu betablocant, IECA sau ARA și antialdosteronic
  - C. Este recomandat pentru controlul frecvenței cardiace împreună cu un betablocant sau în locul betablocantului în caz de intoleranță la pacienții cu fibrilație atrială persistentă/permanentă
  - D. Crește tonusul vagal
  - E. Scade tonusul simpatic în doze terapeutice.
164. \* Nu este efect advers al digoxinului:
- A. Blocul sinoatrial
  - B. Blocul atrioventricular
  - C. Tusea
  - D. Greața
  - E. Tahicardia ventriculară.
165. \* Nu este diuretic tiazidic:
- A. Indapamida
  - B. Metalazona

- C. Bumetanidul
  - D. Hidroclorotiazida
  - E. Bendroflumetiazida.
166. \* Insuficiența cardiacă acută poate fi determinată de următoarele cauze și factori precipitanți, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Astmul bronșic
  - B. Endocardita
  - C. Tratamentul diuretic standard
  - D. Regurgitări valvulare
  - E. Infarctul de ventricul drept
167. Tabloul clinic în edemul pulmonar acut cardiogen evidențiază următoarele elemente caracteristice:
- A. Dispnee cu accentuare progresivă
  - B. Tiraj intercostal
  - C. Frecvență respiratorie în limite normale
  - D. Tuse cu expectorație mucopurulentă
  - E. Tegumente reci, cianotice
168. Auscultația pulmonară în edemul pulmonar acut cardiogen evidențiază:
- A. Prezența unui focar de raluri crepitante
  - B. Raluri subcrepitante care apar inițial la baza plămânului
  - C. Suflu tubar patologic
  - D. Ronhusuri
  - E. Raluri sibilante
169. Tabloul clinic în edemul pulmonar cardiogen poate evidenția:
- A. Întărirea componentei pulmonare a Zg 2
  - B. Prezența frecăturii pleurale
  - C. Prezența zgomotului 3
  - D. Hipocapnie prin accentuarea dezechilibrului acido-bazic
  - E. Tegumente reci, cianotice datorită debitului cardiac scăzut și a suprastimularii simpatice
170. Șocul cardiogen (ca o consecință a edemului pulmonar acut cardiogen) este caracterizat de:
- A. Index cardiac (debit cardiac/suprafață corporală)  $\geq 1,8\text{l/min/mp}$
  - B. TAS  $< 90\text{ mmHg}$
  - C. Scăderea TA medii cu mai puțin de 20 mmHg față de condițiile bazale
  - D. Anurie
  - E. Oligurie exprimată prin reducerea debitului urinar  $< 100\text{ ml/h}$ .
171. Șocul cardiogen (ca o consecință a edemului pulmonar acut cardiogen) se manifestă clinic prin:
- A. Tegumente calde însoțite de transpirații profuze
  - B. Bradicardie
  - C. Cianoză centrală
  - D. Tahipnee
  - E. Alterarea conștienței
172. \* În evoluția șocului cardiogen (complicație a edemului pulmonar acut cardiogen) pot apare următoarele complicații imediate prin deteriorarea stării hemodinamice, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- A. Ocluzie intestinală<sup>1</sup>

- B. Infarct mezenteric
  - C. Insuficiență hepatică
  - D. Insuficiență renală acută
  - E. Accident vascular trombotic
173. Radiografia cord-pulmon în insuficiența cardiacă acută poate evidenția:
- A. Redistribuția fluxului în zonele superioare
  - B. Hipertransparența pulmonară bilaterală
  - C. Hiluri mari, imprecis conturate
  - D. Desen perivascular perihilar de aspect normal
  - E. Voalarea câmpurilor pulmonare
174. Diagnosticul paraclinic al insuficienței cardiace acute necesită efectuarea de rutină a următoarelor investigații:
- A. CT toracic
  - B. ECG
  - C. Ecografie abdominală
  - D. Analiza gazelor sangvine
  - E. Evaluare biologică
175. Evaluarea biologică efectuată pentru stabilirea diagnosticului de insuficiență cardiacă acută include determinarea de rutină a următoarelor investigații:
- A. VSH
  - B. Hemoleucograma completa
  - C. Creatinina
  - D. Glicemia
  - E. Amilaza
176. La pacienții cu insuficiență cardiacă acută măsurarea presiunii din artera pulmonară se indică în următoarele situații:
- A. La pacienții instabili hemodinamic fără răspuns la tratamentul standard
  - B. Obligatoriu în toate situațiile de insuficiență cardiacă acută
  - C. La pacienții cu boli concomitente cardiace și pulmonare pentru stabilirea etiologiei
  - D. La pacienții cu răspuns prompt la tratamentul standard
  - E. Doar la pacienții stabili hemodinamic, indiferent de răspunsul la tratament
177. Tratamentul edemului pulmonar acut cardiogen implică următoarele manevre rapid instituite:
- A. Pacientul va fi preluat de către serviciul de ambulanță unde este ținut sub observație, fără tratament, până la internarea într-o secție de terapie intensivă
  - B. Realizarea abordului venos periferic cât mai precoce
  - C. Monitorizarea ECG, presiunii arteriale, frecvenței respiratorii și saturației în oxigen
  - D. Începerea tratamentului se temporizează până la obținerea rezultatelor evaluării biologice
  - E. Internarea într-o secție de terapie intensivă nu reprezintă un obiectiv precoce
178. În edemul pulmonar acut cardiogen, la pacienții hipoxici, saturația în oxigen evaluează:
- A. Raportul dintre aportul și consumul de oxigen
  - B. Presiunea din artera pulmonară
  - C. Analiza gazelor sangvine
  - D. Eficiența tratamentului diuretic, vasodilatator și inotrop
  - E. Prognosticul supraviețuirii pe termen scurt

179. \* Tratamentul farmacologic al edemului pulmonar acut cardiogen include următoarele clase de medicamente, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Diuretice de ansă
  - B. Medicație inotrop negativă
  - C. Vasodilatatoare
  - D. Heparine cu greutate moleculară redusă
  - E. Digitala
180. Furosemidul are următoarele indicații și mod de administrare în edemul pulmonar acut cardiogen:
- A. Administrarea se recomandă pentru producerea unei venodilatatie imediate
  - B. Doza inițială este de 20-40 mg iv
  - C. Doza maximă recomandată în primele 6 ore este de 140 mg
  - D. Doza maximă recomandată în prima zi este de 240 mg
  - E. La pacienții cu hiposodemie severă dozele se cresc progresiv
181. Tratamentul diuretic în edemul pulmonar acut cardiogen are următoarele recomandări:
- A. Pentru reducerea dispneei cel mai folosit diuretic este indapamida
  - B. Asocierea antagoniștilor de aldosteron se recomandă în special în edemul pulmonar acut de origine coronariană
  - C. Administrarea tratamentului diuretic cu furosemid nu necesită monitorizarea ionogramei serice
  - D. Monitorizarea diurezei este necesară doar atunci când furosemidul se administrează în perfuzie continuă
  - E. Asocierea diureticelor tiazidice nu se recomandă decât când se constată o rezistență la diureticele de ansă
182. Care dintre următoarele enunțuri privind tratamentul cu vasodilatatoare în edemul pulmonar acut cardiogen sunt adevărate?
- A. Se recomandă la pacienții cu TAS < 90 mmHg
  - B. Se recomandă cu precauție la pacienții cu stenoze valvulare
  - C. Beneficiul maxim apare la pacienții hipertensivi prin faptul că ameliorează semnificativ dispneea și prognosticul acestor pacienți
  - D. La doze mici de nitroglicerina se produce arteriolodilatație cu reducerea postsarcinii și creșterea debitului cardiac
  - E. Nitroglicerina se administrează în perfuzie continuă începând cu doza de 10-20 μg/min
183. Dobutamina administrată în edemul pulmonar acut cardiogen are următoarele recomandări:
- A. La pacienții cu debit cardiac scăzut și TAS < 85-90 mmHg
  - B. La pacienții cu debit cardiac scăzut și TAS 90-110 mmHg
  - C. Se recomandă pentru efectul alfa-adrenergic vasoconstrictor
  - D. Se recomandă pentru efectul de stimulare pe care îl exercită asupra receptorilor beta1 cu efect inotrop și cronotrop pozitiv
  - E. Se recomandă micșorarea progresivă a dozelor, oprirea bruscă determinând rebound
184. \* Selectați afirmația falsă privind tratamentul edemului pulmonar acut cardiogen:
- A. Heparinele cu greutate moleculară redusă se recomandă obligatoriu la pacienții cu indicație de anticoagulare pentru reducerea riscului de tromboză venoasă profundă



- B. Digitala se administrează în edemul pulmonar acut cardiogen pentru controlul frecvenței cardiace la pacienții în ritm sinusal în funcție de valoarea ionogramei serice
- C. Dozele mari de Morfina iv sunt contraindicate mai ales la pacienții cu edem pulmonar acut cardiogen pentru că pot produce depresie respiratorie
- D. IECA administrați iv pot suplini efectul nitraților în cazul prezenței efectelor adverse ale acestora
- E. Morfina în doza de 2-3 mg iv este recomandată pacienților cu edem pulmonar acut cardiogen pentru combaterea anxietății
185. \* Selectați afirmația adevărată privind tratamentul nonfarmacologic cu dispozitive mecanice al șocului cardiogen din insuficiența cardiacă acută:
- A. Balonul de contrapulsatie intraaortică reprezintă prima alegere în tratamentul mecanic al șocului cardiogen
- B. Pentru pacienții cu indicație de transplant cardiac sau revascularizație miocardică, se recomandă dispozitivul THORATEC, dispozitiv complex de asistență mecanică uni- sau biventriculară
- C. În șocul cardiogen secundar infarctului miocardic acut există diferențe semnificative privind mortalitatea la 30 de zile și ameliorarea funcției renale în favoarea balonului de contrapulsatie intraaortică comparativ cu terapia standard
- D. Dispozitivul mecanic TANDEMHEART se montează la nivel subclavicular și este indicat pentru stabilizarea precoce a pacienților cu insuficiență cardiacă acută
- E. Dispozitivul mecanic IMPELLA 2,5 reprezintă un suport intraventricular stâng percutan montat la nivelul arterei femurale cu indicație la pacienții cu insuficiență cardiacă refractară la tratament convențional
186. \* Următoarele afirmații privind tratamentul medicamentos inotrop pozitiv și vasopresor administrat în șocul cardiogen sunt adevărate, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Tratamentul medicamentos inotrop pozitiv și vasopresor restaurează rapid debitul cardiac, cerebral și renal
- B. Administrarea acestui tratament are efecte benefice pe termen lung
- C. Tratamentul menționat permite stabilizarea pacienților până la montarea dispozitivelor de suport circulator
- D. Efectele benefice pe termen scurt vizează creșterea perfuziei tisulare și reducerea congestiei
- E. Administrarea tratamentului menționat pe termen lung poate induce injurie miocardică
187. \* Alegeți afirmația adevărată privind tratamentul medicamentos inotrop pozitiv și vasopresor:
- A. Levosimendanul este un inhibitor de fosfodiesterază care împiedică degradarea AMPc
- B. Norepinefrina este o medicație de primă intenție la pacienții cu șoc cardiogen și TAS < 85 mmHg
- C. Epinefrina poate genera hiperglicemie, acidoză, tahiaritmii severe prin efectul său beta 2- adrenergic
- D. Milrinona administrată în bolus iv timp de 10 minute, produce mai puține efecte secundare comparativ cu Enoximona
- E. Levosimendanul nu se administrează la pacienții sub tratament cu beta-blocante, fiind dependent de stimularea beta-adrenergică
188. Angioplastia primară coronariană este de elecție în șocul cardiogen asociat cu:

- A. Infarct miocardic cu supradenivelare ST
  - B. Bradicardie severă
  - C. Infarct miocardic non-STEMI
  - D. Bloc complet de ramură stângă
  - E. Blocuri atrio-ventriculare
189. \* În cadrul tratamentului șocului cardiogen următoarele situații reprezintă indicații de cardiostimulare temporară tip VVI, prin abord al venei femurale sau subclavie, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Existența unui fenomen de QT lung cu episoade recurente de torsadă de vârfuri
  - B. Blocurile atrio-ventriculare
  - C. Bradicardiile extreme
  - D. Tahiaritmiile atriale cu impact hemodinamic clasa IV
  - E. Existența unui fenomen de QT lung cu episoade de fibrilație ventriculară
190. La pacienții cu șoc cardiogen și fibrilație atrială, tratamentul vizează:
- A. Tonicardice digitale pentru reducerea frecvenței ventriculare rapide
  - B. Cardioversie electrică pentru fibrilația atrială apărută de mai mult de 48 ore
  - C. Cardioversie chimică cu amiodaronă doar pentru fibrilația atrială apărută sub (<) 48 ore după eliminarea suspiciunii de trombi intracavitari
  - D. Anticoagularea nu este obligatorie în cazul prezenței fibrilației atriale la pacienți cu șoc cardiogen
  - E. În cazul prezenței fibrilației atriale cu frecvența ventriculară rapidă, cardioversia electrică se indică de elecție, indiferent de durata fibrilației atriale, fără a se mai aștepta examinarea ecografică transesofagiană

## Cardiomiopatiile

191. \* În prezent se acceptă drept criteriu de diagnostic pentru cardiomiopia dilatativă:
- A. Diametrul telediastolic al VS >3,7cm/mp suprafață corporală
  - B. Frația de ejeție a VS <45%
  - C. Frația de scurtare a VS >25%
  - D. Disfuncție diastolică a VS
  - E. VS cu dimensiuni normale
192. \* Care dintre următoarele nu reprezintă cauză cunoscută de cardiomiopatie dilatativă:
- A. Hemocromatoza
  - B. Consumul cronic de alcool
  - C. Distrofia miotonică
  - D. Boala Fabry
  - E. Dermatomiozita
193. \* Morfopatologic, cardiomiopatiile dilatative se caracterizează prin următoarele, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Dilatarea celor 4 cavități cardiace
  - B. Arii extinse de fibroză interstițială și perivasculară
  - C. Valve cardiace modificate
  - D. Variații de mărime a miocitelor
  - E. Trombi intracavitari frecvent
194. \* În cardiomiopia dilatativă pentru stabilirea diagnosticului se utilizează următoarele explorări paraclinice, cu o excepție. Care este aceasta?

- A. Cateterismul cardiac
  - B. Ventriculografia radionucleară
  - C. Spirometria
  - D. Coronarografia
  - E. Biopsia endomiocardică
195. \* Cardiomiopatia dilatativă idiopatică, urmare a unei miocardite virale incomplet vindecate, poate apare prin afectare miocardică determinată de următoarele virusuri, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Citomegalovirusurile
  - B. ECHO-virusurile
  - C. Influenza virusurile
  - D. Virusul imunodeficienței umane
  - E. Herpesvirusurile
196. \* Radiografia toracică în cardiomiopatia dilatativă relevă următoarele, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Cardiomegalie
  - B. Semne de redistribuție a circulației pulmonare
  - C. Creșterea indexului cardiotoracic
  - D. Cord de dimensiuni normale
  - E. Edem interstițial și alveolar
197. Care dintre afirmațiile referitoare la cardiomiopatia dilatativă sunt false?
- A. Cobaltul poate produce cardiomiopatie dilatativă
  - B. Arterele coronare sunt de obicei normale
  - C. Pulsul alternant apare când insuficiența ventriculară dreaptă este severă
  - D. În stadiile finale scade expresia genelor de tip fetal și crește expresia genelor de tip adult
  - E. Galopul presistolice este prezent aproape întotdeauna și precede insuficiența cardiacă congestivă manifestă
198. Selectați afirmațiile false cu privire la manifestările clinice în cardiomiopatia dilatativă:
- A. Simptomatologia predominantă este dată de insuficiența cardiacă dreaptă – edeme periferice, turgescența jugularelor, hepatomegalie de stază
  - B. Presiunea pulsului este în general crescută
  - C. Poate evolua asimptomatic, chiar și la pacienții cu dilatație ventriculară stângă
  - D. În prezența hipertensiunii arteriale pulmonare componenta pulmonară a zgomotului II poate fi accentuată
  - E. Suflul diastolic se datorează insuficienței mitrale
199. \* Următoarele afirmații privind fiziopatologia cardiomiopatiei dilatative sunt adevărate cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Datorită insuficienței contractile a fibrei miocardice, fracția de ejeție și volumul sistolic scad
  - B. Dilatația se realizează prin creșterea presiunii de umplere ventriculară
  - C. În timp apare un dezechilibru între lungimea aparatelor valvulare și diametrul crescut al ventriculilor, urmat de regurgitări atrioventriculare
  - D. Dilatația și staza intracavitară favorizează formarea de trombi murali
  - E. Pe măsură ce dilatația progresează, complianța ventriculară crește
200. Selectați afirmațiile adevărate cu privire la tratamentul cardiomiopatiei dilatative (CMD):

- A. Terapia vasodilatatoare reprezintă tratamentul inițial pentru orice pacient cu CMD idiopatică simptomatic
  - B. CMD idiopatică este principala indicație de transplant cardiac
  - C. Amiodarona în doze mici pe termen lung și-a dovedit eficiența în reducerea aritmiilor ventriculare
  - D. Terapia de resincronizare cardiacă nu este indicată
  - E. Cardiodefibrilatorul implantabil este indicat în prevenția secundară a pacienților cu CMD însa s-a dovedit a fi inferior amiodaronei
201. Selectați afirmațiile false cu privire la cardiomiopatia dilatativă (CMD):
- A. Reprezintă principala indicație a transplantului cardiac
  - B. Terapia de resincronizare cardiacă este indicată la pacienții cu BRS și durată QRS > 120ms, cu fenomene de insuficiență cardiacă de clasă III-IV NYHA refractară la terapia medicamentoasă optimă și FEVS < 35%
  - C. Digitala este contraindicată în cardiomiopatia dilatativă
  - D. Cardiomiopatia dilatativă nu are risc embolic
  - E. Diureticul reprezintă terapia inițială pentru orice pacient cu CMD
202. Referitor la explorările radioizotopice în cardiomiopatia dilatativă, următoarele afirmații sunt false:
- A. Scintigrama de captare miocardică ajută la diferențierea de cardiomiopatia ischemică
  - B. Ventriculografia radionucleară permite aprecierea dimensiunilor VS la pacienții cu imagine ecografică suboptimală
  - C. Scintigrama de perfuzie miocardică ajută la identificarea unui proces inflamator
  - D. Rezonanța magnetică este utilă pentru diferențierea formelor nonischemice de cele ischemice
  - E. Ventriculografia radionucleară este un standard pentru identificarea miocardului neviabil
203. Selectați afirmațiile adevărate cu privire la explorările paraclinice utilizate în cardiomiopatia dilatativă:
- A. Cateterismul cardiac permite aprecierea rezistențelor în circulația pulmonară
  - B. Coronarografia nu este indicată în cardiomiopatia dilatativă
  - C. Ecocardiografia permite evaluarea funcției contractile, gradul insuficiențelor valvulare, prezența trombozei intracavitare
  - D. Monitorizarea Holter ECG este întotdeauna normală la pacienți cu cardiomiopatie dilatativă
  - E. Electrocardiograma este aproape întotdeauna modificată nespecific
204. \* Diagnosticul diferențial în cardiomiopatia dilatativă se face cu următoarele afecțiuni, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- A. Boli congenitale
  - B. Valvulopatii dobândite
  - C. Cardiopatia hipertensivă fără dilatație
  - D. Cardiomiopatia ischemică
  - E. Cardiomiopatia hipertrofică
205. În cardiomiopatia dilatativă anticoagularea orală, pe termen lung, are următoarele indicații:
- A. La pacienții cu tahicardie sinusală
  - B. La pacienții cu fibrilație atrială
  - C. La pacienții cu insuficiență cardiacă și bradicardie sinusală

- D. La pacienții cu trombi intracavitari
  - E. La pacienții cu istoric de tromboembolism pulmonar
206. Despre terapia antiaritmică în cardiomiopatia dilatativă, sunt adevărate următoarele:
- A. Poate fi utilă în tratamentul aritmiilor simptomatice
  - B. Este dovedit că previne moartea subită
  - C. Amiodarona în doze de 200mg/zi pe termen lung este eficientă în reducerea aritmiilor ventriculare
  - D. Amiodarona este superioară cardiodefibrilatorului implantabil în prevenția secundară a morții subite la pacienții cu CMD
  - E. Cardiodefibrilatorului implantabil pare să fie superior amiodaronei în prevenția primară a morții subite la pacienții cu CMD
207. \* Trăsăturile dominante ale cardiomiopatiei hipertrofice sunt următoarele, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Hipertrofie exagerată, inexplicabilă a VS
  - B. Dezorganizarea miocitelor
  - C. Asocierea cu moartea subită cardiacă
  - D. Presiunile diastolice de umplere stângi și drepte discordante
  - E. Apariția familială
208. \* Selectați afirmația falsă cu privire la aspectul electrocardiogramei în cardiomiopatia hipertrofică:
- A. Fibrilația atrială paroxistică necesită tratament pentru supresie și/sau anticoagulare
  - B. Monitorizarea Holter ECG este inutilă pentru evaluarea cardiomiopatiei hipertrofice
  - C. Apariția tahicardiilor ventriculare nesuținute pe ECG Holter la adulți, crește riscul morții subite
  - D. Cei mai mulți pacienți prezintă în momentul diagnosticului modificări ECG
  - E. Testarea de efort trebuie efectuată anual numai la pacienții cu CMH confirmată
209. Următoarele afirmații privind cardiomiopatia hipertrofică sunt adevărate:
- A. Este o boală genetică transmisă autosomal-dominant
  - B. Boala este produsă prin mutația genelor care codifică diferite componente ale aparatului contractil, cele mai frecvente forme genetice interesând sarcomerul
  - C. Afectează mai frecvent femeile
  - D. Diagnosticul genetic nu este posibil
  - E. Boala Fabry poate mima cardiomiopatia hipertrofică
210. Selectați afirmațiile adevărate privind cardiomiopatia hipertrofică:
- A. Coronarele epicardice sunt întotdeauna afectate
  - B. Hipertrofia la nivelul VD este de obicei simetrică
  - C. Boala Fabry este cea mai frecventă fenocopie
  - D. În formele obstructive, endocardul septal este normal, datorită contactului cu valva mitrală anterioară
  - E. La nivelul VS hipertrofia poate interesa septul interventricular, peretele posterior, lateral și apexul
211. Referitor la aspectul morfopatologic al cardiomiopatiei hipertrofice, următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Masa cordului depășește frecvent 500g
  - B. Hipertrofia interesează întotdeauna doar ventricolul drept
  - C. Hipertrofia poate interesa ambii ventriculi

- D. Este prezentă dezorganizarea fibrelor musculare cu fibroză intercelulară și afectarea microcirculației
  - E. Sunt prezente anomaliiile coronarelor epicardice
212. \* Selectați afirmația adevărată privind fiziopatologia cardiomiopatiei hipertrofice:
- A. Cea mai frecventă formă de obstrucție este cea la nivel medio-cavitar sau distal
  - B. FEVS este întotdeauna scăzută
  - C. Funcția diastolică este întotdeauna normală
  - D. În cardiomiopatia hipertrofică se descrie reducerea rezervei de flux coronarian
  - E. Funcția sistolică este redusă datorită creșterii rigidității intrinseci a fibrelor miocardice și rigidității prin hipertrofie
213. Selectați afirmațiile corecte privind manifestările clinice în cardiomiopatia hipertrofică:
- A. Sincopa poate fi rezultatul unui debit cardiac neadaptat la efort
  - B. Angina pectorală cu coronare permeabile poate să apară ca urmare a compresiunii perforanțelor septale
  - C. Boala este descoperită de obicei în jurul vârstei de 70 ani
  - D. Simptomul cel mai frecvent este dispneea
  - E. Presincopa este foarte rar întâlnită
214. \* Hipertrofia ventriculară din cardiomiopatia hipertrofică interesează cel mai frecvent:
- A. Peretele posterior al VS
  - B. Septul interventricular
  - C. Peretele lateral al VS
  - D. Peretele anterior al VS
  - E. Septul interatrial
215. Care dintre următoarele nu sunt caracteristici ecocardiografice ale cardiomiopatiei hipertrofice?
- A. Hipertrofia simetrică, interesând cel mai frecvent septul interventricular
  - B. Raport grosime SIV/grosime PPVS > 1,5
  - C. Raport grosime SIV/grosime PPVS > 1
  - D. Mișcarea anterioară sistolică a valvei mitrale anterioare în forma obstructivă
  - E. Hipertrofia asimetrică, interesând cel mai frecvent septul interventricular
216. \* Diagnosticul pozitiv în cardiomiopatia hipertrofică se pune pe:
- A. Monitorizare Holter ECG 24 ore
  - B. Demonstrarea hipertrofiei cardiace, cel mai simplu ecocardiografic
  - C. Demonstrarea hipertrofiei cardiace, cel mai simplu electrocardiografic
  - D. Demonstrarea dilatării cordului
  - E. Efectuarea testului de efort
217. Diagnosticul diferențial al suflului sistolic din cardiomiopatia hipertrofică se face cu suflul din:
- A. Stenoza aortică
  - B. Regurgitarea aortică
  - C. Prolapsul de valvă mitrală
  - D. Insuficiența mitrală
  - E. Stenoza mitrală
218. Principalele grupe de medicamente utilizate pentru tratamentul simptomatic al cardiomiopatiei hipertrofice sunt:
- A. Beta-blocantele
  - B. Antagoniștii canalelor de calciu
  - C. Antagoniștii receptorilor de angiotensină II

- D. Antiagregantele plachetare
  - E. Anticoagulatele orale
219. Alegeți afirmațiile adevărate privind tratamentul chirurgical în cardiomiopatia hipertrofică obstructivă:
- A. Este indicat la pacienții cu simptomatologie severă, refractară la tratamentul medicamentos
  - B. Este indicat la pacienții cu gradient subaortic de minim 50 mmHg
  - C. Este indicat la pacienții cu gradient subaortic cuprins între 30-50 mmHg
  - D. Intervenția chirurgicală de elecție este miotomia-miectomia septală-operația Morrow
  - E. Intervenția chirurgicală de elecție este ablația cu alcool a septului interventricular
220. Alegeți afirmațiile adevărate privind ablația cu alcool a septului interventricular în cardiomiopatia hipertrofică obstructivă:
- A. Reduce obstrucția în tractul de eiecție al ventricolului stâng
  - B. Este indicată la pacienții cu gradient subaortic de minim 50 mmHg în repaus
  - C. Este indicată la pacienții simptomatici, refractari la tratament, cu gradient subaortic cuprins între 30-50 mmHg în repaus
  - D. Constă în alcoolizarea primei sau a celei de-a doua septale din artera descendentă anterioară
  - E. Procedura prezintă riscul apariției BAV de grad 3 temporar sau permanent
221. Următoarele enunțuri referitoare la monitorizarea Holter ECG în cardiomiopatia hipertrofică sunt adevărate:
- A. Este recomandabil a se efectua trimestrial
  - B. Este recomandabil a se efectua anual
  - C. Poate decela fibrilația atrială paroxistică
  - D. Poate decela tahicardia ventriculară nesusținută
  - E. Monitorizarea Holter ECG nu este recomandată în cardiomiopatia hipertrofică
222. Selectați enunțurile false privind tratamentul cardiomiopatiei hipertrofice:
- A. Scopul tratamentului este ameliorarea simptomatologiei și prevenția morții subite
  - B. Transplantul cardiac este rezervat pacienților în stadii finale de boală
  - C. Principalele grupe de medicamente utilizate sunt beta-blocantele și antagoniștii canalelor de calciu
  - D. Principalele grupe de medicamente utilizate sunt antiagregantele plachetare și sartanii
  - E. Intervenția chirurgicală de elecție este ablația cu alcool a septului interventricular
223. \* Care dintre următoarele afecțiuni se caracterizează în principal prin hipertrofie asimetrică de sept interventricular și obstrucția tractului de eiecție VS?
- A. Cardiomiopatia dilatativă
  - B. Cardiomiopatia restrictivă
  - C. Cardiomiopatia hipertrofică obstructivă
  - D. Cardiomiopatia ischemică
  - E. Cardiopatia hipertensivă
224. \* Cardiomiopatia restrictivă se aseamănă din punct de vedere funcțional, clinic și hemodinamic cu:
- A. Miocardita virală
  - B. Pericardita constrictivă
  - C. Cardiomiopatia dilatativă
  - D. Cardiomiopatia hipertrofică obstructivă

- E. Cardiomiopatia ischemică
225. Următoarele afirmații referitoare la cardiomiopatia restrictivă sunt adevărate:
- A. Trăsătura dominantă o reprezintă funcția diastolică anormală
  - B. Pereții ventriculari sunt excesiv de rigizi sau îngroșați, împiedicând umplerea ventriculară
  - C. Deseori funcția contractilă nu este afectată
  - D. Cardiomiopatia restrictivă se aseamănă funcțional cu pericardita constrictivă
  - E. Are prognostic foarte bun
226. Formele primare de cardiomiopatie restrictivă sunt reprezentate de:
- A. Endocardita Löffler
  - B. Fibroza endomiocardică
  - C. Boli infiltrative
  - D. Boli de depozitare
  - E. Boala post-iradiere
227. Formele secundare de cardiomiopatie restrictivă sunt reprezentate de:
- A. Boli de depozitare
  - B. Fibroza endomiocardică
  - C. Boli infiltrative
  - D. Boala post-iradiere
  - E. Endocardita Löffler
228. Pentru diagnosticul diferențial dintre cardiomiopatia restrictivă și pericardita constrictivă pot fi utile următoarele:
- A. Biopsia endomiocardică
  - B. Tomografia computerizată
  - C. Imagistica prin rezonanță magnetică
  - D. Electrocardiograma
  - E. Monitorizarea Holter
229. Selectați manifestările clinice ce pot apărea la pacienții cu cardiomiopatie restrictivă avansată:
- A. Edeme periferice
  - B. Hepatomegalie
  - C. Hemoptizie
  - D. Ascită
  - E. Anasarcă
230. Examenul fizic în cardiomiopatia restrictivă nu relevă:
- A. Distensie venoasă jugulară
  - B. Prezența zgomotului III
  - C. Prezența zgomotului IV
  - D. Suflu de stenoză aortică
  - E. Suflu de insuficiență aortică
231. Electrocardiograma în cardiomiopatia restrictivă poate evidenția următoarele aspecte:
- A. Reducerea amplitudinii complexului QRS
  - B. Prezența de aritmii atriale și ventriculare
  - C. QT prelungit
  - D. QT scurt
  - E. Tulburări de conducere atrio-ventriculare mai ales în cardiomiopatia restrictivă din bolile infiltrative



232. Examenul radiologic toracic în cardiomiopatia restrictivă poate evidenția următoarele aspecte:
- A. Siluetă cardiacă normală
  - B. Semne de stază interstițială pulmonară
  - C. Revărsate pleurale în cazul insuficienței cardiace drepte
  - D. Calcificarea butonului aortic
  - E. Opacități apicale
233. Biopsia endomiocardică în cardiomiopatia restrictivă:
- A. Reprezintă explorarea invazivă cea mai utilizată pentru stabilirea formei etiologice de cardiomiopatie restrictivă
  - B. Reprezintă explorarea neinvazivă cea mai utilizată pentru stabilirea formei etiologice de cardiomiopatie restrictivă
  - C. Are contraindicație absolută în cardiomiopatia restrictivă
  - D. Are contraindicație relativă în cardiomiopatia restrictivă
  - E. Reprezintă criteriul principal de diferențiere a cardiomiopatiei restrictive de pericardita constrictivă
234. În cadrul cardiomiopatiei restrictive, următoarele entități prezintă cea mai ridicată mortalitate:
- A. Endocardita Löffler
  - B. Fibroza endomiocardică
  - C. Cardiomiopatia restrictivă din hemocromatoză
  - D. Cardiomiopatia restrictivă din amiloidoză
  - E. Miopericardita
235. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul cardiomiopatiei restrictive sunt adevărate:
- A. Există terapie specifică
  - B. Nu există terapie specifică
  - C. Terapia cu chelatori de fier poate fi benefică în cardiomiopatia restrictivă secundară hemocromatozei
  - D. Utilizarea calciu-blocanților s-a dovedit eficientă pentru ameliorarea complianței în cardiomiopatia restrictivă
  - E. Transplantul cardiac reprezintă ultima opțiune terapeutică
236. Din punct de vedere etiologic, cardiomiopatiile restrictive miocardice pot fi:
- A. Noninfiltrative
  - B. Infiltrative
  - C. Tezaurismoze
  - D. Obliterative
  - E. Non-obliterate
237. Din punct de vedere etiologic, cardiomiopatiile restrictive endomiocardice pot fi:
- A. Noninfiltrative
  - B. Infiltrative
  - C. Tezaurismoze
  - D. Obliterative
  - E. Non-obliterate
238. Selectați afirmațiile adevărate privind electrocardiograma în cardiomiopatia hipertrofică:
- A. Electrocardiograma este întotdeauna normală
  - B. În momentul diagnosticului majoritatea pacienților prezintă BRS pe ECG

- C. Prezența aritmiilor ventriculare crește riscul morții subite
  - D. 90% dintre pacienți prezintă unde Q patologice în derivațiile anterioare
  - E. Modificările ECG le pot preceda pe cele ecocardiografice
239. Selectați afirmațiile adevărate privind investigațiile paraclinice în cardiomiopatia hipertrofică:
- A. Examenul Doppler evidențiază prezența gradientului, a insuficienței mitrale și a tulburărilor funcției diastolice
  - B. Ecocardiografia de efort este contraindicată la pacienții cu dispnee sau presincope
  - C. Ecocardiografia de efort se indică la pacienții cu durere toracică pentru evaluarea obstrucției dinamice
  - D. Examenul radiologic este puțin sensibil
  - E. Biopsia endomiocardică este esențială pentru diagnosticul pozitiv

## Aritmiile

240. \*Din ce clasă de antiaritmice face parte Amiodarona?
- A. Clasa I
  - B. Clasa II
  - C. Clasa III
  - D. Clasa IV
  - E. Clasa IC
241. Flutter-ul atrial este:
- A. Tahicardie atrială
  - B. Cu unde "f"
  - C. Cu frecvența atrială 250-450/min
  - D. Cu frecvența atrială 350-600/min
  - E. Cu unde în dinți de fierăstrău
242. \*Manevrele vagale pot termina:
- A. Flutter-ul atrial
  - B. Fibrilația atrială
  - C. Fibrilația ventriculară
  - D. Tahicardia paroxistică supraventriculară
  - E. Ritmul idioventricular
243. \*Debitul cardiac în fibrilația atrială scade cu:
- A. 30-35%
  - B. 45-50%
  - C. 45%
  - D. 25-30%
  - E. 20-25%
244. \*Durata maximă pentru fibrilația atrială paroxistică este de:
- A. 48 de ore
  - B. 7 zile
  - C. 14 zile
  - D. 1 lună
  - E. 24 de ore
245. \*Electrocardiograma în blocul sino-atrial relevă:

- A. Pauză datorită absenței undei P cu durată un multiplu al intervalului PP
  - B. Unde P înlocuite cu unde mici "f"
  - C. Pauză post-extrasistolică
  - D. Propagarea excitației la ventriculi in raport 2/1
  - E. P mitral
246. Blocurile atrio-ventriculare iatrogene pot avea drept cauze terapia cu:
- A. Betablocante
  - B. Non-dihidropiridinice
  - C. Sartani
  - D. Digoxin
  - E. Inhibitori ai enzimei de conversie
247. \*Ce este disociația electro-mecanică?
- A. Un sindrom de debit cardiac scăzut
  - B. Sincopă prin bradi-aritmie
  - C. Activitate electrică fără răspuns cardiac mecanic
  - D. Sincopă neurocardiogenă
  - E. Fibrilație ventriculară
248. Sunt aritmii ventriculare:
- A. Scăpările jonctionale
  - B. Torsada vârfurilor
  - C. Wandering pacemaker
  - D. Ritmul idioventricular
  - E. Extrasistola ventriculară
249. Electrocardiograma în extrasistolia ventriculară poate arăta:
- A. Absența undei P
  - B. QRS subțire
  - C. QRS larg
  - D. Pauză decalantă
  - E. Pauză compensatorie
250. \*Extrasistolia ventriculară la bolnavul cu insuficiență cardiacă severă se tratează cu:
- A. Flecainidă
  - B. Encainidă
  - C. Calciu-blocante
  - D. Non-dihidropiridinice
  - E. Amiodaronă
251. Tratamentul profilactic al tahicardiilor ventriculare din cardiomiopatia hipertrofică se face cu:
- A. Blocante de calciu
  - B. Blocante beta-adrenergice
  - C. Digitală
  - D. Amiodaronă
  - E. Defibrilator implantabil
252. Care dintre următoarele situații are indicație de cardiostimulare permanentă?
- A. Pauze mai lungi de 6 secunde pe înregistrarea Holter EKG, asimptomatice
  - B. Bloc atrio-ventricular gradul I stabil
  - C. Bradicardie cu 50/min la sportivi
  - D. Frecvența cardiacă la compresiunea sino-carotidiană 55/min
  - E. Sincopa la pacienții cu bloc de ramură și PR lung >300ms

253. Examenul obiectiv la un bolnav care prezintă sincopă Adam Stokes relevă:
- A. Galop atrial
  - B. Bradicardie 20-40/min
  - C. Zgomot de tun
  - D. Frecvență cardiacă 60-70/min
  - E. Tahicardie 150/min
254. \*O aritmie susținută apărută în a doua jumătate a nopții, la bărbați tineri și fără boli cardiace organice este cel mai probabil:
- A. Aritmie simpatoadrenergică
  - B. Tahicardie sinusală
  - C. Fibrilație atrială paroxistică colinergică
  - D. Aritmie iatrogenă
  - E. Bradicardie
255. \*Care este cauza cea mai frecventă a accidentelor embolice sistemice?
- A. Tahicardia sinusală
  - B. Tahicardia supraventriculară prin reintrare
  - C. Fibrilația atrială
  - D. Extrasistolia ventriculară
  - E. Tulburările de conducere severe
256. \*Care este doza unică de propafenonă ce se administrează pentru conversie la pacienții cu fibrilație atrială paroxistică sau cunoscută ca recentă?
- A. 150 mg
  - B. 300 mg
  - C. 450 mg
  - D. 600 mg
  - E. 900 mg
257. Ce medicație se poate administra pentru controlul frecvenței cardiace în fibrilația atrială:
- A. Chinidina
  - B. Flecainida
  - C. Digoxin
  - D. Diltiazem
  - E. Betablocante
258. Preparatele uzitate în tratamentul medicamentos al extrasistoliei ventriculare sunt:
- A. Digoxinul
  - B. Blocantele beta-adrenergice
  - C. Amlodipina
  - D. Amiodarona
  - E. Nifedipina
259. \*Prima opțiune terapeutică în extrasistolia ventriculară din infarctul miocardic vechi, fără insuficiență cardiacă este :
- A. Propafenona
  - B. Encainida
  - C. Flecainida
  - D. Blocantele beta-adrenergice
  - E. Mexiletina
260. \*Răirea abruptă a frecvenței ventriculare la masajul sinusului carotidian o întâlnim în:
- A. Fibrilația atrială

- B. Tahicardia ventriculară
  - C. Flutterul atrial
  - D. Extrasistolia ventriculară
  - E. Tahicardia sinusală
261. Care dintre următoarele preparate sunt de primă linie, în urgență, la pacientul cu tahicardie paroxistică supraventriculară și cord normal?
- A. Digoxinul
  - B. Flecainida
  - C. Mexiletina
  - D. Adenozina
  - E. Verapamilul
262. \*Selectați aritmia cu frecvență ventriculară la 250/min, cu ritm regulat sau discret neregulat, durată QRS>120msec, disociație atrio-ventriculară, capturi sau fuziuni ventriculare:
- A. Tahicardie sinusală cu bloc de ramură
  - B. Tahicardie supraventriculară cu bloc de ramură
  - C. Tahicardie ventriculară
  - D. Ritm jonțional accelerat
  - E. Flutter atrial cu blocaj 2/1
263. Aritmiile ventriculare la bolnavul cu cardiomiopatie hipertrofică se pot trata cu:
- A. Flecainida
  - B. Mexiletin
  - C. Blocante beta-adrenergice
  - D. Digoxin
  - E. Amiodarona
264. \*Din ce clasă de antiaritmice fac parte verapamilul și diltiazemul?
- A. Clasa II
  - B. Clasa IV
  - C. Clasa I A
  - D. Clasa I C
  - E. Clasa III
265. Medicamentele de elecție în aritmiile ventriculare din cardiomiopatia hipertrofică sunt:
- A. Diltiazem
  - B. Encainida
  - C. Blocante adrenergice
  - D. Amiodarona
  - E. Felcainida
266. Terapia pe termen lung al tahicardiilor ventriculare se poate face cu:
- A. Defibrilator implantabil
  - B. Amlodipină
  - C. Digoxin
  - D. Amiodaronă
  - E. Lidocaină
267. Cardiostimularea electrică permanentă este indicată la pacienții cu:
- A. Simptome atribuite în mod cert bradicardiei sau blocurilor atrio-ventriculare
  - B. Sincope recurente și sindrom de sinus carotidian (cardioinhibitor)
  - C. Bloc atrio-ventricular gradul I
  - D. Frecvența cardiacă 55/minut

- E. Sincope si bloc sino-atrial sau atrio-ventricular documentat
268. \*Tahicardia care se termină la adenozină este:
- A. Tahicardia paroxistică supraventriculară
  - B. Flutterul atrial
  - C. Fibrilația atrială
  - D. Tahicardia ventriculară
  - E. Extrasistolia ventriculară
269. Care dintre medicamentele următoare se pot administra în tahicardia supraventriculară?
- A. Amlodipina
  - B. Adenozina
  - C. Nifedipina
  - D. Verapamilul
  - E. Digoxinul
270. Diagnosticul diferențial clinic al unei tahicardii ritmice la 150b/min se face cu:
- A. Tahicardia sinusală
  - B. Fibrilație ventriculară
  - C. Fibrilație atrială cu bloc total
  - D. Tahicardie paroxistică supraventriculară
  - E. Flutter atrial 2/1
271. Boala nodului sinusal se mai numește și:
- A. Sindrom bradicardie-tahicardie
  - B. Bloc sino-atrial
  - C. Sindrom de pre-excitație
  - D. Aritmie ventriculară
  - E. Sick sinus syndrome
272. Sunt forme de manifestare a bolii de nod sinusal:
- A. Bradicardia sinusală
  - B. Ritmul jonțional
  - C. Tahicardia supraventriculară
  - D. Tahicardia ventriculară
  - E. Torsada de vârf
273. Sunt cauze reversibile de bloc atrio-ventricular:
- A. Blocul AV congenital
  - B. Infarctul miocardic acut
  - C. Tulburările electrolitice
  - D. Digoxinul
  - E. Fibroza marcată a sistemului de conducere
274. Simptomatologia pacientului cu flutter atrial poate cuprinde:
- A. Hemoptizie
  - B. Palpitații
  - C. Melenă
  - D. Lipotimii
  - E. Disurie
275. \*Șocul electric extern se recomandă de urgență în:
- A. Fibrilația atrială acută
  - B. Flutter atrial 4/1
  - C. Aritmie cu deteriorare hemodinamică

- D. Fibrilația atrială persistentă fără deteriorare hemodinamică
  - E. Tahicardie sinusală cu 150/min
276. Controlul frecvenței ventriculare în fibrilația atrială se poate realiza cu:
- A. Digoxin
  - B. Diltiazem
  - C. Mexiletin
  - D. Betablocante
  - E. Lidocaină
277. Tratamentul extrasistoliei ventriculare, repetitive și simptomatice la pacienții cu infarct miocardic vechi și fracție de ejeție deprimată se poate face cu:
- A. Blocante beta-adrenergice
  - B. Digitală
  - C. Intervenții de revascularizare miocardică
  - D. Amiodaronă
  - E. Diuretic
278. Antiaritmice de clasa I Vaughan-Williams sunt:
- A. Ibutilide
  - B. Flecainida
  - C. Diltiazem
  - D. Chinidina
  - E. Propafenona
279. \*Complexul QRS în tahicardia supraventriculară cu conducere ortodromică are aspect:
- A. Larg, croșetat
  - B. Fin, subțire
  - C. De hemibloc
  - D. De bloc major de ramură dreaptă
  - E. De bloc major de ramură stângă
280. Tahicardia cu frecvență de 150-200/min, cu complex QRS îngust și unde P absente poate fi:
- A. Tahicardie sinusală
  - B. Tahicardie ventriculară
  - C. Flutter atrial 2:1
  - D. Tahicardie supraventriculară
  - E. Ritmul idioventricular
281. \*Aritmia care se convertește la energii mici de 10-50 Joule, prin șoc electric extern sincronizat este:
- A. Fibrilația atrială
  - B. Fibrilația ventriculară
  - C. Tahicardia ventriculară
  - D. Tahicardia din Torsada vârfulor
  - E. Flutterul atrial
282. Masajul sinusului carotidian este urmat de răspuns în:
- A. Tahicardia ventriculară
  - B. Ritmul idioventricular
  - C. Flutterul atrial
  - D. Tahicardia sinusală
  - E. Tahicardia supraventriculară
283. Factori de risc pentru fibrilația atrială sunt:

- A. Hipertiroidia
  - B. Stenoza mitrală reumatică
  - C. Sexul feminin
  - D. Cardiopatia ischemică
  - E. Activitatea sportivă
284. Conversia electrică de urgență a fibrilației atriale se recomandă în:
- A. Fibrilația atrială din sindromul de preexcitație
  - B. Fibrilația atrială permanentă
  - C. Cazurile compromise hemodinamic
  - D. Fibrilația atrială paroxistică asimptomatică
  - E. Fibrilația atrială cronică
285. Frecvența ventriculară în fibrilația atrială poate fi controlată cu:
- A. Disopiramidă
  - B. Flecainidă
  - C. Diltiazem
  - D. Betablocante
  - E. Verapamil
286. Profilaxia recidivelor de tahicardie ventriculară la bolnavii cu cardiomiopatie hipertrofică se poate face cu:
- A. Betablocante
  - B. Amiodaronă
  - C. Defibrilator implantabil
  - D. Verapamil
  - E. Propafenonă
287. \*Ritmul idioventricular se încadrează în:
- A. Aritmii supraventriculare
  - B. Scăpări joncționale
  - C. Blocuri bifasciculare
  - D. Aritmii ventriculare
  - E. Torsada vârfurilor
288. Sunt exemple de tahicardii atriale:
- A. Tahicardiile atriale prin micro și macroleintrare
  - B. Tahicardia sinusală
  - C. Tahicardia atrială multifocală
  - D. Tahicardia ventriculară
  - E. Tahicardia sinusală paradoxală
289. Care sunt tulburările de conducere în care coexistă unde P conduse și neconduse?
- A. Blocul major de ramură dreaptă
  - B. Blocul atrioventricular de grad I
  - C. Blocul atrioventricular de grad II tip Mobitz I
  - D. Blocul atrioventricular de grad II tip Mobitz II
  - E. Blocul major de ramură stângă
290. Sunt cauze structurale ale stopului cardiac:
- A. Boala coronariană ischemică
  - B. Hipertrofia miocardică
  - C. Medicamentele proaritmice
  - D. Cardiomiopatia dilatativă
  - E. Hipokalemia



291. Mecanisme electrice în stopul cardiac pot fi:
- A. Fibrilația ventriculară
  - B. Asistola
  - C. Activitatea electrică fără puls
  - D. Tahicardia atrială multifocală
  - E. Ritmul jonțional
292. În aritmia respiratorie întâlnim:
- A. Variație fazică a ritmului sinusal
  - B. Puls neregulat
  - C. Complexe QRS largi pe ECG
  - D. Bloc atrioventricular gradul III
  - E. Extrasistole ventriculare
293. Cauze iatrogene de bloc atrioventricular total pot fi:
- A. Blocul congenital
  - B. Cardiopatia ischemică cronică
  - C. Infarctul miocardic acut
  - D. Digoxinul
  - E. Medicația beta-adrenergică
294. Selectați anomaliile electrocardiografice ce apar de obicei în boala de nod sinusal :
- A. Blocul sino-atrial
  - B. Pauzele sinusale simptomatice
  - C. Blocul de ramură dreaptă
  - D. Hemiblocul anterior stâng
  - E. Tahicardia ventriculară
295. În flutterul atrial se pot întâlni următoarele elemente anamnestice și clinice:
- A. Lipotimii
  - B. Angină
  - C. Tuse cu expectorație purulentă
  - D. Cefalee
  - E. Palpitații
296. Terapia prin ablație cu radiofrecvență este de indicată în:
- A. Tahicardia paroxistică supraventriculară
  - B. Flutter atrial
  - C. Ritm idioventricular
  - D. Ritm jonțional
  - E. Tahicardia sinusală
297. Electrocardiograma în tahicardia ventriculară poate evidenția:
- A. Complexe QRS subțiri
  - B. Complexe QRS largi
  - C. Capturi
  - D. Fuziuni
  - E. Interval PR mai mare de 0,2 secunde
298. Electrocardiograma în flutterul atrial tip I prezintă:
- A. Frecvența atrială 280-320/min
  - B. Unde atriale în dinți de fierăstrău
  - C. Pauze sinusale
  - D. Fuziuni
  - E. Undă delta

299. Selectați indicațiile amiodaronei:
- A. Bolnavii cu sincope prin aritmii ventriculare
  - B. Aritmii ventriculare la bolnavii cu deteriorare hemodinamică
  - C. Tahicardie sinusală
  - D. Bloc atrioventricular de grad I
  - E. Ritmul joncțional

#### Valvulopatiile. Endocardita infecțioasă. Pericardita

300. \*În regurgitarea mitrală la ausculție se poate decela:
- A. Suflu diastolic aortic
  - B. Suflu holosistolic apical
  - C. Zgomot 1 accentuat în focarul pulmonar
  - D. Suflu sistolo-diastolic în focarul Erb
  - E. Frecatură pericardică
301. Cauzele stenozei mitrale includ :
- A. Boala reumatică
  - B. Hipoplazia inelului mitral
  - C. Cleftul valvei mitrale
  - D. Dilatarea ventriculului stâng
  - E. Ruptura de mușchi pilier
302. Tabloul clinic al stenozei mitrale include următoarele simptome:
- A. Melena
  - B. Dispneea
  - C. Hemoptizia
  - D. Disfonia
  - E. Disfagie
303. Selectați afirmațiile adevărate privind ecocardiografia transtoracică în stenoza mitrală:
- A. Este metoda paraclinică de elecție pentru diagnostic
  - B. Permite determinarea dimensiunii atrului stâng
  - C. Permite determinarea dimensiunii ventriculului stâng
  - D. Permite estimarea presiunii sistolice în artera pulmonară
  - E. Se efectuează doar atunci când există discordanță între datele clinice și cele de cateterism cardiac
304. \*În stenoza mitrală, ecocardiografia transesofagiană:
- A. Este obligatorie pentru diagnosticul severității
  - B. Nu permite o bună vizualizare a aparatului subvalvular mitral
  - C. Nu permite vizualizarea trombilor intraatriali
  - D. Nu permite niciodată vizualizarea vegetațiilor pe valva mitrală
  - E. Este necesară înainte efectuării valvuloplastiei mitrale
305. La pacienții cu stenoză mitrală, coronarografia este indicată la bolnavii:
- A. Asimptomatici
  - B. Cu funcție sistolică deprimată
  - C. Cu istoric și suspiciune de boala coronariană
  - D. Cu hipertensiune pulmonară
  - E. Cu dilatare atrială stângă
306. \*Stenoza mitrală severă este indicată de următorul parametru:

- A. Aria de deschidere a valvei mitrale peste 2 cm<sup>2</sup>
  - B. Gradient mediu transvalvular mitral peste 10 mmHg
  - C. Dilatarea atriului stang
  - D. Îngroșarea valvei mitrale
  - E. Dilatarea ventriculului stâng
307. Complicațiile stenozei mitrale includ:
- A. Fibrilația atrială
  - B. Endocardita infecțioasă
  - C. Insuficiența cardiacă
  - D. Prolapsul de valvă mitrală
  - E. Embolia sistemică
308. Tratamentul chirurgical al stenozei mitrale:
- A. Se adresează tuturor bolnavilor cu stenoză mitrală
  - B. Se adresează tuturor bolnavilor cu arie valvulară peste 1.5 cm<sup>2</sup>
  - C. Presupune înlocuirea valvei cu o proteză valvulară
  - D. Este urmat de anticoagulare cronică în cazul protezelor mecanice
  - E. Include comisurotomia pe cord deschis
309. Care dintre următoarele enunțuri privind tratamentul medical al stenozei mitrale sunt adevărate?
- A. Tratamentul anticoagulant se indică la cei cu fibrilație atrială
  - B. Terapia anticoagulantă este contraindicată la cei în ritm sinusal și istoric embolic
  - C. Terapia anticoagulantă cronică este obligatorie în cazul endocarditei infecțioase
  - D. Tratamentul diuretic ameliorează dispneea
  - E. Noile anticoagulante nu sunt indicate în profilaxia tromboembolică în valvulopatia reumatismală.
310. \*Insuficiența mitrală reprezintă:
- A. Reducerea suprafeței de deschidere a orificiului mitral sub valorile normale
  - B. Trecerea anormală a unui volum de sânge din ventriculul stang în atriul stâng în timpul sistolei ventriculare
  - C. Reducerea suprafeței de deschidere a orificiului aortic sub valorile normale
  - D. Trecerea anormală a unui volum de sânge din ventriculul stâng înspre atriul stâng in timpul diastolei ventriculare
  - E. O valvulopatie cu etiologie exclusiv reumatismală
311. Etiologia regurgitarii mitrale include:
- A. Prolapsul de valvă mitrală
  - B. Reumatismul articular acut
  - C. Dilatarea inelului mitral
  - D. Endocardita infecțioasă
  - E. Sifilisul
312. Insuficiența mitrală acută poate fi determinată de:
- A. Calcificarea de inel mitral
  - B. Endocardita infecțioasă
  - C. Infarctul miocardic acut
  - D. Cleftul de valvă mitrală
  - E. Cardiomiopatia hipertrofică obstructivă
313. Tabloul clinic al insuficienței mitrale poate include:
- A. Suflu diastolic aortic
  - B. Uruitură diastolică în regurgitățile ușoare

- C. Edem pulmonar acut
  - D. Fatigabilitate
  - E. Palpitații
314. Examenul obiectiv al unui pacient cu regurgitare mitrală severă și congestie poate identifica:
- A. Suflu continuu sistolo-diastolic
  - B. Raluri de stază pulmonară
  - C. Jugulare turgescente
  - D. Suflu diastolic cu iradiere pe carotide
  - E. Hepatomegalie
315. În insuficiența mitrală, radiografia toracică poate identifica:
- A. Edem interstițial
  - B. Proces de condensare pulmonară
  - C. Dilatare ventriculară stângă
  - D. Calcifieri ale inelului mitral
  - E. Dilatarea arterelor jugulare
316. Ecocardiografia transtoracică relevă la bolnavii cu regurgitare mitrală:
- A. Reducerea ariei orificiului de deschidere a valvei mitrale
  - B. Dilatarea atriului stang
  - C. Dilatarea ventriculului stang
  - D. Flux color turbulent trasmitral în diastola
  - E. Disecția aortei ascendente
317. Severitatea regurgitării mitrale se stabilește pe baza:
- A. Grosimii jetului de regurgitare la vena contracta
  - B. Fracției de ejecție a ventriculului stang
  - C. Volumului atriului stang
  - D. Frației de regurgitare
  - E. Gradientului mediu trasmitral în diastola ventriculară
318. Tratamentul medical în insuficiența mitrală cronică degenerativă include:
- A. diuretice
  - B. inhibitori ai enzimei de conversie
  - C. antiinflamatoare nesteroidiene
  - D. trombolitice
  - E. vasodilatatoare
319. Etiologia stenozei aortice include:
- A. Bicuspidia aortica
  - B. Modificări degenerative ale valvei aortice
  - C. Disecția de aortă
  - D. Reumatismul articular acut
  - E. Unicuspidia aortică
320. Stenoza aortică are drept consecințe fiziopatologice:
- A. Supraîncărcarea de volum a ventriculului stâng
  - B. Hipertrofia ventriculului stâng
  - C. Creșterea perfuziei periferice în aval de stenoză
  - D. Supraîncărcarea de presiune a ventriculului stâng
  - E. Prelungirea timpului de ejecție a ventriculului stâng
321. Tabloul clinic al stenozei aortice include:
- A. Dispneea la efort

- B. Sincopa
  - C. Suflul diastolic în focarul mitral
  - D. Suflul diastolic în focarul aortic
  - E. Angina pectorală
322. Examenul obiectiv al stenozei aortice poate identifica:
- A. Suflu sistolic rugos în focarul aortic cu iradiere pe vasele gâtului
  - B. Suflu diastolic în focarul mitral
  - C. Tensiune arterială diferențială mare
  - D. Suflu diastolic în focarul aortic cu iradiere în axilă
  - E. „Pulsus parvus et tardus”
323. În stenoza aortică ecocardiografia transtoracică:
- A. Reprezintă metoda de elecție pentru diagnostic
  - B. Permite evaluarea funcției ventriculului stâng
  - C. Permite stadializarea stenozei aortice
  - D. Nu permite determinarea gradientului mediu transaortic
  - E. Evidențiază îngustarea aortei ascendente poststenotice
324. \* Selectați afirmația adevărată privind investigațiile din stenoza aortică degenerativă:
- A. Testul de efort este recomandat la pacienții simptomatici
  - B. Cateterismul cardiac reprezintă metoda de elecție pentru diagnostic
  - C. Radiografia toracică este întotdeauna normală
  - D. Ecocardiografia de stres cu dobutamină este contraindicată
  - E. Tomografia computerizată permite vizualizarea cuspelor aortice
325. Cele mai frecvente complicații ale stenozei aortice sunt:
- A. Insuficiența cardiacă
  - B. Blocul atrio-ventricular de gradul III (complet)
  - C. Moartea subită
  - D. Fibrilația atrială
  - E. Embolia pulmonară
326. \* Selectați enunțul adevărat privind tratamentul chirurgical al stenozei aortice severe:
- A. Este considerat o procedură de rezervă
  - B. Include obligatoriu proceduri de by-pass aorto-coronarian
  - C. Constă în înlocuirea valvei native cu o proteză mecanică sau tisulară
  - D. Se realizează doar prin valvuloplastie cu balon
  - E. Nu se realizează la pacienții vârstnici
327. Tratamentul medical al stenozei aortice degenerative severe presupune:
- A. Diuretic
  - B. Vasodilatator în doze mari
  - C. Digitală dacă funcția sistolică a ventriculului stâng este deprimată
  - D. Antibioterapie cronică
  - E. Anticoagulant la toți pacienții aflați în ritm sinusal
328. Principalele metode diagnostice de stadializare a stenozei aortice sunt reprezentate de:
- A. Testul de efort
  - B. Ecocardiografia transtoracică
  - C. Radiografia toracică
  - D. Electrocardiograma de suprafață
  - E. Cateterismul cardiac
329. Electrocardiograma de suprafață poate evidenția în stenoza aortică severă:

- A. Hipetrofia ventriculară stângă
  - B. Fibrilația atrială
  - C. Bloc atrio-ventricular
  - D. Dilatarea atriului stâng
  - E. Dilatarea poststenotică a aortei ascendente
330. Etiologia insuficienței aortice poate fi reprezentată de:
- A. Modificări degenerative ale valvei aortice
  - B. Endocardita infecțioasă
  - C. Bicuspidia aortică
  - D. Mixomul atrial stâng
  - E. Spondilita ankilopoetică
331. Sunt cauze rare de insuficiență aortică:
- A. Bicuspidia aortica
  - B. Endocardita infecțioasă
  - C. Boala aortică degenerativă a vârstnicului
  - D. Traumatismele toracice
  - E. Sindromul antifosfolipidic
332. Insuficiența aortică severă are următoarele implicații fiziopatologice:
- A. Încărcarea de presiune a ventriculului stâng
  - B. Scăderea debitului cardiac
  - C. Dilatarea ventriculului stâng
  - D. Apariția stenozei mitrale
  - E. Dilatarea rădăcinii aortice
333. Complicațiile mai frecvente ale insuficienței aortice sunt:
- A. Pneumonia
  - B. Insuficiența cardiacă
  - C. Fibrilația atrială
  - D. Endocardita infecțioasă
  - E. Lupusul eritematos sistemic
334. Tabloul clinic al insuficienței aortice include:
- A. Dispnee
  - B. Hemoptizia
  - C. Palpitații
  - D. Angina pectorală
  - E. Suflu diastolic în zona aortică
335. \*Selectați afirmația adevărată privind regurgitarea aortică cronică severă:
- A. Fibrilația atrială apare precoce în evoluția bolii
  - B. Radiografia toracică evidențiază un ventricul stâng nedilat
  - C. Cateterismul cardiac reprezintă metoda de elecție pentru diagnostic
  - D. Ecocardiografia transesofagiană este obligatorie pentru diagnostic
  - E. Ecocardiografia transtoracică permite examinarea aortei ascendente
336. În insuficiența aortică următoarele afirmații privind ecocardiografia sunt adevărate:
- A. Permite diagnosticul afecțiunii
  - B. Permite cuantificarea afecțiunii
  - C. Permite examinarea aortei ascendente
  - D. Evidențiază anomaliile asociate
  - E. Nu are relevanță diagnostică
337. \*Tratamentul mediammentos al insuficienței aortice include:

- A. Valvuloplastia cu balon
  - B. Plasarea balonului de contrapulsatie
  - C. Comisurotomia pe cord deschis
  - D. Administrarea de inhibitori ai enzimei de conversie
  - E. Angioplastia percutană cu plasare de stent
338. Regurgitarea tricuspidiană are următoarele cauze, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Boala Ebstein
  - B. Dilatarea inelului tricuspidian
  - C. Sindromul carcinoid
  - D. Endocardita infecțioasă
  - E. Aortita sifilitică
339. Clinic, insuficiența tricuspidiană determină:
- A. Fatigabilitate
  - B. Hepatomegalie
  - C. Turgescența jugularelor
  - D. Edeme declivice
  - E. Suflu diastolic accentuat în expir
340. \*Următoarele reprezintă cauze de insuficiența tricuspidiană primară, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- A. Endocardita infecțioasă pe valvă tricuspida
  - B. Boala Ebstein
  - C. Hipertensiunea pulmonară primară
  - D. Prolapsul valvei tricuspide
  - E. Reumatismul articular acut
341. \*Tratamentul de preferat în regurgitarea tricuspidiană severă simptomatică este:
- A. Tratamentul anticoagulant
  - B. Tratamentul vasodilatator sistemic
  - C. Anuloplastia tricuspidiană
  - D. Valvuloplastia tricuspidiană cu balon
  - E. Tratamentul digitalic
342. \*Stenoza tricuspidiană:
- A. Are etiologie predominant degenerativă
  - B. Cel mai adesea apare ca leziune izolată
  - C. Este diagnosticată cel mai ușor prin cateterism cardiac
  - D. Determină apariția unui suflu sistolic în focarul tricuspidian
  - E. Este considerată severă la un gradient mediu transvalvular de peste 5 mmHg în ritm sinusal
343. Selectați enunțurile adevărate privind stenoza pulmonară:
- A. Poate fi determinată de către sindromul carcinoid
  - B. Induce apariția unui suflu diastolic de ejeție
  - C. Diagnosticul este confirmat de ecocardiografia transtoracică
  - D. Este o afecțiune foarte frecventă
  - E. Tratamentul chirurgical presupune înlocuirea aortei ascendente
344. \*Prezintă risc înalt de endocardită infecțioasă:
- A. Pacienții cu anevrism de aortă abdominală
  - B. Bolnavii cu sifilis
  - C. Pacienții cu proteze valvulare mecanice
  - D. Pacienții cu reumatism degenerativ în antecedente

- E. Pacienții coronarieni
345. Care este procedura cu risc înalt de endocardită infecțioasă?
- A. Bronhoscopia cu bronhoscop flexibil
  - B. Gastroscopia
  - C. Ecocardiografia transesofageana
  - D. Anuscopia
  - E. Manevre stomatologice cu perforarea mucoasei bucale
346. În tamponada cardiacă:
- A. Apare frecătura pericardică
  - B. Tabloul clinic este dominat de către durerea toracică
  - C. Jugularele sunt turgescente
  - D. Apare hipotensiunea arterială
  - E. Apare întotdeauna sindromul febril și mialgiile
347. \*Supradenivelarea difuză de segment ST concavă superior sugerează:
- A. Angina pectorală de efort
  - B. Endocardita infecțioasă cu streptococ viridans
  - C. Infarctul miocardic acut
  - D. Embolia pulmonara masivă
  - E. Pericardita
348. Tratamentul pericarditei acute exudative include:
- A. Tratament cu antiinflamatoare nesteroidiene
  - B. Pericardiocenteza în tamponada cardiacă
  - C. Drenaj chirurgical în pericarditele purulente
  - D. Tratament antibiotic în pericarditele acute virale
  - E. Pericardiectomia în pericardita fibrinoasă acută
349. Care dintre următoarele afirmații privind tratamentul endocarditei infecțioase sunt corecte?
- A. Stafilococul meticilin rezistent se tratează cu amoxicilină
  - B. Stafilococul meticilin sensibil se tratează cu oxacilină și gentamicină
  - C. Streptococul sensibil la penicilină se tratează cu flucloxacilină
  - D. Streptococul sensibil la penicilină la pacienții alergici la penicilină se tratează cu vancomicină
  - E. Ceftriaxonul este contraindicat în endocardita infecțioasă



## Răspunsuri Cardiologie

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

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

- 301. A, B
- 302. B, C, D, E
- 303. A, B, C, D
- 304. E
- 305. B, C
- 306. B
- 307. A, B, C, E
- 308. C, D, E
- 309. A, D, E
- 310. B
- 311. A, B, C, D
- 312. B, C
- 313. C, D, E
- 314. B, C, E
- 315. A, C, D
- 316. B, C
- 317. A, D
- 318. A, B, E
- 319. A, B, D, E
- 320. B, D, E
- 321. A, B, E
- 322. A, E
- 323. A, B, C
- 324. E
- 325. A, B, C, D
- 326. C
- 327. A, C
- 328. B, E
- 329. A, B, C, D
- 330. A, B, C, E
- 331. D, E
- 332. C, E
- 333. B, C, D
- 334. A, C, D, E
- 335. E
- 336. A, B, C, D
- 337. D
- 338. E
- 339. A, B, C, D
- 340. C
- 341. C
- 342. E
- 343. A, C
- 344. C
- 345. E
- 346. C, D
- 347. E
- 348. A, B, C
- 349. B, D

## Gastroenterologie și hepatologie

1. Principalele cauze pentru apariția refluxului gastro-esofagian sunt:
  - A. Relaxarea insuficientă a sfincterului esofagian inferior
  - B. Contrakția insuficientă a sfincterului esofagian inferior
  - C. Contrakția insuficientă a sfincterului esofagian superior
  - D. Relaxarea patologică tranzitorie a sfincterului esofagian inferior
  - E. Regurgitația acidă
2. Medicamentele care pot determina refluxul gastro-esofagian sunt:
  - A. Blocanții canalelor de calciu
  - B. Anticolinergicele
  - C. Antibioticele
  - D. Diazepam
  - E. Domperidonum
3. Manifestările extradigestive ce pot apărea în cadrul bolii de reflux gastro-esofagian sunt:
  - A. Prurit
  - B. Astm bronșic
  - C. Tuse cronică
  - D. Epigastralgie
  - E. Disfonie
4. \*Cea mai frecventă manifestare extradigestivă în cadrul bolii de reflux gastro-esofagian este:
  - A. Astmul bronșic
  - B. Angina pectorală
  - C. Pirozismul
  - D. Pleurezia
  - E. Artralgie
5. Endoscopia digestivă superioară în boala de reflux gastro-esofagian este indicată:
  - A. Pentru diagnosticul esofagitei eozinofilice prin biopsie
  - B. Pentru excluderea unui posibil cancer colorectal
  - C. În cazul prezenței semnelor de alarmă în boala de reflux gastro-esofagian
  - D. După sfârșitul tratamentului pentru boală de reflux gastro-esofagian
  - E. Pentru diagnosticul diverticulitei colonice
6. Esofagitele se clasifică, conform clasificării Los Angeles, în:
  - A. Gradul A – pierderi de substanță < 5 mm
  - B. Gradul B – cel puțin o eroziune > 5 mm
  - C. Gradul B – leziuni confluențe între două pliuri
  - D. Gradul C – ulcerații confluențe > 75% din circumferința esofagiană
  - E. Gradul D – ulcerații pe toată circumferința fornixului gastric
7. Manometria esofagiană ca și metodă de diagnostic în boala de reflux gastro-esofagian (BRGE) este utilizată:
  - A. În suspiciunea de spasm esofagian
  - B. La pacienții cu simptome tipice de BRGE
  - C. Post chirurgie anti-reflux
  - D. În suspiciune de acalazie
  - E. În cazurile în care este preconizată o intervenție chirurgicală anti-reflux
8. PH-metria este utilizată la următoarele categorii de pacienți:

- A. Toți pacienții cu suspiciune de reflux gastro- esofagian deoarece este un test sensibil
  - B. Pacienți post chirurgie anti- reflux
  - C. Pacienți responsivi la tratament
  - D. Pacienți cu simptome atipice de boală de reflux gastro- esofagian
  - E. Pacienți cu simptome tipice de boală de reflux gastro- esofagian și nonresponsivi la tratament
9. \*Un reflux acid, determinat la pH-metrie, este considerat atunci când pH-ul esofagian are o valoare mai mică de:
- A. 9
  - B. 7
  - C. 6
  - D. 10
  - E. 4
10. \*Conform stadializării Los Angeles a esofagitelor, gradul B prezintă următoarele caracteristici:
- A. Una sau mai multe pierderi de substanță, dar nici una depășind 5 mm în lungime
  - B. Cel puțin o eroziune confluentă între doua sau mai multe pliuri, dar fără pierderi de substanță care depășesc 75% din circumferința esofagiană
  - C. Cel puțin o eroziune peste 5 mm, dar fără leziuni conflente
  - D. Pierderi de substanță ce cuprind peste 75% din circumferința esofagiană
  - E. Nici o eroziune vizibilă la endoscopie
11. Endoscopia digestivă superioară în boala de reflux gastro-esofagian este indicată în următoarele cazuri:
- A. În cazul reușitei terapeutice cu inhibitori de pompă de protoni
  - B. Vârsta peste 50 de ani cu boală de reflux frecventă
  - C. În prezența semnelor de alarmă
  - D. La pacienții cu otită externă, ca simptomatologie atipică
  - E. După sfârșitul tratamentului cu inhibitori de pompă de protoni
12. Endoscopia digestivă superioară în diagnosticul bolii de reflux gastro-esofagian prezintă următoarele avantaje:
- A. Poate exclude esofagita eozinofilică prin biopsie
  - B. Poate depista leziuni asociate – ulcer gastro-duodenal
  - C. Poate confirma esofagită prin probă terapeutică cu inhibitori de pompă de protoni
  - D. Poate exclude cancerul colorectal
  - E. Poate stadializa cancerul esofagian fără necesitatea biopsiei
13. \*De primă intenție, diagnosticul unei boli de reflux gastro-esofagian care nu prezintă semne de alarmă, este confirmat prin:
- A. Endoscopie digestivă inferioară
  - B. Manometrie esofagiană
  - C. Răspunsul terapeutic la inhibitori de pompă de protoni
  - D. Endoscopia digestivă superioară
  - E. pH-metrie esofagiană
14. Principalii inhibitori de pompă de protoni folosiți pentru boala de reflux gastro-esofagian sunt:
- A. Esomeprazol (60 mg/zi)
  - B. Omeprazol (40 mg/zi)
  - C. Esomeprazol (40 mg/zi)
  - D. Lansoprazol (240 mg/zi)

- E. Rabeprazol (30 mg/zi)
15. Care dintre următoarele afirmații referitoare la esofagul Barrett sunt adevărate?
- A. Este o metaplazie de tip intestinal la nivelul întregului esofag
  - B. Cauza reprezintă o expunere îndelungată la acid
  - C. Prezența displaziei nu influențează atitudinea terapeutică
  - D. În caz de displazie cu grad redus se va repeta endoscopia la 3-5 ani
  - E. La pacienții cu displazie de grad înalt se recomandă mucosectomia, ablație prin radiofrecvență sau chirurgie
16. Esofagita complicată reprezintă esofagită asociată cu:
- A. Astm bronșic
  - B. Esofag Barrett
  - C. Stenoza esofagiană
  - D. Tuse cronică
  - E. Laringospasm
17. Recomandările AGA (American Gastroenterological Association) privind tratamentul bolii de reflux gastro-esofagian sunt următoarele:
- A. La pacienții la care terapia antisecretorie empirică este inefficientă se recomandă endoscopie digestivă superioară
  - B. Tratamentul de lungă durată trebuie titrat până la cea mai mică doză eficientă
  - C. Scădere ponderală pentru toți pacienții
  - D. Endoscopie cu biopsie la pacienții care acuză disfagie și la care nu se evidențiază leziuni endoscopice pentru excluderea unei esofagite eozinofilice
  - E. Utilizarea blocanților de canale de calciu pentru pacienții care nu tolerează terapia antiacidă
18. Tratamentul refluxului gastro-esofagian include:
- A. Regim igienico-dietetic
  - B. Inhibitori de pompă de protoni
  - C. Antiinflamatoare non-steroidiene
  - D. Antiacide și algi-nați
  - E. Blocanți de receptori H1 histaminici
19. Următoarele afirmații sunt adevărate în tratamentul bolii de reflux gastro-esofagian cu blocanți de receptori H2 histaminici:
- A. Ca și doze, ranitidina și nizatidina 40 mg/zi, iar famotidina 2x150 mg/zi
  - B. Au acțiune antisecretoare de câteva ore și cresc pH-ul cu până la o unitate în 24 de ore
  - C. Au eficacitate pe simptomatologie (pirozis)
  - D. Sunt reprezentați de ranitidină, famotidină și nizatidină
  - E. Efectul lor nu diminuează în timp în caz de tratament prelungit deoarece toleranța farmacologică este bună în cazul acestei clase medicamentoase
20. Procedurile endoscopice ce pot fi aplicate pentru tratamentul bolii de reflux gastro-esofagian sunt următoarele:
- A. Ablația prin radiofrecvență (procedeul Stretta)
  - B. Sutura endoscopică a joncțiunii eso-gastrice (gastroplicatura transmurală NDO)
  - C. Fundoplicatura Nissen
  - D. Miotomia Heller
  - E. Terapia prin injectare de substanțe absorbabile la nivelul joncțiunii eso-gastrice
21. Boala ulceroasă se caracterizează prin:
- A. Pierderea de substanță la nivelul mucoasei gastrice, duodenală, esofagiene, intestinale sau anastomozelor gastrointestinale

- B. Leziuni ce depășesc în profunzime muscularis mucosae, fără potențial proliferativ-penetrant
  - C. Incidența și prevalență scăzute în populația generală
  - D. Prevalența de 5-10% în populația generală
  - E. Consumul de anti-inflamatorii nesteroidiene (AINS) previne apariția bolii ulceroase
22. Care dintre următoarele afecțiuni cresc riscul de apariție a ulcerului gastric și duodenal?
- A. Ciroza hepatică
  - B. Boala cronică de rinichi
  - C. Neoplaziile endocrine multiple de tip I (Multiple Endocrine Neoplasia – MEN I)
  - D. Hipertensiunea arterială
  - E. Astmul bronșic
23. Factorii de apărare a mucoasei gastrice sunt:
- A. Repararea celulară
  - B. Alcoolul
  - C. Pepsina
  - D. Regenerarea tisulară
  - E. Joncțiunile intracelulare largi
24. Factorii de agresiune a mucoasei gastrice sunt:
- A. Joncțiunile intracelulare strânse
  - B. Consumul de AINS
  - C. Acidul clorhidric
  - D. Creșterea fluxului sanguin local
  - E. Refluxul biliar duodenogastric
25. \*Următoarea afirmație referitoare la Helicobacter (H.) pylori este adevărată:
- A. Este o bacterie gram pozitivă
  - B. Este o bacterie gram negativă
  - C. Prezintă tropism selectiv pentru mucoasa intestinală
  - D. Infecția cu H. pylori se asociază cu apariția ulcerului gastric în 90% din cazuri
  - E. Eradicarea infecției cu H. pylori se obține prin administrarea de Omeprazol 40 mg, p.o/zi, dimineața preprandial, timp de 4-6 săptămâni
26. Care dintre următoarele afirmații sunt corecte privind etiopatogeneza ulcerului gastro-duodenal?
- A. Infecția cu Helicobacter (H.) pylori determină perturbarea secreției duodenale de bicarbonat
  - B. Infecția cu H. pylori determină blocarea activității enzimatică a ciclooxigenazei 1 (COX 1) în special, dar și a COX 2
  - C. Infecția cu H. pylori se asociază cu patogeneza adenocarcinomului gastric și a sindromului Zollinger-Ellison
  - D. Consumul de anti-inflamatorii nesteroidiene inhibă la nivel local și sistemic secreția de prostaglandine implicate în repararea și protecția tisulară a mucoasei
  - E. Corticoterapia reprezintă factor de risc pentru patologia peptică
27. \* Care dintre următoarele mecanisme nu intervine în patogeneza ulcerului gastric?
- A. Hipersecreția acidă
  - B. Dezechilibrul dintre factorii de agresiune luminală și funcția de apărare a mucoasei
  - C. Infecția cu Helicobacter (H.) pylori determină modificări epiteliale de suprafață
  - D. Infecția cu H. pylori determină producerea de toxine agresive local
  - E. Tratatamentul cu beta-blocante adrenergice

28. Care dintre următoarele circumstanțe au rol etiopatogenic în apariția ulcerului gastric și duodenal?
- Chimioterapia și radioterapia
  - Toxicomania
  - Obstrucțiile biliare
  - Gastrinoamele din sindromul Zollinger-Ellison
  - Diverticuloza de colon
29. Consumul de anti-inflamatoare nesteroidiene intervine în etiopatogeneza bolii ulceroase prin:
- Inhibarea doar la nivel local a secreției de prostaglandine
  - Inhibarea doar la nivel sistemic de prostaglandine
  - Blocarea activității enzimatică doar a ciclooxigenazei 1 (COX 1)
  - Blocarea anctivității enzimatică a ciclooxigenazei 1 (COX) în special, dar și a COX 2
  - Inhibarea la nivel local și sistemic al secreției de prostaglandine
30. Semnele de alarmă din cadrul bolii ulceroase sunt:
- Pierderea voluntară în greutate
  - Disfagia
  - Antecedentele heredo-colaterale de cancer pulmonar
  - Sindromul anemic
  - Vărsăturile recurente
31. Care dintre următoarele afirmații referitoare la manifestările clinice ale bolii ulceroase sunt adevărate?
- Durerea epigastrică este simptomul principal
  - Durerea epigastrică are caracter de arsură, cu iradiere în umărul stâng și cu debut obișnuit postprandial
  - Durerea epigastrică debutează imediat postprandial în cazul ulcerului gastric
  - Durerea epigastrică debutează postprandial tardiv în cazul ulcerului duodenal
  - Periodicitatea durerii în relația cu mesele (marea periodicitate), respectiv cea sezonieră (mica periodicitate) constituie un element important de diagnostic
32. Explorările paraclinice în boala ulceroasă:
- Sunt indicate în vederea confirmării unei leziuni ulceroase și a localizării acesteia
  - Sunt fundamentale în diagnosticul pozitiv al bolii ulceroase în condițiile unui pacient instabil hemodinamic
  - Examenul imagistic cu sulfat de bariu reprezintă metoda de elecție în diagnosticul bolii ulceroase
  - Explorarea endoscopică permite prelevarea de biopsii și efectuarea unui gest terapeutic
  - Determinarea gastrinемiei se indică în suspiciunea ulcerelor gastrice și duodenale
33. Care dintre afirmațiile următoare cu privire la ulcerele gastrice și duodenale sunt corecte?
- Ulcerul sunt cel mai adesea solitare
  - Leziunile ce nu depășesc în profunzime muscularis mucosae sunt definite ca eroziuni
  - Ulcerul duodenale impun biopsiere de rutină
  - Pentru localizarea gastrică benignitatea trebuie confirmată în toate cazurile
  - Ulcerul duodenal necesită reevaluare endoscopică (și redocumentare histopatologică eventual) la 6-12 săptămâni, pentru a verifica vindecarea completă



34. \*Testele invazive de diagnostic a infecției cu *Helicobacter (H.) pylori* sunt:
- Dozarea antigenului fecal *H. pylori*
  - Testul rapid capilar și testul salivar
  - Testul rapid pentru activitatea ureazică din proba bioptică de mucoasă gastrică
  - Urea breath test (test respirator cu uree)
  - Determinarea anticorpilor anti-*H. pylori* în mucoasa gastrică
35. Testele neinvazive de diagnostic a infecției cu *Helicobacter (H.) pylori* sunt:
- Dozarea antigenului fecal *H. pylori*
  - Testele serologice: urea breath test
  - Teste respiratorii: testul salivar
  - Teste respiratorii: urea breath test
  - Testele serologice: reacția ELISA, testul rapid capilar și testul salivar
36. Referitor la explorările imagistice de diagnostic a bolii ulceroase, care dintre următoarele afirmații sunt corecte?
- Sunt tehnici de elecție în diagnosticul bolii ulceroase
  - Au aplicabilitate în momentul în care endoscopia digestivă superioară este imposibil de realizat, sau pacientul refuză
  - La examenul imagistic radiologic cu sulfat de bariu, imaginea clasică de ulcer gastric presupune detectarea unei nișe
  - Examenul radiologic este util în atestarea unora dintre complicațiile ulcerelor gastrice și duodenale (stenozele medio-gastrice sau piloro-bulbare, perforația)
  - Examenul radiologic nu poate oferi informații referitoare la estimarea amplitudinii refluxului gastroesofagian
37. \*Determinarea gastrinemiei se indică în:
- Dispepsia funcțională
  - Esofagita de reflux
  - Hernia hiatală
  - Sindromul Ehlers-Danlos
  - Sindromul Zollinger-Ellison
38. Precizați care dintre următoarele răspunsuri sunt corecte privind hemoragia digestivă superioară:
- Este una dintre principalele urgențe în gastroenterologie
  - În forma acută se poate exterioriza prin hematemeză și/sau hematochezie (rareori prin melenă)
  - Endoscopia digestivă superioară de control („second-look”) este necesară întotdeauna
  - În forma cronică se manifestă ocult, silențios, prin elemente ale unui sindrom anemic cu profil paraclinic de carență marțială (anemie microcitară, hipocromă, hiposideremică)
  - Este deseori gravă și poate conduce la instalarea unui șoc hipovolemic
39. Următorii sunt factori de risc de resângerare în cazul hemoragiilor digestive superioare non-variceale:
- Stabilitatea hemodinamică
  - Ulcer duodenal bulbar de față anterioară
  - Imposibilitatea aplicării terapiei cu inhibitori de pompă de protoni
  - Hemoragia digestivă superioară la un pacient cu hepatopatie severă
  - Decelarea unei sângeri active la momentul explorării endoscopice
40. \* Nu este factor de risc de resângerare în cazul hemoragiilor digestive superioare non-variceale:
- Decelarea unei sângeri active la momentul explorării endoscopice

- B. Instabilitatea hemodinamică
  - C. Decelarea de ulcere de dimensiuni mari
  - D. Ulcerul duodenal bulbar de fața anterioară
  - E. Prezența comorbidităților
41. Care dintre următoarele afirmații privind complicațiile bolii ulceroase sunt corecte?
- A. Stenoza reprezintă o complicație cu localizare preponderent pilorobulbară
  - B. În perforație se decelează clinic contractură abdominală cu apărare și semnul Blumberg, pe fondul unui debut dureros, brusc și de mare intensitate
  - C. În forma cronică, hemoragia digestivă superioară conduce la instalarea stării de șoc hipovolemic
  - D. Complicațiile acute ale bolii ulceroase sunt reprezentate de hemoragia digestivă inferioară, pancreatita acută și stenoza pilorică
  - E. Stenoza se manifestă prin vărsături alimentare postprandial tardiv, cu apetit păstrat și scădere ponderală
42. Măsurile generale în tratamentul bolii ulceroase sunt:
- A. Infecția cu *Helicobacter pylori* nu influențează schema de tratament
  - B. Infecția cu *Helicobacter pylori* influențează schema de tratament
  - C. Atitudinea terapeutică este determinată mai ales de etiologia bolii ulceroase
  - D. Atitudinea terapeutică este determinată mai ales de prezența sau absența complicațiilor
  - E. Limitarea consumului de alcool nu face parte din recomandările uzuale igieno-dietetice
43. Referitor la conduita terapeutică în boala ulceroasă datorată infecției cu *Helicobacter pylori*, selectați afirmațiile sunt corecte:
- A. Eradicarea infecției se impune cu prioritate
  - B. Eradicarea infecției se impun doar în cazul ulcerului gastric
  - C. Este necesară tratarea tuturor membrilor familiei
  - D. Conduita terapeutică nu este diferită față de cea a bolii ulceroase datorate consumului de AINS
  - E. Trebuie identificată calea optimă de eradicare a infecției cu *Helicobacter pylori* în contextul eșecului schemelor terapeutice consacrate
44. Următoarele medicamente reprezintă blocanți ai receptorilor H<sub>2</sub> folosiți în tratamentul bolii ulceroase:
- A. Famotidină
  - B. Desloratadină
  - C. Ranitidină
  - D. Levocetirizină
  - E. Nizatidină
45. \*Tripla terapie de eradicare a infecției cu *Helicobacter pylori* în cadrul bolii ulceroase este:
- A. Inhibitor de pompă de protoni (IPP) doză standard + Amoxicilină 1g x 2/zi + Claritromicină 0,5g x 2/zi, 7-14 zile
  - B. IPP doză dublă + Amoxicilină 1g x 2/zi + Claritromicină 0,5g x 2/zi, 7-14 zile
  - C. IPP doză dublă + Amoxicilină 1gx 2/zi + Claritromicină 1g x 2/zi, 7-14 zile
  - D. IPP doză standard + Amoxicilină 1g x 2/zi + Claritromicină 1g x 2/zi, 7-14 zile
  - E. În caz de alergie la peniciline: IPP doză dublă + Metronidazol 500 mg, p.o. la 12 ore + Claritromicină 0,5g x 2/zi, 14-21 zile
46. Următoarele afirmații referitoare la terapiile de eradicare a infecției cu *Helicobacter pylori* în cadrul bolii ulceroase sunt corecte:

- A. Terapia secvențială: 7-14 zile inhibitor de pompă de protoni (IPP) doză dublă + Amoxicilină 1g x 2/zi, apoi 7-14 zile IPP doză dublă + Claritromicină 0,5g x 2/zi + Metronidazol 0,5g x 2/zi
  - B. Terapia secvențială: 5-7 zile IPP doză dublă + Amoxicilină 1g x 2/zi, apoi 5-7 zile IPP doză dublă + Claritromicină 0,5g x 2/zi + Metronidazol 0,5g x 2/zi
  - C. Tripla terapie: IPP doză dublă + Amoxicilină 1g x 2/zi + Claritromicină 0,5g x 2/zi, 7-14 zile
  - D. Tripla terapie: IPP doză dublă + Amoxicilină 1g x 2/zi + Claritromicină 0,5g x 2/zi, 14-21 zile
  - E. Tripla terapie nu se poate aplica în caz de alergie la peniciline
47. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul bolii ulceroase sunt adevărate:
- A. Durata tratamentului medicamentos nu este corelată cu localizarea leziunii ulceroase
  - B. Prelungirea schemei de eradicare a infecției cu *Helicobacter (H.) pylori* este recomandată în toate cazurile cu evoluție atipică
  - C. Examinarea endoscopică la 6-8 săptămâni cu prelevarea de biopsii este obligatorie tuturor ulcerelor
  - D. Prelungirea schemei de eradicare a infecției cu *H. pylori* poate fi recomandată în toate cazurile de boală ulceroasă complicată
  - E. Documentarea paraclinică a eradicării *H. pylori* nu se efectuează
48. Tehnicile de hemostază endoscopică în cazul ulcerelor hemoragice sunt:
- A. Injectarea de soluții vasodilatatoare
  - B. Aplicarea de clip hemostatic
  - C. Injectarea de soluții vasoactive
  - D. Aplicarea de inel de ligatură
  - E. Coagularea endoscopică
49. Tehnicile chirurgicale ce pot fi aplicate în cazul ulcerului perforat sau penetrant sunt:
- A. Sutura perforației duodenale
  - B. Rezecția gastrică (cu anastomoză gastro-duodenală Billroth I)
  - C. Rezecția gastrică (cu anastomoză gastro-jejunală Billroth II)
  - D. Aplicarea de clip hemostatic
  - E. Embolizarea arterială selectivă
50. Durata tratamentului în boala ulceroasă în funcție de localizarea leziunii se efectuează astfel:
- A. Ulcer gastric: regim igienico-dietetic și tratament medical timp de 4-6 săptămâni (inclusiv faza de eradicare a *Helicobacter (H.) pylori* în caz de infecție asociată) urmat de control endoscopic la 6-8 săptămâni
  - B. Ulcer duodenal necomplicat, fără risc, responsiv simptomatologic la tratament: regim igienico-dietetic și tratament medical + eradicarea infecției cu *H. pylori* în caz de infecție asociată
  - C. Ulcer duodenal complicat sau care asociază terapia concomitentă cu aspirină, AINS, anticoagulante, vârsta peste 65 de ani, comorbidități importante: regim igienico-dietetic și tratament medical timp de 3 săptămâni (inclusiv faza de eradicare a *H. pylori* în caz de infecție asociată)
  - D. Ulcer duodenal necomplicat: regim igienico-dietetic și tratament medical timp de 4-6 săptămâni (inclusiv faza de eradicare a *H. pylori* în caz de infecție asociată) urmat de control endoscopic la 6-8 săptămâni
  - E. Durata tratamentului medicamentos nu este corelată cu localizarea leziunii ulceroase
51. Bolile inflamatorii intestinale sunt:
- A. Boala Crohn

- B. Boala celiacă
  - C. Colita ulcerativă
  - D. Sindromul de colon iritabil
  - E. Polipoza colonului
52. Următoarele afirmații referitoare la bolile inflamatorii intestinale sunt adevărate:
- A. Boala Crohn se poate extinde la orice nivel al tubului digestiv
  - B. Colita ulcerativă se poate extinde la orice nivel al tubului digestiv
  - C. În colita ulcerativă procesul inflamator este localizat la nivelul mucoasei
  - D. Factorii de mediu sunt implicați în etiologia lor
  - E. Cromozomii 12q14 sunt implicați în etiologia lor
53. Bolile inflamatorii intestinale se asociază cu sindroame genetice precum:
- A. Sindromul Down
  - B. Sindromul Tourette
  - C. Sindromul mână-picior
  - D. Sindromul Turner
  - E. Sindromul Hermansky-Pudlak
54. Factorii genetici implicați în etiologia bolilor inflamatorii intestinale sunt:
- A. Fumatul
  - B. Dieta
  - C. Genele care exprimă CARD 15/NOD 2
  - D. Autofagia intracelulară
  - E. Infecțiile
55. Factorii de mediu implicați în etiologia bolilor inflamatorii intestinale sunt:
- A. Echilibrul oxidanți-antioxidanți
  - B. Factorii alimentari
  - C. Factorii genetici
  - D. Alcoolul
  - E. Fumatul
56. Manifestările clinice ale colitei ulcerative sunt reprezentate de:
- A. Tenesme rectale
  - B. Dureri abdominale
  - C. Melenă
  - D. Rectoragii
  - E. Constipație
57. Despre colita ulcerativă se poate afirma că:
- A. Debutul bolii este de obicei insidios, dar poate fi acut în formele severe
  - B. Durerile abdominale sunt prezente la toți pacienții
  - C. Durerile abdominale sunt mai intense înaintea defecației și se diminuează imediat după defecație
  - D. În formele severe sau extinse ale bolii, pacienții pot prezenta febră, grețuri, vărsături
  - E. Numărul scaunelor nu variază în raport cu extensia bolii
58. Clasificarea colitei ulcerative în funcție de extinderea inflamației cuprinde:
- A. Proctită radică
  - B. Pancolită ulcerativă
  - C. Proctită ulcerativă
  - D. Colită stângă ulcerativă
  - E. Colită dreaptă ulcerativă
59. Următoarele afirmații legate de scorul Truelove-Witts sunt adevărate:
- A. Se aplică bolii Crohn
  - B. Se aplică colitei ulcerative

- C. Putem spune ca este formă fulminantă dacă rectoragia este continuă
  - D. Putem să este o formă ușoară dacă numărul de scaune > 10
  - E. Apreciază severitatea clinică a bolii Crohn
60. Clasificarea evolutivă a colitei ulcerative include:
- A. Formă ușoară
  - B. Formă severă
  - C. Formă fulminantă
  - D. Formă cronic recurentă
  - E. Formă cronic continuă
61. În colita ulcerativă:
- A. Examenul obiectiv este bogat
  - B. Examenul obiectiv este sărac
  - C. Colită acută fulminantă este o formă rară de boală, dar ușoară
  - D. Pancolita este definită de extensia bolii dincolo de flexura stângă a colonului
  - E. Pancolita este definită de extensia bolii până înainte de flexura stângă a colonului
62. \*Boala Crohn:
- A. Se poate localiza la orice nivel al tubului digestiv și este caracterizată prin inflamație a mucoasei colonului, cu distribuție uniformă
  - B. Se poate localiza la orice nivel al tubului digestiv și este caracterizată prin inflamație transmurală cu distribuție neuniformă
  - C. Tabloul clinic este sărac
  - D. Debutează cu rectoragie
  - E. Predomină constipația
63. \* Selectați simptomul caracteristic bolii Crohn:
- A. Creșterea în greutate
  - B. Diareea
  - C. Constipația
  - D. Cefaleea
  - E. Transpirațiile
64. \* Selectați simptomul caracteristic bolii Crohn:
- A. Constipația
  - B. Creșterea în greutate
  - C. Scăderea în greutate
  - D. Megacolonul toxic
  - E. Litiază renală
65. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la scorul CDAI (Crohn Disease Activity Index):
- A. Variaza între 0 și 600
  - B. Se aplică colitei ulcerative
  - C. Un scor de 100-150 definește boala activă
  - D. Un scor peste 450 indică o formă severă a bolii
  - E. Un scor mai mic de 200 definește remisiunea
66. Megacolonul toxic:
- A. Apare cu precădere în colita ulcerativă
  - B. Apare cu precădere în boala Crohn
  - C. Se manifestă clinic prin abdomen destins, rectoragii, hipertensiune, tahicardie
  - D. Se manifestă clinic prin abdomen destins, hipotensiune, tahicardie
  - E. Diagnosticul se stabilește prin CT sau Rx abdominal pe gol
67. \* Selectați modificarea endoscopică de la nivelul mucoasei, caracteristică bolii Crohn:
- A. Edem cu ștergerea desenului vascular

- B. Friabilitate, sângerare spontană la atingere
  - C. Ulcere profunde
  - D. Ulcerații pleomorfe
  - E. Eroziuni
68. Perforația intestinală:
- A. Apare ca o complicație a colitei ulcerative
  - B. Se manifestă prin sindrom de iritație peritoneală
  - C. Poate fi secundară unei stenoze
  - D. Poate fi secundară unei obstrucții intestinale
  - E. Nu se manifestă prin sindrom de iritație peritoneală
69. \*Selectați afirmația adevărată referitoare la complicațiile bolilor inflamatorii intestinale:
- A. Sunt doar intestinale
  - B. Sunt doar extraintestinale
  - C. Sunt intestinale și extraintestinale
  - D. Sunt întotdeauna chirurgicale
  - E. Includ sindromul de colon iritabil
70. În bolile inflamatorii intestinale pot apărea următoarele modificări ale analizelor biochimice:
- A. Poliglobulie
  - B. Anemie feriprivă
  - C. Proteina C reactivă crescută
  - D. Trombocitopenie
  - E. VSH crescut
71. \* Selectați modificarea biologică care poate apărea în bolile inflamatorii intestinale:
- A. Hiperpotasemie
  - B. Hipercalcemie
  - C. Deficit de vitamină B12
  - D. Hiperuricemie
  - E. Anticorpi antimitocondriali > 1/40
72. Următoarele modificări ale constantelor biologice pot fi întâlnite în bolile inflamatorii intestinale:
- A. Hipercalcemie
  - B. Hipomagnezemie
  - C. Hipoalbuminemie
  - D. Hipoproteinemie
  - E. Hiperpotasemie
73. Selectați anticorpii prezenți în bolile inflamatorii intestinale::
- A. Anticitoplasmă perinucleară a neutrofilelor, de tip IgG (pANCA)
  - B. Anti-Saccaromyces cerevisiae, de tip IgG și IgA (ASCA)
  - C. Anti- mitocondriali (AMA), de tip IgG
  - D. Anti-antigene bacteriene E. Coli, de tip IgA (OMPc)
  - E. Anti-nucleari (ANCA), de tip IgM
74. Este adevărat că endoscopia în bolile inflamatorii intestinale:
- A. Se efectuează numai în puseu
  - B. Se efectuează pentru diagnosticarea megacolonului toxic
  - C. Nu e necesară
  - D. Este contraindicată în puseu sever
  - E. Apreciază localizarea și extensia leziunilor
75. În bolile inflamatorii intestinale colonoscopia oferă următoarele informații:
- A. Stabilește diagnosticul prin aspect macroscopic și prelevare de biopsii
  - B. Evaluează stenozele de la nivelul intestinului subțire

- C. Apreciază rezultatele tratamentului
  - D. Evaluează fistulele perianale
  - E. Evaluează grosimea peretelui colonic
76. \*Selectați afirmația adevărată referitoare la leziunile mucoasei în colita ulcerativă:
- A. Sunt limitate la mucoasă
  - B. Sunt profunde
  - C. Pot apărea în orice segment al tubului digestiv
  - D. Sunt întotdeauna limitate la rect
  - E. Rectul este cruțat
77. Selectați modificările endoscopice de la nivelul mucoasei ce pot fi întâlnite în colita ulcerativă:
- A. Eritem
  - B. Friabilitate
  - C. Ulcere profunde
  - D. Aspect de piatră de pavaj
  - E. Pseudopolipi inflamatori
78. În colita ulcerativă se pot evidenția următoarele leziuni ale mucoasei la endoscopie:
- A. Sângerare la atingerea cu endoscopul
  - B. Fisuri
  - C. Edem
  - D. Ulcerații superficiale
  - E. Inflamția segmentară și neuniformă
79. În boala Crohn leziunile endoscopice sunt:
- A. Discontinue, cu zone de mucoasă normală între leziuni
  - B. Rectul este întotdeauna afectat
  - C. Ulcere profunde
  - D. Mucoasa ca „plânge sânge”
  - E. Pot apărea fistule
80. Despre capsula endoscopică, este adevărat că:
- A. Permite prelevarea de biopsii pentru diagnosticul de certitudine în boala Crohn
  - B. Este indicată pentru evaluarea stenozelor intestinale în boala Crohn
  - C. Evaluează leziunile intestinului subțire în cadrul colitei ulcerative
  - D. Are rol în evaluarea intestinului subțire în boala Crohn
  - E. Este contraindicată în evaluarea stenozelor intestinului subțire datorită riscului de impactare
81. \* Diagnosticul de megacolon toxic se stabilește prin:
- A. Colonoscopie
  - B. Ecografie abdominală cu rezoluție uzuală
  - C. Entero - rezonanță magnetică nucleară (RMN)
  - D. Irigografie
  - E. Radiografie abdominală simplă (pe gol)
82. În boala Crohn sunt indicate următoarele investigații:
- A. Entero - rezonanță magnetică nucleară (RMN)
  - B. Ecografia tubului digestiv
  - C. pH-metria intestinală
  - D. Ecoendoscopia
  - E. Endoscopia colangio-pancreatică retrogradă (ERCP)
83. În bolile inflamatorii intestinale pot apărea următoarele modificări macroscopice:
- A. Stenoze strânse în colita ulcerativă
  - B. Fistule în boala Crohn
  - C. Aspect de ”piatră de pavaj” în boala Crohn

- D. Ulcere profunde în colita ulcerativă
  - E. Stenoze de jejun în boala Crohn
84. Modificările microscopice în bolile inflamatorii intestinale sunt:
- A. Criptita și abcesele criptice- frecvente în boala Crohn
  - B. Granuloame- frecvente în boala Crohn
  - C. Localizate strict la nivelul mucoasă în boala Crohn
  - D. Transmurale în boala Crohn
  - E. Infiltratul inflamator
85. \* Diagnosticul colitei ulcerative se stabilește prin:
- A. Simptomatologie-scaune melenice
  - B. Simptomatologie-constipație și dureri abdominale
  - C. Endoscopie care evidențiază eritem, ulcerații superficiale
  - D. Histologie, care evidențiază granulom cazeos
  - E. Coprocultură pozitivă
86. Diagnosticul diferențial al colitei ulcerative se face cu:
- A. TBC intestinal
  - B. Colita infecțioasă
  - C. Ulcerul gastric
  - D. Colita ischemică
  - E. Parazitoze
87. În boala Crohn diagnosticul se stabilește prin:
- A. Prezența sindromului diareic
  - B. Determinarea markerilor tumorali
  - C. Endoscopic ulcerații profunde
  - D. Histologic criptite și abcese criptice
  - E. Examen coproparazitologic
88. Diagnosticul diferențial al bolii Crohn se face cu:
- A. Constipația cronică habituală
  - B. TBC intestinal
  - C. Apendicită
  - D. Limfomul intestinal
  - E. Colangiocarcinomul
89. Complicațiile colitei ulcerative sunt:
- A. Stenoze ale intestinului subțire cu ocluzie intestinală
  - B. Megacolonul toxic
  - C. Lambliază
  - D. Cancer colorectal
  - E. Anemie severă
90. Complicațiile bolii Crohn sunt:
- A. Perforație
  - B. Ocluzie
  - C. Necroze
  - D. Fistule, abcese
  - E. Varice rectale
91. Manifestările extraintestinale întâlnite în bolile inflamatorii intestinale sunt:
- A. Uveite, irite, episclerite
  - B. Spondilita anchilopoetică
  - C. Insuficiență cardiacă
  - D. Pancreatită
  - E. Colangita sclerozantă primitivă
92. Complicațiile intestinale ale bolilor inflamatorii intestinale sunt:



- A. Megacolonul toxic, mai frecvent în colita ulcerativă
  - B. Perforația
  - C. Stenozele
  - D. Cancerul de colon
  - E. Fistule biliare
93. În bolile inflamatorii intestinale pot apărea următoarele manifestări cutanate:
- A. Lichenul plan
  - B. Pioderma gangrenosum
  - C. Eritem nodos
  - D. Dermatita atopică
  - E. Dermatită seboreică
94. Complicații oculare ce apar în bolile inflamatorii intestinale sunt:
- A. Degenerescența maculară
  - B. Episclerita
  - C. Uveita
  - D. Iridociclita
  - E. Chalazionul
95. Comorbidații hepatobiliare posibile în bolile inflamatorii intestinale sunt:
- A. Ciroza biliara primitivă
  - B. Colangita sclerozantă primară
  - C. Hepatita autoimună
  - D. Adenomul hepatic
  - E. Oddita sclerozantă
96. Complicațiile osoase întâlnite în bolile inflamatorii intestinale sunt:
- A. Osteita
  - B. Osteosarcomul
  - C. Osteoporoza
  - D. Osteomalacia
  - E. Osteopenia
97. Complicațiile articulare întâlnite în bolile inflamatorii intestinale sunt:
- A. Artroze
  - B. Poliartrita nodoasă
  - C. Sacroileită
  - D. Spondilită
  - E. Spondiloză
98. Clasele de medicamente utilizate în bolile inflamatorii intestinale sunt:
- A. Aminosalicilați
  - B. Corticosteroizi
  - C. Inhibitori de pompă de protoni
  - D. Agenți biologici
  - E. Chimioterapie
99. Aminosalicilații în bolile inflamatorii intestinale:
- A. Se administrează în formele ușoare
  - B. Au efect antiinflamator
  - C. Nu sunt indicați în colita ulcerativă
  - D. Au efect imunosupresor
  - E. Mesalazina are cele mai puține efecte adverse
100. Corticosteroizii în bolile inflamatorii intestinale:
- A. Sunt indicați ca terapie de întreținere
  - B. Au efect antiinflamator
  - C. Exista formă fără efect sistemic-Budesonidul

- D. Se indică doar în puseu
  - E. Pot determina retenție hidrosalină, hipotensiune arterială și hipoglicemie
101. Imunosupresoarele în bolile inflamatorii intestinale:
- A. Sunt indicate în puseu
  - B. Au efect antineoplazic
  - C. Se utilizează în formele corticodependente sau corticorezistente ale colitei ulcerative
  - D. Se utilizează pentru menținerea remisiunii în boala Crohn
  - E. Inhibă factorul de necroză tumorală (TNF) alfa
102. Agenții biologici utilizați în bolile inflamatorii intestinale:
- A. Inhibă factorul de necroză tumorală (TNF) alfa
  - B. Sunt reprezentați de infliximab și adalimumab
  - C. Sunt reprezentați de ciclosporină și metotrexat
  - D. Se administrează în formele ușoare
  - E. Se administrează în formele fistulizante de boală Crohn
103. Este adevărat că agenții biologici în bolile inflamatorii intestinale:
- A. Sunt contraindicați în puseu
  - B. Sunt indicați în menținerea remisiunii
  - C. Sunt indicați în formele ușoare de boală Crohn
  - D. Sunt indicați în forme moderate de colită ulcerativă care nu a răspuns la tratamentul convențional
  - E. Pot determina reactivarea TBC
104. Tratamentul endoscopic în bolile inflamatorii intestinale constă în:
- A. Dilatări ale stenozelor
  - B. Stentări ale stenozelor
  - C. Polipectomii
  - D. Coagulare cu plasmă cu argon
  - E. Aplicare de hemoclipuri pe leziunile sângerânde
105. \* Tratament chirurgical de urgență în colita ulcerativă este indicat în :
- A. Formele refractare la tratament
  - B. Displazie
  - C. Polipii adenomatoși
  - D. Cancer colo-rectal
  - E. Perforație
106. \* Tratament chirurgical de urgență în boala Crohn este indicat în:
- A. Abcese abdominale
  - B. Stricturi fibrotice
  - C. Fistule intratabile
  - D. Cancer colonic
  - E. Lipsa răspunsului la tratament
107. \* Care dintre următoarele clase de medicamente se folosește în tratamentul bolilor inflamatorii intestinale necomplicate?
- A. Alfablocantele
  - B. Betablocantele
  - C. Imunosupresoarele
  - D. Antibioticele
  - E. Diureticele
108. \* Infliximab nu are indicație terapeutică în:
- A. Formele moderate de boală Crohn fără răspuns la tratamentul convențional
  - B. Formele de boală Crohn corticodependente sau corticorefractare
  - C. Forme fistulizante de boală Crohn

- D. Formele severe de boală Crohn fără răspuns la tratamentul convențional
  - E. Formele ușoare de boli intestinale inflamatorii, care răspund la tratamentul convențional
109. \* Remisiunea clinică a bolilor inflamatorii intestinale se apreciază prin:
- A. Dispariția ulceratiilor la examinarea endoscopică
  - B. Scorul de activitate Truelove-Witts
  - C. Absența infiltratului inflamator în lamina proprie
  - D. Absența febrei
  - E. Absența rectoragiei
110. \* Selectați afirmația adevărată referitoare la scorul Mayo 2 în boala inflamatorie a intestinului:
- A. Include doar elemente clinice
  - B. Include doar elemente endoscopice
  - C. Pentru rectoragia cu sânge pur se acordă 2 puncte
  - D. Un scor mai mic sau egal cu 2 semnifică inactivitate
  - E. Un scor de 5 semnifică formă moderată
111. Morfopatologic, ciroza hepatică este definită prin:
- A. Prezența corpiilor Mallory
  - B. Diminuarea severă a numărului de ducte biliare
  - C. Hiperplazie nodulară regenerativă fără fibroză
  - D. Diminuarea hepatocitelor funcționale
  - E. Fibroză hepatică difuză
112. Cele mai frecvente cauze de ciroză hepatică sunt reprezentate de:
- A. Consumul cronic de alcool
  - B. Hepatita cronică autoimună
  - C. Hemocromatoza
  - D. Hepatitele cronice cu virus B, C, D
  - E. Obstrucția biliară cronică
113. \* Selectați medicamentul sau agentul toxic ce poate fi implicat în etiopatogenia cirozei hepatice:
- A. Ciprofloxacina
  - B. Acid folic
  - C. Clorură de vinil
  - D. Acid salicilic
  - E. Acid clavulanic
114. Următoarele afirmații despre ciroza hepatică sunt adevărate:
- A. Cauzele autoimune includ hepatita cronică autoimună și ciroza biliară primitivă
  - B. Cirozele criptogene sunt foarte frecvente
  - C. Alcoolul reprezintă cea mai frecventă cauză de ciroză în statele dezvoltate
  - D. Steatohepatita non-alcoolică constituie probabil una din cauzele importante de ciroza hepatică
  - E. Morfopatologic este caracteristică hiperplazia nodulară regenerativă fără fibroză
115. Cauze rare ale cirozei hepatice sunt:
- A. Consumul cronic de alcool
  - B. Toxoplasmoza
  - C. Deficitul de lactază
  - D. Boala Waldenström
  - E. Giroza copilului indian
116. Clasificarea Child-Pugh în ciroza hepatică cuprinde următorii parametri:
- A. Numărul de trombocite

- B. Gradul varicelor esofagiene
  - C. Encefalopatia
  - D. Creatinina serică
  - E. Indicele de protrombină
117. Citoliza hepatică se referă la creșterea:
- A. Bilirubinei
  - B. Fosfatazei alcaline
  - C. ASAT
  - D. Viremiei
  - E. ALAT
118. Următoarele afirmații despre carcinomul hepatocelular sunt adevărate:
- A. Depistarea precoce se poate realiza prin monitorizare ecografică bianuală
  - B. Aproximativ 60% din carcinoamele hepatice survin pe o ciroză preexistentă
  - C. Este cea mai gravă complicație pe termen lung
  - D. Monitorizarea bianuală prin computer tomografie este necesară pentru depistare precoce
  - E. Alfa-fetoproteina nu are rol în monitorizarea pentru depistarea precoce
119. Următoarele afirmații privind patogeneza cirozei hepatice sunt adevărate:
- A. Dezvoltarea fibrozei hepatice difuze reprezintă elementul primordial în apariția cirozei
  - B. Depunerea de colagen din spațiul Disse are rol în alterarea schimburilor sânge-hepatocite
  - C. Fibroza se poate dezvolta doar sub formă de punți porto-portale
  - D. Nodulii de regenerare apar prin mecanism compensator
  - E. Citokinele sunt substanțe care pot stimula doar fibrogeneza
120. Elementele microscopice caracteristice cirozei hepatice sunt:
- A. Fibroza
  - B. Regenerarea nodulară
  - C. Dezorganizarea arhitecturii lobulare și vasculare
  - D. Steatoza
  - E. Corpții Mallory
121. \*Prezența anticorpilor antimitocondriali este caracteristică pentru:
- A. Ciroza hepatică de etiologie virală
  - B. Ciroza biliară primitivă
  - C. Ciroza hepatică alcoolică
  - D. Ciroza biliară secundară
  - E. Colangita sclerozantă
122. Evaluarea non-invazivă a fibrozei hepatice se poate efectua prin următoarele teste biochimice:
- A. APRI-AST, trombocite
  - B. Fibrotest
  - C. Fibroscan
  - D. APRI-GGT, trombocite, colesterol
  - E. Forns
123. Următoarele afirmații referitoare la ciroza hepatică sunt adevărate:
- A. Tulburările hemodinamice în ciroză se caracterizează prin vasoconstricție generalizată
  - B. Nodulii de regenerare sunt insule de hepatocite care și-au pierdut doar conexiunile vasculare normale
  - C. Hipertensiunea portală este elementul inițiator pentru apariția ascitei

- D. Vasodilatația intrahepatică se datorează dezechilibrului între substanțele vasodilatatoare și vasoconstrictoare la nivelul circulației intrahepatice
  - E. Vasodilatația generalizată conduce la hipotensiune arterială
124. \*Hipoalbuminemia din ciroza hepatică se explică prin:
- A. Proteinurie
  - B. Sindrom de malabsorbție
  - C. Hipermetabolism
  - D. Insuficiența sintezei hepatice
  - E. Gastropatie exudativă
125. Sunt contraindicații absolute pentru transplantul hepatic:
- A. Tromboza portală
  - B. Infecții active cu sepsis
  - C. Șunturile porto-cave
  - D. Boli cardiace avansate
  - E. Vârsta avansată
126. Ascita refractară poate fi definită astfel:
- A. Reaparitia ascitei sub tratament medicamentos la maxim 1 lună după evacuarea inițială
  - B. Ascita care nu răspunde la doze maxime de diuretice
  - C. Ascita care nu răspunde la doza maximă de spironolactonă- 400 mg/zi
  - D. Ascita de grad 2 sau 3 care nu se poate reduce la ascită de gradul 1
  - E. Ascită neutrocitară cu citologie pozitivă și culturi negative
127. \*Care este sursa cea mai frecventă de hemoragie digestivă superioară în cazul pacienților cu ciroză hepatică?
- A. Teleangiectazii antrale
  - B. Leziune Dieulafoy
  - C. Varice esofagiene și gastrice
  - D. Gastropatia portal-hipertensivă
  - E. Leziune Mallory-Weiss
128. Tabloul clinic al pacientului cu hemoragie digestivă superioară prin efracție variceală poate include:
- A. Tulburare de evacuare gastrică
  - B. Rectoragie
  - C. Hematochezie
  - D. Hematemeză și melenă
  - E. Vărsături în „zaț de cafea”
129. \*Eficacitatea tratamentului diuretic la pacienții fără edeme se apreciază prin scăderea ponderală de maxim:
- A. 1 kg zilnic
  - B. 0,5 kg zilnic
  - C. 0,25 kg zilnic
  - D. 1,25 kg zilnic
  - E. 0,3 kg zilnic
130. Următorii parametri sunt necesari pentru calcularea scorului MELD (Model End-stage Liver Disease):
- A. Creatinină serică
  - B. Albumină serică
  - C. Bilirubină serică
  - D. INR
  - E. Na urinar
131. Pentru cuantificarea prognosticului pacienților cu ciroză hepatică se pot utiliza:

- A. Scorul CHILD- PUGH
  - B. Scorul ARPI
  - C. Scorul MELD
  - D. Scorul APACHE- pentru cei internați în unități de terapie intensivă
  - E. Scorul FORNS
132. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la ciroza hepatică de etiologie virală:
- A. Nivelul aminotransferazelor se corelează cu activitatea bolii
  - B. Rata apariției cirozei hepatice în infecția cu virus B este condiționată de gradul de activitate
  - C. Clearance-ul antigenului HBs se poate nota spontan (rar) sau sub tratament
  - D. Cirroza este cel mai frecvent macronodulară
  - E. În infecția cu virus B, formele Hbe pozitive au o evoluție lentă
133. Diabetul zaharat se asociază în 6-25% din cazurile de ciroză, în special în cazurile determinate de:
- A. Alcool
  - B. Hemocromatoză
  - C. Hepatita C
  - D. Hepatita D
  - E. Sindromul Budd- Chiari
134. Parametrii biologici care indică insuficiența hepatică sunt:
- A. Creșterea amino-transferazelor
  - B. Hipoalbuminemie
  - C. Scăderea indicelui de protrombină
  - D. Creșterea fosfatazei alcaline
  - E. Fibrogen seric scăzut
135. Imunoelectroforeza poate evidenția:
- A. Creșterea IgM în cirozele hepatice alcoolice
  - B. Creșterea IgA în cirozele hepatice virale
  - C. Creșterea IgA în cirozele hepatice alcoolice
  - D. Creșterea IgM în ciroza biliară primitivă
  - E. Creșterea IgG în cirozele hepatice virale
136. Modificările ecografice sugestive pentru diagnosticul de ciroză hepatică sunt:
- A. Conturul hepatic neregulat, structura hepatică neomogenă
  - B. Prezența ascitei
  - C. Steatoza hepatică
  - D. Dilatarea căilor biliare intrahepatice
  - E. Splenomegalia
137. Selectați afirmațiile adevărate în ciroza hepatică:
- A. Biopsia hepatică este necesară pentru confirmarea diagnosticului de ciroză
  - B. Semnele de hipertensiune portală pot fi evidențiate prin endoscopie digestivă superioară
  - C. Insuficiența hepatică severă se poate asocia cu hipoglicemie
  - D. Diagnosticul de peritonită bacteriană spontană impune tratamentul antibiotic
  - E. Determinarea ARN-VHB poate fi utilă pentru inițierea terapiei antivirale
138. Tabloul clinic al unui pacient cu ciroză hepatică compensată poate cuprinde:
- A. Icter
  - B. Ascită
  - C. Steluțe vasculare
  - D. Astenie fizică
  - E. Manifestări hemoragice minore
139. Hipertensiunea portală se manifestă prin:

- A. Icter
  - B. Scădere ponderală
  - C. Splenomegalie congestivă
  - D. Circulație venoasă colaterală internă și externă
  - E. Hipertensiune arterială
140. \*Tabloul biologic în ciroza biliară primitivă poate evidenția:
- A. Hiperbilirubinemie neconjugată
  - B. Prezența anticorpilor antimitocondriali
  - C. Hipo-gama-globulinemie
  - D. Creșterea IgA
  - E. Hipocolesterolemie
141. Ciroza biliară primitivă se poate asocia cu următoarele afecțiuni extrahepatice:
- A. Glomerulonefrită cu depozite mezangiale de IgA
  - B. Pielonefrită cronică
  - C. Sindromul SICCA
  - D. Colita ulcerativă
  - E. Tiroidita autoimună
142. Care sunt semnele și simptomele în ciroza biliară primitivă?
- A. Prurit
  - B. Icter
  - C. Dispnee
  - D. Xantoamele cutanate
  - E. Depigmentare cutanată predominant la degete
143. Următoarele afirmații despre ciroza biliară secundară sunt adevărate:
- A. Poate apărea în evoluția obstrucțiilor biliare cronice de cauză intrahepatică sau extrahepatică
  - B. Colangita sclerozantă este o cauză importantă de colestază intrahepatică și de ciroză biliară
  - C. Tabloul clinic asociază colestază și deficiențe ale vitaminelor hidrosolubile
  - D. Stadiile avansate beneficiază de transplant hepatic
  - E. Singurul tratament este acidul ursodeoxicolic
144. Diagnosticul de boală Wilson se confirmă prin:
- A. Creșterea coeficientului de saturare a tranferinei
  - B. Scăderea ceruloplasminei serice
  - C. Creșterea ceruloplasminei serice
  - D. Creșterea cuprului hepatic peste 250 g/g țesut uscat
  - E. Nivelul crescut al sideremiei
145. Peritonita bacteriană spontană reprezintă:
- A. Infecție polimicrobiană a lichidului pleural
  - B. Infecția de regulă monomicrobiană a lichidului de ascită
  - C. Suprainfecția ascitei datorită colonizării cu germeni intestinali
  - D. Permeația bacteriană a lichidului de ascită cu Clostridium difficile
  - E. Ascită în tensiune
146. Selectați afirmații adevărate despre evoluția și prognosticul cirozei hepatice:
- A. Prognosticul nu este influențat de icterul persistent sau ascită refractară
  - B. Etiologia cirozei nu condiționează prognosticul
  - C. Regresia leziunilor hepatice și a fibrozei avansate este posibilă prin tratament etiologic
  - D. Gradul insuficienței hepatocelulare este principalul factor prognostic
  - E. Ciroza alcoolică poate avea un prognostic mai bun în condițiile abstenenței
147. \*Tratamentul de elecție în peritonita bacteriană spontană se face cu:

- A. Augmentin
  - B. Aminoglicozide
  - C. Imipenem
  - D. Cefalosporine de generația a III-a
  - E. Oxichinolone
148. Complicațiile care apar în ciroza hepatică sunt:
- A. Hemoragia digestivă superioară
  - B. Ascita neoplazică
  - C. Encefalopatia hepatică
  - D. Sindromul hepato-renal
  - E. Sindromul pseudobulbar
149. \*Care dintre următoarele semne clinice reprezintă semn de hipertensiune portală?
- A. Steluțe vasculare
  - B. Eritroza palmară
  - C. Icter tegumentar
  - D. Pete albe la nivelul brațelor
  - E. Circulație colaterală venoasă externă, periombilical sau pe flancurile abdomenului
150. \*Care dintre următoarele modificări sugerează sindromul hepatopulmonar din ciroza hepatică?
- A. Anemie
  - B. Gradient alveolo-arterial crescut
  - C. Gradient alveolo-arterial scăzut
  - D. Nu influențează prognosticul post-transplant hepatic
  - E. Nu este reversibil post-transplant hepatic
151. Tratamentul ascitei presupune:
- A. Administrare de blocante ale canalelor de calciu
  - B. Repaus la pat
  - C. Restricție sodată
  - D. Asocierea de diuretice antialdosteronice de tipul furosemidului cu diuretice de ansă
  - E. Administrarea de diuretice
152. \*Profilaxia secundară a hemoragiei digestive superioare din varicele esofagiene se realizează prin:
- A. TIPS
  - B. Transplant hepatic
  - C. Sonda Blakemore
  - D. Beta-blocante adrenergice
  - E. Hemostază endoscopică
153. Conform clasificării West-Haven, encefalopatia hepatică se clasifică în 4 grade, astfel:
- A. Gradul I – asterixis, modificări de dispoziție și comportament
  - B. Gradul II – asterixis, bradilalie, somnolență, semnul roșii dințate
  - C. Gradul III- asterixis, confuzie marcată, hipertonie, hiperreflexie
  - D. Gradul IV – comă, asterixis dispărut, hipotonie musculară
  - E. Gradul III – asterixis, confuzie marcată, hipotonie, hiporeflexie
154. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la peritonita bacteriană spontană:
- A. În lichidul de ascită se evidențiază polimorfonucleare neutrofile (PMN) > 250/mm<sup>3</sup>
  - B. În lichidul de ascită se evidențiază polimorfonucleare neutrofile (PMN) < 250/mm<sup>3</sup>
  - C. Infecția este de regulă polimicrobiană



- D. Forma cu citologie pozitivă, dar cu culturi negative, se numește ascită neutrocitară
  - E. Ascita neutrocitară nu necesită tratament antibiotic
155. Contraindicațiile relative ale transplantului hepatic sunt:
- A. Vârsta avansată
  - B. Infecții active cu sepsis
  - C. Șunturile porto-cave
  - D. Boli pulmonare avansate
  - E. Tromboza portală
156. Un pacient cu ciroză hepatică poate prezenta următoarele modificări cutaneo-mucoase:
- A. Steluțe vasculare
  - B. Eritem palmar
  - C. Ginecomastie
  - D. Foetor hepatic
  - E. Icter
157. Hemocromatoza reprezintă:
- A. Acumularea în exces a cuprului în organism
  - B. O afecțiune autozomal dominantă
  - C. Acumularea în exces a fierului în organism
  - D. O afecțiune autozomal recesivă în forma genetică
  - E. O cauză frecventă de ciroză hepatică
158. Simptomele și semnele clinice de encefalopatie hepatică includ:
- A. Hipertonie în comă
  - B. Asterixis
  - C. Insomnie
  - D. Inversarea ritm, somn, veghe
  - E. Obnubilarea
159. Următoarele afirmații referitoare la ciroza hepatică sunt adevărate:
- A. Hemoragia din varicele eso-gastrice reprezintă o complicație gravă
  - B. Amoniacul intervine în patogeneza encefalopatiei hepatice
  - C. Encefalopatia hepatică este agravată în cazul șunturilor porto-cave
  - D. La pacienții cirofici intervențiile chirurgicale pot determina apariția ascitei
  - E. Stratificarea pacienților pe listele de transplant se face prin scorul Child-Pugh
160. Endoscopia digestivă superioară poate evidenția următoarele semne de hipertensiune portală:
- A. Gastropatia portal-hipertensivă
  - B. Leziune Dieulafoy
  - C. Varice gastrice
  - D. Ulcere gastrice Forrest IIIIC multiple
  - E. Varice esofagiene
161. Modificările hematologice care pot apărea la pacienții cirofici sunt:
- A. Hipoalbuminemia
  - B. Anemia
  - C. Trombocitopenia
  - D. Neutrofilia
  - E. Leucopenia
162. Sindromul hepato-renal se definește prin:
- A. Creatinină serică peste 2 mg/dl
  - B. Creatinină serică peste 3 mg/dl
  - C. Absența șocului

- D. Lipsa îmbunătățirii funcției renale după oprirea diureticelor
  - E. Absența unei boli renale de fond
163. \*Sindromul hepato-renal tip II se caracterizează prin:
- A. Creșterea rapidă a creatininei serice peste 2,5 mg/dl
  - B. Faptul că poate evolua în timp înspre sindrom hepato-renal tip I
  - C. Șoc hipovolemic
  - D. Disurie
  - E. Proteinurie peste 0,5 g/zi
164. \* Sindromul hepato-renal din ciroza hepatică apartine datorită:
- A. Hipertensiunii arteriale secundare
  - B. Proteinuriei peste 0,5 g/zi
  - C. Hemoragiei digestive superioare
  - D. Scăderii fluxului plasmatic renal
  - E. Redistribuției fluxului plasmatic renal dinspre medulară spre corticală
165. Sindromul hepato-renal poate să apară la pacienții cu:
- A. Boli hepatice cronice
  - B. Glomerulonefrite rapid progresive
  - C. Insuficiență hepatică severă
  - D. Hipoalbuminemie
  - E. Insuficiență renală cronică
166. \*Aspectul histologic renal la pacienții cu sindrom hepato-renal indică:
- A. Aspect normal
  - B. Proliferarea membranelor hialine
  - C. Infiltrat limfo plasmocitar
  - D. Proliferarea celulelor mezangiale
  - E. Proliferare extracapilară
167. Patogeneza sindromului hepato-renal implica:
- A. Vasoconstricție splanhnică
  - B. Hipertensiune arterială
  - C. Vasodilatație splanhnică
  - D. Hipotensiune arterială
  - E. Activarea sistemului nervos parasimpatic
168. Care sunt mediatorii vasoactivi ce intervin în sindromul hepatorenal?
- A. Endotelina 1
  - B. Tromboxanul A2
  - C. Endorfinele
  - D. Noradrenalina
  - E. Cisteinil-leucotriene
169. \*Cel mai important factor de risc pentru apariția sindromului hepato-renal este:
- A. Vârsta
  - B. Insuficiența cardiacă
  - C. Infecția
  - D. Hipoalbuminemia
  - E. Acidoza metabolică
170. \*Administrarea intravenoasă de albumină în sindromul hepatorenal se face:
- A. 0,5 g/kg în prima zi
  - B. 0,5 g/kg în prima zi urmat de 40 g/zi
  - C. 1 g/kg în prima zi urmat de 40 de g/zi
  - D. 2g/kg în prima zi urmat de 40 g/zi
  - E. Bolus de 1-2 mg la 4-6 ore



## Răspunsuri Gastroenterologie și Hepatologie

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

- 142. A,B,D
- 143. A,B,D
- 144. B,D
- 145. B,C
- 146. D,E
- 147. D
- 148. A,C,D
- 149. E
- 150. B
- 151. B,C,E
- 152. D
- 153. B,C,D
- 154. A,D
- 155. A,C,E
- 156. A,B,E
- 157. C,D
- 158. B,D,E
- 159. A,B,C,D
- 160. A,C,E
- 161. B,C,E
- 162. C,D,E
- 163. B
- 164. D
- 165. A,C
- 166. A
- 167. C,D
- 168. A,B,E
- 169. C
- 170. C

## Diabetul Zaharat

- \* Valoarea prag a glicemiei a jeun pentru diagnosticul pozitiv al diabetului zaharat este:
  - 140 mg/dl
  - 180 mg/dl
  - 110 mg/dl
  - 126 mg/dl
  - 130 mg/dl
- Dintre simptomele clinice ale diabetului zaharat fac parte:
  - Poliuria
  - Polifagia
  - Creșterea în greutate
  - Polidipsia
  - Cefaleea
- Prediabetul se poate caracteriza prin:
  - Glicemie à jeun de 110-125 mg/dl
  - Glicemie à jeun de peste 200 mg/dl
  - Glicemie la 2 ore după încărcarea cu 75 g glucoză de 140-199 mg/dl
  - HbA1c de peste 6,5%
  - Glicemie à jeun de 92-100 mg/dl
- Diabetul gestațional, diagnosticat după săptămâna 24 de sarcină, se definește prin următoarele valori ale glicemiilor:
  - Glicemie à jeun mai mare sau egală cu 92 mg/dl
  - Glicemie à jeun mai mare sau egală cu 126 mg/dl
  - Glicemie la 1 oră în cursul TTGO mai mare sau egală cu 180 mg/dl
  - Glicemie la 2 ore în cursul TTGO mai mare sau egală cu 153 mg/dl
  - Glicemie la 2 ore în cursul TTGO mai mare sau egală cu 200 mg/dl
- Care dintre următoarele afirmații referitoare la diabetul zaharat tip 1 sunt adevărate?
  - S-a numit anterior diabet zaharat insulinodependent
  - Se caracterizează prin insulinorezistență
  - Reprezintă peste 90% dintre cazurile de diabet zaharat
  - În majoritatea cazurilor, apare din cauza distrugerii celulelor beta prin mecanism autoimun
  - Se asociază cu sistemul HLA DQA
- Anticorpii care apar mai frecvent la pacienții cu diabet zaharat tip 1 sunt:
  - Anticorpi anti-insulină
  - Anticorpi anti ADN dublu catenar
  - Anticorpi anti-celule beta
  - Anticorpi antinucleari
  - Anticorpi anti-GAD
- Care dintre următoarele afirmații privind diabetul zaharat tip 2 sunt adevărate?
  - Reprezintă 5-10% din totalul pacienților cu diabet zaharat
  - Apare prin alterarea progresivă a secreției de insulină, pe un fond de insulinorezistență
  - Prezintă anticorpi anti-celule beta
  - Este tipic pentru persoanele supraponderale și obeze
  - În general, pacienții au istoric familial pozitiv pentru diabet zaharat tip 2
- Care dintre următoarele afirmații privind diabetul tip LADA (Diabet Autoimun Latent al Adultului) sunt adevărate?

- A. Reprezintă aproximativ 40% dintre cazurile de diabet zaharat tip 2
  - B. Apare la pacienți diagnosticați cu diabet zaharat la vârsta de 30-40 de ani
  - C. Majoritatea pacienților au greutate normală
  - D. Pacienții prezintă anticorpi anti-GAD și/sau anticelule insulare
  - E. Este asociat cu boli ale pancreasului exocrin
9. \* Intervalul de timp după naștere la care se recomandă a se efectua hiperglicemia provocată cu 75 g glucoză, la femeile care au prezentat diabet zaharat gestațional este de:
- A. 4-5 săptămâni
  - B. 2-3 săptămâni
  - C. 24-28 săptămâni
  - D. 12-16 săptămâni
  - E. 6-12 săptămâni
10. Cetoacidoza diabetică se caracterizează prin:
- A. Creșterea producției de corpi cetonici
  - B. Apariția, de regulă, la pacienți vârstnici cu diabet zaharat tip 2
  - C. Deficit major de insulină
  - D. Acumularea de acid lactic în sânge
  - E. Intensificarea proceselor de lipoliză
11. Circumstanțe favorizante ale cetoacidozei diabetice sunt:
- A. Alterarea senzației de sete
  - B. Întreruperea administrării de insulină exogenă
  - C. Creșterea necesarului de insulină
  - D. Infarctul miocardic acut
  - E. Injectarea unei doze prea mari de insulină
12. Constelația metabolică a cetoacidozei diabetice este caracterizată prin:
- A. Hiperglicemie
  - B. Creșterea lactatului seric peste 5 mEq/l
  - C. Deshidratare de intensitate variabilă
  - D. Alterarea homeostaziei electroliților plasmatici
  - E. Creșterea bilirubinei totale serice
13. Perioada de stare a cetoacidozei diabetice se caracterizează prin:
- A. Hipotonie musculară
  - B. Polipnee, cu respirație Kussmaul
  - C. Deshidratare
  - D. Comă profundă
  - E. Transpirații reci
14. \* Cetoacidoza diabetică severă (coma) se definește printr-o valoare a pH-ului sanguin de:
- A. Sub 7,2
  - B. Peste 7,4
  - C. Sub 7,2
  - D. Peste 7,5
  - E. Sub 7,5
15. Tratamentul cetoacidozei diabetice cuprinde:
- A. Administrarea de glucoză 33%
  - B. Combaterea hiperglicemiei, prin administrare de insulină rapidă
  - C. Echilibrarea hidroelectrolitică
  - D. Combaterea acidozei
  - E. Administrarea de glucagon intramuscular
16. Coma hiperosmolară diabetică se caracterizează prin:

- A. Acidoză metabolică
  - B. Hiperglicemie severă
  - C. Hiperosmolaritate plasmatică
  - D. Prezența corpiilor cetonici
  - E. Mortalitate ridicată
17. Factori favorizanți ai comei hiperosmolare diabetice sunt:
- A. Administrarea unor doze prea mari de insulină
  - B. Efort fizic intens
  - C. Creșterea necesarului de insulină
  - D. Scăderea consumului periferic de glucoză în anestezie
  - E. Pierderi lichidiene
18. \* Valoarea osmolarității plasmatică care definește coma hiperosmolară diabetică este de peste:
- A. 320 mosm/l
  - B. 330 mOsm/l
  - C. 340 mOsm/l
  - D. 350 mOsm/l
  - E. 360 mOsm/l
19. Tratamentul comei hiperosmolare diabetice cuprinde:
- A. Combaterea hiperglicemiei
  - B. Reechilibrarea hidroelectrolitică
  - C. Combaterea acidozei
  - D. Tratamentul asociat al factorilor precipitanți
  - E. Administrarea de corticoterapie
20. \* Valoarea lactatului seric care definește acidoza lactică este de peste:
- A. 10 mEq/l
  - B. 2 mEq/l
  - C. 7,1 mEq/l
  - D. 5 mEq/l
  - E. 20 mEq/l
21. Acidoza lactică se caracterizează prin:
- A. Astenie musculară
  - B. Dureri abdominale difuze
  - C. Senzație intensă de sete
  - D. Diaree
  - E. Respirație Kussmaul
22. Din punct de vedere biologic, în acidoza lactică se observă:
- A. Scăderea rezervei alcaline sub 35 mEq/l
  - B. Deficit anionic de peste 20 mEq/l
  - C. pH sub 7,1
  - D. Osmolaritate peste 380 mOsm/l
  - E. Lactacidemie peste 5 mEq/l
23. \* Hipoglicemia se definește prin scăderea glicemiei sub valoarea de.
- A. 100 mg/dl
  - B. 126 mg/dl
  - C. 110 mg/dl
  - D. 80 mg/dl
  - E. 70 mg/dl
24. Dintre factorii precipitanți ai hipoglicemiilor fac parte:
- A. Sistarea insulinoterapiei
  - B. Lipsa sau insuficiența aportului hidraților de carbon



- C. Consum energetic crescut
  - D. Alterarea senzației de sete
  - E. Infarctul miocardic acut
25. Tabloul clinic al hipoglicemiilor cuprinde:
- A. Tahicardie
  - B. Polidipsie
  - C. Transpirații
  - D. Iritabilitate
  - E. Oligoanurie
26. Tratamentul hipoglicemiilor constă din:
- A. Administrare de insulină rapidă
  - B. Reechilibrare acidobazică
  - C. Administrare de glucagon 1 mg
  - D. Administrare de glucoză 33% i.v.
  - E. Reechilibrare hidroelectrolitică
27. Dintre semnele neuroglicopenice ale hipoglicemiilor fac parte:
- A. Paloarea
  - B. Somnolența
  - C. Foamea
  - D. Midriaza
  - E. Nervozitatea
28. \* Valoarea prag a glicemiei recoltate în orice moment al zilei la un subiect simptomatic, care definește diabetul zaharat, este de:
- A. 126 mg/dl
  - B. 130 mg/dl
  - C. 180 mg/dl
  - D. 200 mg/dl
  - E. 230 mg/dl
29. Diabetul zaharat de tip MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) se caracterizează prin:
- A. Un defect genetic al funcției beta-celulare
  - B. Debut, în general, după vârsta de 60 de ani
  - C. Transmitere autosomal dominantă
  - D. Insulinorezistență marcată
  - E. Prezența de anticorpi anti-celule insulare
30. \* Valoarea prag a glicemiei la 2 ore de la încărcarea cu glucoză (TTGO), care definește diabetul zaharat este de:
- A. 140 mg/dl
  - B. 200 mg/dl
  - C. 126 mg/dl
  - D. 70 mg/dl
  - E. 214 mg/dl
31. Care dintre următorii factori sunt implicați în apariția complicațiilor cronice ale diabetului zaharat?
- A. Hiperuricemia
  - B. Hipertensiunea arterială
  - C. Diselectrolitemia
  - D. Activarea proteinkinazei C
  - E. Modificările lipidice
32. Care dintre următoarele localizări ale microangiopatiei diabetice produc manifestări clinice?

- A. Cutanată
  - B. Retiniană
  - C. În glomerulul renal
  - D. Coronariană
  - E. La nivelul nervilor
33. \* În care stadiu al nefropatiei diabetice (conform clasificării Mogensen) apare îngroșarea membranei bazale glomerulare și expansiunea mezangiului?
- A. Stadiul I
  - B. Stadiul II
  - C. Stadiul III
  - D. Stadiul IV
  - E. Stadiul V
34. \* Care dintre următoarele manifestări este întâlnită în stadiul IV al nefropatiei diabetice (conform clasificării Mogensen)?
- A. Microalbuminurie persistentă (20-200  $\mu\text{g}/\text{min}$ )
  - B. Scleroză glomerulară severă și hipertrofie a nefronilor restanți
  - C. Uree urinară sub 10 g/zi
  - D. Tensiune arterială încă normală
  - E. Proteinurie în scădere
35. Care dintre următoarele intervenții reprezintă principii ale tratamentului pacientului cu nefropatie diabetică?
- A. Restricția consumului de zarzavaturi proaspete
  - B. Administrarea de benfotiamină
  - C. Dietă hipoproteică (0,6-0,8 g/kg/zi) atunci când apare albuminuria
  - D. Echilibrare glicemică
  - E. Tratament antibiotic continuu în vederea prevenirii infecțiilor urinare
36. Care dintre următoarele elemente stau la baza diagramei elaborate de KDIGO pentru prognosticul bolii cronice de rinichi la pacientul cu diabet zaharat?
- A. Rata filtrării glomerulare estimate (eRFG)
  - B. Raportul albumină/creatinină
  - C. Hemoglobina A<sub>1c</sub>
  - D. Riscul SCORE
  - E. Valoarea tensiunii arteriale
37. Este adevărat că retinopatia diabetică:
- A. Este o complicație macroangiopată a diabetului zaharat
  - B. Apare la ambii ochi
  - C. Apare doar la un ochi
  - D. Leziunile sunt diferite ca gravitate la cei doi ochi
  - E. Este frecvent întâlnită după 20-30 de ani de evoluție a diabetului zaharat
38. Care dintre următoarele tipuri de leziuni sunt întâlnite în retinopatia diabetică neproliferativă?
- A. Microanevrisme
  - B. Exsudate
  - C. Neovase
  - D. Hemoragie in vitros
  - E. Dezlipire de retină
39. \* Care dintre următoarele tipuri de retinopatie diabetică apare prin ocluzia capilarelor maculare?
- A. Retinopatia diabetică neproliferativă
  - B. Retinopatia diabetică preproliferativă
  - C. Retinopatia diabetică proliferativă

- D. Maculopatia edematoasă
  - E. Maculopatia ischemică
40. Care dintre următoarele metode pot fi folosite în diagnosticul retinopatiei diabetice?
- A. Măsurarea tensiunii arteriale centrale a retinei
  - B. Angiografia cu fluoresceină
  - C. Ecografia cu substanță de contrast
  - D. Electroretinograma
  - E. Electrocardiograma
41. Care dintre următoarele metode de tratament pot fi folosite în retinopatia diabetică?
- A. Tratamentul laser
  - B. Tratamentul cu benfotiamină
  - C. Vitrectomia
  - D. Injecțiile în vitros cu anti-factor de creștere vasculară (în neovase)
  - E. Tratamentul cu acid tiotic
42. Care dintre următoarele manifestări clinice pot fi întâlnite în neuropatia autonomă cardiovasculară?
- A. Hipertensiunea arterială
  - B. Hipotensiunea arterială ortostatică
  - C. Varicele hidrostatice
  - D. Unele aritmii
  - E. Moartea subită
43. \* Mediocalcoza Mönckeberg reprezintă o formă a:
- A. Nefropatiei diabetice
  - B. Retinopatiei diabetice
  - C. Neuropatiei diabetice
  - D. Macroangiopatiei diabetice
  - E. Leziunilor hepatice din diabetul zaharat
44. \* În care stadiu al arteriopatiei membrelor inferioare apare claudicația intermitentă?
- A. 0
  - B. I
  - C. II
  - D. III
  - E. IV
45. Care dintre următoarele manifestări clinice caracterizează gangrena diabetică neuropată?
- A. Absența pulsului arterial
  - B. Temperatura scăzută a tegumentelor
  - C. Hipoestezia tactilă, termică, dureroasă și vibratorie
  - D. Lipsa deformărilor osoase
  - E. Abolirea reflexelor osteo-tendinoase (ROT)
46. Care dintre următoarele manifestări clinice caracterizează gangrena diabetică arteriopată?
- A. Leziuni intens dureroase
  - B. Temperatură scăzută a tegumentelor
  - C. Deformări artrozice ale degetelor picioarelor
  - D. Prezența pulsului arterial
  - E. Reflexe osteotendinoase normale
47. Care dintre următoarele caracteristici se întâlnesc în piciorul Charcot?
- A. Scurtarea piciorului
  - B. Absența pulsului arterial
  - C. Prăbușirea bolții plantare

- D. Prezența ulcerelor trofice
  - E. Claudicația intermitentă
48. Care dintre următoarele măsuri se recomandă pacientului cu diabet zaharat în vederea optimizării stilului de viață?
- A. Evitarea eforturilor fizice
  - B. Abandonarea fumatului
  - C. Reducerea ingestiei de sare
  - D. Scăderea consumului de alcool
  - E. Renunțarea la somnul de după-amiază
49. Care dintre următoarele afirmații privind recomandările nutriționale sunt adevărate în cazul pacientului cu diabet zaharat?
- A. Aportul de hidrați de carbon acoperă 40-50% din necesarul caloric
  - B. Aportul de hidrați de carbon acoperă 50-55% din necesarul caloric
  - C. Aportul de proteine acoperă 25-30% din necesarul caloric
  - D. Aportul de proteine acoperă 50-55% din necesarul caloric
  - E. Aportul de lipide acoperă 25-30% din necesarul caloric
50. \* Prima opțiune terapeutică medicamentoasă la pacientul cu diabet zaharat tip 2 este reprezentată de:
- A. Metformin
  - B. Sulfonilureice
  - C. Meglitinide
  - D. Tiazolidindione
  - E. Incretinmimetice
51. Metforminul acționează prin:
- A. Stimularea eliberării de insulină din celulele beta pancreatice
  - B. Reducerea insulinorezistenței periferice
  - C. Reducerea producției hepatice de glucoză
  - D. Reducerea lipotoxicității
  - E. Creșterea absorbției glucidelor în enterocit
52. Care dintre următoarele substanțe aparțin clasei sulfonilureicelor?
- A. Metformin
  - B. Gliclazid
  - C. Glimepirid
  - D. Acarboză
  - E. Sitagliptin
53. Sulfonilureicele își exercită efectul de scădere a glicemiei prin:
- A. Creșterea secreției de insulină
  - B. Reducerea absorbției glucidelor în enterocit
  - C. Creșterea sensibilității periferice la insulină
  - D. Creșterea eliminării urinare a glucozei
  - E. Reducerea producției hepatice de glucoză
54. Pioglitazona acționează prin ameliorarea sensibilității la insulină în:
- A. Rinichi
  - B. Ficat
  - C. Plămân
  - D. Țesutul adipos
  - E. Țesutul muscular
55. Care dintre următoarele afirmații privind inhibitorii alfa-glucozidazei sunt adevărate?
- A. Reduc rezistența la insulină în țesutul muscular
  - B. Reduc scindarea oligozaharidelor la nivelul enterocitului
  - C. Stimulează eliberarea de insulină din celulele beta pancreatice

- D. Scad glicemia postprandială
  - E. Stimulează eliminarea urinară a glucozei
56. În care dintre următoarele situații insulinoterapia este obligatorie?
- A. Diabet zaharat tip 1
  - B. Diabet zaharat tip 2 și obezitate morbidă
  - C. Diabet zaharat tip 2, la un pacient care lucrează ca șofer profesionist
  - D. Diabet zaharat gestațional
  - E. Cetoacidoză diabetică
57. Care dintre următoarele insuline sunt prandiale?
- A. Glargine
  - B. Detemir
  - C. Analogi de insulină cu acțiune rapidă
  - D. Insuline cu durată scurtă de acțiune
  - E. Insuline premixate umane
58. Care sunt avantajele analogilor rapizi de insulină, în comparație cu insulina prandială umană?
- A. Flexibilitate mai mare a tratamentului
  - B. Risc mai mic de hiperglicemie postprandială precoce
  - C. Risc mai mic de hipoglicemie postprandială tardivă
  - D. Risc mai mic de hiperglicemie matinală
  - E. Posibilitatea administrării pe cale orală
59. \* Următoarele manifestări clinice pot surveni ca o complicație a tratamentului insulinic, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- A. Lipodistrofia
  - B. Abcese la locul injectării
  - C. Hipoglicemia
  - D. Alergia
  - E. Scăderea în greutate
60. Care dintre următoarele regimuri de insulinoterapie sunt considerate intensive?
- A. Terapia bazal-bolus
  - B. Terapia cu analog de insulină cu acțiune prelungită, ce se injectează la culcare
  - C. Perfuzia subcutanată continuă a insulinei
  - D. Terapia cu insulină cu durată intermediară (NPH) administrată de două ori pe zi
  - E. Terapia cu insuline premixate administrate de două ori pe zi

## Răspunsuri Diabet Zaharat

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

## Hematologie-Oncologie

1. Care dintre următoarele afirmații despre leucemia limfocitară cronică sunt adevărate?
  - A. Este o afecțiune benignă
  - B. Este o boală monoclonală a țesutului limfatic
  - C. Se caracterizează prin proliferarea malignă și acumularea unei clone de limfocite mici, morfologic aparent mature, dar incompetente imunologic
  - D. Este o boală malignă a celulei stem hematopoietice pluripotente
  - E. Se caracterizează prin proliferarea importantă predominant a seriei granulocitare în toate stadiile de maturare și prezența cromozomului Philadelphia
2. \* În leucemia limfocitară cronică, în majoritatea cazurilor (peste 95%), proliferarea interesează:
  - A. Plasmocitele
  - B. Granulocitele
  - C. Trombocitele
  - D. Limfocitele B
  - E. Limfocitele T
3. Care dintre următoarele afirmații despre leucemia limfocitară cronică sunt adevărate?
  - A. Este cea mai rară formă de leucemie
  - B. Este cea mai frecventă formă de leucemie
  - C. Este mai frecventă la tineri sub 30 de ani
  - D. Este mai frecventă după vârsta de 50 de ani
  - E. Este mai frecventă la bărbați
4. Care dintre următoarele afirmații în legătură cu patogeniza leucemiei limfocitare cronice sunt adevărate?
  - A. Celulele maligne au o durată de supraviețuire mult prelungită
  - B. Celulele leucemice proliferază inițial la nivel cerebral
  - C. Celulele leucemice proliferază inițial la nivelul măduvei osoase
  - D. Celulele leucemice se descarcă în sângele periferic și vor infiltra zonele de țesut limfoid din diverse organe (ganglioni, splină, ficat, derm, etc.)
  - E. Procesul de apoptoză este normal
5. Următoarele afirmații despre leucemia limfocitară cronică (LLC) sunt adevărate:
  - A. Limfocitele maligne proliferante exprimă pe suprafața lor markeri antigenici de linie granulocitară
  - B. Limfocitele maligne proliferante exprimă pe suprafața lor markeri antigenici de linie limfocitară B (CD20, CD 19)
  - C. Nu sunt prezente anomalii citogenetice
  - D. La 50-80% din cazurile de LLC sunt prezente anomalii citogenetice
  - E. Prezența ZAP-70 sugerează un prognostic favorabil
6. Următoarele reprezintă simptome generale nespecifice în leucemia limfocitară cronică:
  - A. Tuberculoza
  - B. Herpes zoster
  - C. Transpirații profuze îndeosebi nocturne
  - D. Pierdere în greutate
  - E. Inapetență
7. Examenul obiectiv al leucemiei limfocitare cronice poate aduce următoarele elemente importante pentru diagnostic:
  - A. Adenopatia generalizată și simetrică
  - B. Splenomegalia

- C. Leziunile leucemice cutanate
  - D. Fracturile osoase
  - E. Alopecia
8. Examenul sângelui periferic în leucemia limfocitară cronică decelează:
- A. Poliglobulie
  - B. Anemie
  - C. Hiperleucocitoză cu limfocitoză absolută
  - D. Bazofilie și eozinofilie marcată
  - E. "Umbre celulare" Gumprecht
9. Cauzele producerii anemiei în leucemia limfocitară cronică sunt:
- A. Liza autoimună
  - B. Creșterea capacității de producție medulară
  - C. Scăderea capacității de producție medulară
  - D. Hiposplenismul
  - E. Hipersplenismul
10. \* La examenul sângelui periferic în leucemia limfocitară cronică se decelează următoarea anomalie:
- A. Bazofilie marcată
  - B. Hiperleucocitoză cu limfocitoză absolută
  - C. Trombocitoză marcată
  - D. Poliglobulie
  - E. Monocitoză absolută marcată
11. \* Următoarea afirmație în legătură cu măduva osoasă în leucemia limfocitară cronică este criteriu diagnostic:
- A. Infiltrația leucemică depășește 5% din totalul celulelor medulare
  - B. Infiltrația leucemică depășește 10% din totalul celulelor medulare
  - C. Infiltrația leucemică depășește 30% din totalul celulelor medulare
  - D. Infiltrația leucemică depășește 20% din totalul celulelor medulare
  - E. Infiltrația leucemică depășește 25% din totalul celulelor medulare
12. Diagnosticul pozitiv al leucemiei limfocitare cronice se poate susține în prezența a cel puțin trei dintre următoarele elemente:
- A. Limfopenie absolută în sângele periferic
  - B. Limfocitoză absolută în sângele periferic, peste 5.000/mm<sup>3</sup>, cu morfologie de tip matur, menținută minim 3 luni
  - C. Cel puțin 30% limfocite la nivel medular
  - D. Limfocite de tip monoclonal, exprimând pe suprafață nivele scăzute de Ig, pozitivitate pentru CD5, CD23, CD19, CD20
  - E. Cel puțin 5% limfocite la nivel medular
13. \* Stadiul 4 după sistemul elaborat de Rai al leucemiei limfocitare cronice se caracterizează prin:
- A. Limfocitoză în sânge și în măduva osoasă, cu absența adenopatiilor și hepatosplenomegaliei
  - B. Limfocitoză și adenopatii
  - C. Limfocitoză și spleno- sau hepatomegalie
  - D. Limfocitoză și anemie
  - E. Limfocitoză și trombocitopenie (sub 100.000/mm<sup>3</sup>)
14. Stadializarea după criteriile lui Binet a leucemiei limfocitare cronice se caracterizează prin:
- A. Stadiul A - limfocitoză cu prezența anemiei și/ sau trombocitopeniei
  - B. Stadiul A - limfocitoză, afectarea a mai puțin de 3 arii ganglionare
  - C. Stadiul B - limfocitoză, afectarea a mai puțin de 3 arii ganglionare



- D. Stadiul B – prezența anemiei și/sau trombocitopeniei
  - E. Stadiul C – prezența anemiei (Hgb sub 10g%)și/sau trombocitopeniei (sub 100.000/mm<sup>3</sup>), independent de numărul zonelor ganglionare afectate
15. Diagnosticul diferențial al leucemiei limfocitare cronice se face cu:
- A. Limfocitozele secundare infecțiilor
  - B. Diabetul zaharat
  - C. Limfoamele maligne nehodgkiniene cu descărcare leucemică
  - D. Leucemia mieloidă cronică
  - E. Mielomul multiplu
16. Principalele cauze de deces ale leucemiei limfocitare cronice sunt:
- A. Hipertensiunea arterială
  - B. Hiperglicemia
  - C. Infecțiile
  - D. Anemia hemolitică
  - E. Ostoporoza
17. \* Care dintre următoarele afirmații despre leucemia limfocitară cronică (LLC) este adevărată?
- A. LLC poate evolua spre sindromul Richter
  - B. LLC evoluează întotdeauna spre o leucemie acută
  - C. LLC în care este prezent ZAP-70 are o evoluție blândă îndelungată
  - D. LLC cu lipsa marker-ului ZAP-70 este o formă agresivă
  - E. LLC este o boală malignă cu o incidență foarte mică de a doua neoplazie
18. Următorii sunt factori de prognostic negativ în leucemia limfocitară cronică:
- A. Prezența mutației IgV<sub>H</sub>
  - B. Deleția 13q14
  - C. Deleția 17p13
  - D. Prezența ZAP – 70
  - E. Valori scăzute ale beta<sub>2</sub>-microglobulinei
19. Care dintre următorii sunt factori de prognostic în leucemia limfocitară cronică?
- A. Stadiul clinic
  - B. Statusul mutant/nonmutant al genelor
  - C. Examenul citogenetic
  - D. Hiperglicemia
  - E. Valorile crescute ale colesterolului
20. Tratamentul specific al leucemiei limfocitare cronice cuprinde:
- A. Chimioterapia
  - B. Corticoterapia
  - C. Anticorpii monoclonali
  - D. Antidepresivele
  - E. Insulina
21. Următoarele medicamente sunt anticorpi monoclonali utilizați în tratamentul leucemiei limfocitare cronice:
- A. Bosutinib
  - B. Dasatinib
  - C. Rituximab
  - D. Ofatumumab
  - E. Melphalan
22. \* Care dintre următoarele medicamente este un analog purinic utilizat în tratamentul leucemiei limfocitare cronice?
- A. Rituximabul
  - B. Lenalidomida

- C. Prednisonul
  - D. Fludarabina
  - E. Chlorambucilul
23. Tratamentul adjuvant și paleativ al leucemiei limfocitare cronice cuprinde:
- A. Antibiotice
  - B. Imatinib
  - C. Allopurinol
  - D. Imunoglobuline
  - E. Dasatinib
24. Următoarele afirmații despre răspunsul terapeutic complet al leucemiei limfocitare cronice sunt adevărate:
- A. Creșterea nodulilor limfatici sau a ficatului și splinei
  - B. Creșterea cu cel puțin 50% a limfocitelor circulante
  - C. Măduva osoasă cu limfocite > 30% față de normal
  - D. Dimensiuni sub 1cm ale tuturor nodulilor limfatici
  - E. Măduva osoasă normocelulară cu < 30% limfocite
25. Următoarele metode terapeutice pot fi utilizate în leucemia limfocitară cronică:
- A. Colecistectomia
  - B. Splenectomia
  - C. Analogii purinici
  - D. Amigdalectomia
  - E. Anticorpilor monoclonali
26. \* Boala Hodgkin este caracterizată prin prezența următoarei celule.
- A. Purkinje
  - B. Reed-Sternberg
  - C. Betz
  - D. Cajal
  - E. Clara
27. Manifestările clinice din limfomul Hodgkin cuprinde:
- A. Debut clinic insidios, cu durata de luni sau chiar ani de zile
  - B. Ganglioni cu dimensiuni de regulă mici, de sub 0,5 cm
  - C. Transpirații profuze
  - D. Dureri la nivelul membrului superior
  - E. Greață
28. Care este triada simptomatică din limfomul Hodgkin?
- A. Palpitații
  - B. Scădere în greutate
  - C. Febră
  - D. Tuse seacă
  - E. Transpirații nocturne
29. Referitor la subtipul de limfom Hodgkin cu depleție limfocitară, este adevărat că:
- A. Are număr crescut de celule Reed-Sternberg (CRS)
  - B. Are număr scăzut de celule Hodgkin (CH)
  - C. Are prognostic nefavorabil
  - D. Are puține celule reactive de acompaniament
  - E. Este depistat deseori în stadii incipiente
30. Limfomul Hodgkin prezintă următoarele modificări paraclinice:
- A. VSH crescut
  - B. LDH scăzut
  - C. Feritină scăzută
  - D. Feritină crescută

- E. Fier seric scăzut
31. Subtipul de limfom Hodkin cu scleroza nodulara este caracterizat prin:
- CD 20 pozitiv
  - Prognostic relativ favorabil
  - Evoluție indolentă
  - Faptul că este cel mai mare frecvent dintre subtipurile de limfom Hodgkin
  - Adenopatii mediastinale frecvent asociate
32. Reprezinta simptome și semne mai puțin specifice limfomului Hodgkin.
- Transpirațiile nocturne
  - Durerea la ingestia de alcool
  - Pruritul
  - Icterul
  - Febra
33. Adenopatiile secundare limfomului Hodgkin sunt situate mai frecvent:
- Supraclavicular
  - Laterocervical
  - Supradiafragmatic
  - Axilar
  - Subdiafragmatic
34. Despre celula Reed-Sternberg din limfomul Hodgkin, este adevărat că:
- Are nucleoli proeminenți, bazofili, cu aspect de "cap de bufniță"
  - Se găsește în număr crescut în forma clasică, bogat limfocitară
  - Exprima pe suprafață markerii CD15, CD30 pozitivi
  - Este o celulă de mici dimensiuni, comparabilă cu dimensiunea limfocitului B
  - Provine din limfocite B transformate, cu originea probabilă în centrul germinativ
35. Selectați modificările de laborator frecvent întâlnite în limfomul Hodgkin:
- Leucocitoza
  - Neutropenia
  - Eozinofilia
  - Trombocitopenia
  - Limfopenia
36. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la semnele generale B în limfomul Hodgkin, conform stadializării Ann-Arbor:
- Prezența sau absența semnelor B nu se ia în considerare în stadializare
  - Semnele B includ triada slăbire în greutate-febră-transpirații nocturne
  - Prezența sau absența semnelor B completează stadializarea și se notează cu "A" absența și cu "B" prezența
  - Prezența sau absența semnelor B completează stadializarea și se notează cu "X" absența și cu "B" prezența
  - Semnele B includ triada slăbire în greutate-febră-prurit nocturn
37. Efectele secundare pe termen lung ale chimioterapiei în limfomul Hodgkin sunt:
- Greața
  - Vărsăturile
  - Fibroza pulmonară
  - Cardiomiopatia
  - Osteoporoza
38. Efectele secundare pe termen scurt ale chimioterapiei în limfomul Hodgkin sunt:
- Alopecie
  - Grețuri
  - Prurit
  - Hipogonadism

- E. Vărsături
39. \* Stadializarea limfomului Hodgkin se face conform clasificării:
- A. TNM
  - B. Clark
  - C. Dukes
  - D. Figo
  - E. Ann Arbor
40. \* Aprecierea răspunsului la tratament în cadrul limfomului Hodgkin se face prin:
- A. Ecografie abdominală
  - B. PET-CT (positron emission tomography)
  - C. Radiografie toracică
  - D. CT (computer tomography) toraco-abdomino-pelvin
  - E. RMN (rezonanță magnetică nucleară)
41. \* Stabilirea sigură a diagnosticului de limfom Hodgkin se face prin:
- A. VSH
  - B. Biopsie ganglionară
  - C. Biopsie medulară
  - D. CT (computer tomografie)
  - E. Hemocultură
42. \* Adenopatiile secundare din cadrul limfomului Hodgkin:
- A. Au consistență moale
  - B. În mod frecvent au localizare abdominală
  - C. Sunt dureroase
  - D. De obicei sunt mobile pe planurile subiacente
  - E. Au dimensiuni sub 2 cm diametru
43. \* Apariția limfomului Hodgkin poate fi favorizat de :
- A. HPV (human papilloma virus)
  - B. Sifilis
  - C. HIV (virusul imunodeficienței umane)
  - D. CMV (citomegalovirus)
  - E. EBV (virusul Epstein Barr)
44. \* Selectați schema de polichimioterapie folosită frecvent în limfomul Hodgkin:
- A. Velcade cu Dexametazona
  - B. ABVD
  - C. R-CHOP
  - D. CVP
  - E. Brentuximab cu Ifosfamidă
45. \* Este adevărat privind tabloul clinic din limfomul Hodgkin, că:
- A. În stadiile incipiente adenopatiile sunt dureroase, aderente, de consistență moale și cu dimensiuni de peste 10 cm ("bulky")
  - B. În stadiile incipiente adenopatiile sunt nedureroase, mobile, de consistență fermă și cu diametre mai mici de 2 cm
  - C. În stadiile avansate poate să apară edemul "în pelerină" prin adenopatii inghinale compresive
  - D. Debutul bolii este brusc, cu adenopatii ("bulky") abdominale
  - E. Debutul bolii este insidios, cu adenopatii frecvent latero-cervicale și supra-claviculare
46. Schema de polichimioterapie DHAP utilizată în tratamentul limfomului Hodgkin conține:
- A. Cisplatin
  - B. Bleomycin

- C. Dexametazona
  - D. Dacarbazin
  - E. Citozinarabinozida
47. Schema de polichimioterapie ABVD utilizată în tratamentul limfomului Hodgkin conține:
- A. Cisplatin
  - B. Bleomycin
  - C. Doxorubicin
  - D. Dacarbazin
  - E. Etopozid
48. Despre tratamentul în limfomul Hodgkin (LH), este adevărat că:
- A. LH în stadii precoce poate fi vindecat (75-90% din cazuri)
  - B. LH nu poate fi vindecat
  - C. Polichimioterapia de linia întâi se bazează pe schema ABVD (Doxorubicin, Bleomycin, Vinblastin, Dacarbazin)
  - D. Polichimioterapia de linia întâi se bazează pe schema DHAP (Doxorubicin, high-dose Ara-C, Adriamycin, Prednison)
  - E. Atitudinea optimă este tratamentul combinat polichimioterapie urmată de radioterapie, mai ales la pacienții cu volum tumoral mare ("bulky")
49. Factori de prognostic negativ în limfomul Hodgkin sunt:
- A. VSH >50 mm/oră
  - B. Stadiul III și IV (stadializare Ann-Arbor)
  - C. Masă tumorală tip "bulky" (mase ganglionare cu diametrul peste 10 cm sau raport mediastin / torace >0,33)
  - D. Prezența semnelor generale B (inclusiv în stadiul IB)
  - E. VSH <50 mm/ora
50. Limfomul Hodgkin nodular cu predominanță limfocitară prezintă următoarele caracteristici:
- A. Celule maligne foarte frecvente, cu nucleu unic, lobulat (celule "popcorn")
  - B. CD20 pozitiv
  - C. Adenopatii localizate, deseori unice
  - D. CD15, CD30 pozitive
  - E. Evoluție lentă, prognostic favorabil
51. Din punct de vedere clinic, în limfomul Hodgkin este adevărat că:
- A. Adenopatiile mediastinale pot da sindroame compresive
  - B. Boala debutează cu palpitații
  - C. Pot fi prezente infiltrate extraganglionare
  - D. La debut apar splenomegalia și hepatomegalia
  - E. Apar adenopatii în special supradiafragmatice, cel mai frecvent latero-cervical și supra-clavicular
52. Selectați factorii de risc incriminați pentru apariția limfomului Hodgkin:
- A. Infecția cu virusul Epstein-Barr
  - B. Infecția cu virusul citomegalic
  - C. Infecția cu virusul herpetic de tip I
  - D. Existența unui defect imun intrinsec
  - E. Factorul ereditar
53. Din punct de vedere epidemiologic, este adevărat că limfomul Hodgkin:
- A. Este o boală rară
  - B. Afectează ambele sexe în mod egal
  - C. Are o incidență de aproximativ 70-80 cazuri / 100.000 locuitori / an
  - D. Poate apărea la orice vârstă
  - E. Vârsta mediană de incidență este de 28 de ani

54. Care dintre următoarele manifestări clinice ale limfomului Hodgkin sunt adevărate?
- Scăderea în greutate este semnificativă dacă pacientul a pierdut mai mult de 10% din greutatea inițială
  - Scăderea în greutate este semnificativă dacă pacientul a pierdut mai mult de 20% din greutatea inițială
  - Febra este de tip Pel Ebstein
  - Pruritul este frecvent
  - Tulburările neurologice sunt frecvente
55. În limfomul Hodgkin clasic există o expresie puternică a antigenelor de activare:
- CD 19
  - CD 20
  - CD 79a
  - CD 30
  - CD 15
56. Alegeți formele de limfom Hodgkin (LH) cu prognostic favorabil:
- Nodular cu predominantă limfocitară
  - Clasic, bogat în limfocite (BL)
  - Cu scleroză nodulară (SN)
  - Cu depleție limfocitară (DL)
  - Cu celularitate mixtă (CM)
57. Alegeți formele de limfom Hodgkin (LH) cu prognostic nefavorabil.
- Cu scleroză nodulară (SN)
  - Cu depleție limfocitară (DL)
  - Cu celularitate mixtă (CM)
  - Nodular cu predominantă limfocitară
  - Clasic, bogat în limfocite (BL)
58. Alegeți formele de limfom Hodgkin (LH) clasic.
- Nodular cu depleție limfocitară
  - Nodular cu predominantă limfocitară
  - Cu celularitate mixtă
  - Cu scleroză nodulară
  - Bogat în limfocite
59. Care dintre următoarele afirmații despre limfomul Hodgkin sunt adevărate?
- Celulele maligne provin probabil din transformarea unui limfocit B din centrul germinativ folicular
  - Celulele maligne sunt înconjurate de o populație areactivă formată din histiocite și plasmocite
  - Limfomul Hodgkin este o neoplazie a țesutului mieloid
  - Celulele maligne sunt înconjurate de o populație reactivă formată din limfocite T și B, neutrofile, eozinofile, histiocite, plasmocite
  - Este caracterizată prin prezența celulelor maligne Reed-Sternberg și Hodgkin
60. \* Schema IGEV utilizată în tratamentul limfomului Hodgkin conține :
- Doxorubicin
  - Bleomycin
  - Vinorelbina
  - Ciclofosfamida
  - Vinblastin
61. Referitor la limfoamele non-Hodgkin (LNH), este adevărat că:
- Sunt un grup de neoplazii foarte heterogene din punct de vedere biologic și histologic

- B. Reprezintă o boală heterogenă caracterizată prin inflamația cronică a ganglionilor limfatici
  - C. Au originea în sistemul limfoid
  - D. Sunt mai frecvente la femei
  - E. Principalul regim terapeutic este ABVD
62. Limfomul non-Hodgkin (LNH) poate interesa următoarele structuri:
- A. Ganglionii limfatici
  - B. Irisul
  - C. Tegumentul
  - D. Pupila
  - E. Sistemul nervos central
63. Următoarele infecții virale reprezintă factori predispozanți în limfomul non-Hodgkin:
- A. Virusul herpetic 8
  - B. Infecția cu *Helicobacter pylori*
  - C. Virusul Epstein-Barr
  - D. Infecția cu *Chlamidia psitacci*
  - E. Virusul hepatitic C
64. În limfomul non-Hodgkin, este factor predispozant infecția cu:
- A. Virusul imunodeficienței umane (HIV)
  - B. Virusul hepatitic C
  - C. Virusul herpetic 6
  - D. *Helicobacter Pylori*
  - E. Virusul herpetic 1
65. Referitor la limfomul non-Hodgkin (LNH), este adevărat că:
- A. Splenomegalia poate fi gigantă
  - B. Infecția cu *Helicobacter pylori* este implicată în majoritatea cazurilor de LNH gastric
  - C. Este caracteristică celula Reed-Sternberg
  - D. Forma cu scleroza nodulară este cel mai frecvent subtip
  - E. Poate interesa tubul digestiv
66. Din punct de vedere clinic, limfoamele non-Hodgkin (LNH) se împart în două grupuri mari:
- A. Indolente
  - B. Cu celularitate mixtă
  - C. Agresive
  - D. De zonă marginală
  - E. Nodular
67. \* Principalul fenomen clinic la debut în limfomul non-Hodgkin este:
- A. Revărsatul pericardic
  - B. Tusea productivă
  - C. Apariția adenopatiilor
  - D. Hemoptizia
  - E. Hematemeza
68. \* Principala investigație diagnostică în limfomul non-Hodgkin este:
- A. Ecografia abdominală
  - B. Examenul bacteriologic
  - C. Biopsia ganglionară sau de organ
  - D. Rezonanța magnetică nucleară
  - E. Intradermoreacția 2PPD
69. La examinarea biopsiei din limfomul non-Hodgkin se iau în considerare următoarele aspecte morfologice:

- A. Mărimea celulelor maligne (mici versus mari)
  - B. Gradul de diferențiere
  - C. Culoarea
  - D. Aspectul infiltratului limfoid (difuz versus nodular)
  - E. Cantitatea de țesut adipos
70. Selectați markerii tipici pentru limfomul non-Hodgkin cu celule B:
- A. CD 20
  - B. CD 19
  - C. CD 2
  - D. CD 22
  - E. CD 7
71. Selectați markerii de linie T în limfomul non-Hodgkin::
- A. CD 19
  - B. CD 2
  - C. CD 20
  - D. CD 3
  - E. CD 7
72. Selectați afirmațiile adevărate despre biopsia osteo-medulară în limfomul non-Hodgkin(LNH):
- A. Este obligatorie în toate cazurile
  - B. Nu este obligatorie în formele agresive
  - C. Infiltratul medular la diagnostic este semn de boală avansată
  - D. Infiltrarea medulară relevă un prognostic favorabil
  - E. Infiltrarea medulară la diagnostic este mai frecventă în formele indolente
73. Markerii de linie T, care apar în 10-15% din cazurile de limfom non-Hodgkin, sunt:
- A. CD 4
  - B. CD 8
  - C. CD 7
  - D. CD 90
  - E. CD 88
74. \* Este marker de proliferare în limfomul non-Hodgkin:
- A. CD 20
  - B. BCL 2
  - C. Ki-67
  - D. CD 19
  - E. TdT
75. Selectați limfoamele non-Hodgkin (LNH) de linie B:
- A. Folicular grad I (celule mici)
  - B. Anaplazic T
  - C. Folicular grad II (mixt)
  - D. Angioimunoblastic
  - E. Cu celule de manta
76. Selectați limfoamele non-Hodgkin (LNH) de linie T/NK:
- A. Burkitt
  - B. Cutanat cu T
  - C. Difuz cu celule mari
  - D. Folicular grad I (celule mici)
  - E. Limfoblastic T
77. \* În limfoamele non-Hodgkin se folosește stadializarea:
- A. FAB
  - B. OMS



- C. Ann-Arbor
  - D. FLIPI
  - E. IPI
78. Sunt scoruri prognostice în limfomul non-Hodgkin:
- A. FLIPI
  - B. FAB
  - C. LDH
  - D. WHO
  - E. IPI
79. Referitor la tratamentul în limfomul non-Hodgkin (LNH), este adevărat că:
- A. Prima linie de tratament în forma indolentă cu celule B este ABVD
  - B. Prima linie de tratament în forma agresivă cu celule B este R-CHOP
  - C. Prima linie de tratament în forma indolentă cu celule B este R-CVP
  - D. Una din schemele de linie a 2-a este Velcade cu Dexametazona
  - E. In limfomul Burkitt se foloseste schema de tratament tip VAD
80. Sunt factori de prognostic negativ FLIPI în limfomul non-Hodgkin:
- A. Vârsta între 50-55 ani
  - B. Stadiile Ann-Arbor III-IV
  - C. VSH sub 15 mm/oră
  - D. Hemoglobină <12g/dl
  - E. Interesarea a 5 regiuni limfatice
81. Complicațiile limfomului non-Hodgkin constau în:
- A. Fenomene de compresiune în cazul adenopatiilor voluminoase
  - B. Infiltrație de organ prin contiguitate sau infiltrație difuză de organ extralimfatic
  - C. Aplazie medulară post chimio/radioterapie
  - D. Apariția cromozomului Philadelphia
  - E. Apariția mutației JAK2V617F
82. \* Anticorpul monoclonal utilizat în tratamentul pacienților cu limfom non-Hodgkin cu celule B, CD 20 pozitiv, este:
- A. Brentuximab
  - B. Alemtuzumab
  - C. Rituximab
  - D. Ponatinib
  - E. Bosutinib
83. Tratamentul în limfomul non-Hodgkin cu celule T , cutanat (mycosis fungoides), cuprinde:
- A. PUVA ( psoralen plus raze ultraviolete A) și corticoizi administrați topic
  - B. Schema CHOP
  - C. Schema ABVD
  - D. Alfa-interferon
  - E. Schema VAD
84. \* In limfoamele non- Hodgkin cu celule B agresive, regimul terapeutic standard este:
- A. VAD
  - B. R-CVP
  - C. R-CHOP
  - D. R-DHAP
  - E. Metotrexat
85. In limfomul non- Hodgkin al sistemului nervos central, protocolul terapeutic cuprinde:
- A. Metotrexat
  - B. Bleomycin
  - C. Mesna

- D. Citarabina
  - E. Dexametazonă
86. \* Protocolul terapeutic în limfomul non- Hodgkin al sistemului nervos central se repetă la :
- A. 10 zile
  - B. 12-16 zile
  - C. 21-28 zile
  - D. 50-60 zile
  - E. 35-45 zile
87. Schema terapeutică R-CHOP utilizată în limfomul non- Hodgkin cuprinde:
- A. Rituximab
  - B. Bleomycin
  - C. Ciclofosfamida
  - D. Vincristin
  - E. Procarbazina
88. Protocolul terapeutic R-CVP utilizat în limfomul non- Hodgkin cuprinde:
- A. Vincristin
  - B. Prednison
  - C. Bosutinib
  - D. Ciclofosfamida
  - E. Biseptol
89. Schema POMP indicată în întreținerea pacienților cu limfom non-Hodgkin limfoblastic conține:
- A. Prednison
  - B. Metotrexat
  - C. Doxorubicin
  - D. Vincristin
  - E. Rituximab
90. Selectați factorii IPI (international prognostic index) de prognostic negativ în limfomul non-Hodgkin::
- A. Vârsta > 60 ani
  - B. Lactodehidrogenaza (LDH) crescută
  - C. Vârsta < 50 ani
  - D. Stadiile Ann-Arbor III și IV
  - E. Trombocite între 200000-300000/mm<sup>3</sup>
91. \* Markerii de clonalitate apăruți în limfomul non-Hodgkin sunt:
- A. CD 20
  - B. CD 2
  - C. Lanțurile ușoare ale imunoglobulinelor
  - D. Ki-67
  - E. CD 79
92. \* Alegeți tipul de limfom non-Hodgkin (LNH) foarte agresiv:
- A. MALT
  - B. Burkitt
  - C. limfocitic
  - D. Folicular
  - E. Waldenstrom
93. Referitor la tabloul clinic din limfomul non- Hodgkin (LNH), este adevărat că:
- A. Prezența semnelor/simptomelor B în formele indolente semnifică accelerarea bolii
  - B. Nu pot apărea colecții seroase (pleurezie, ascită)

- C. Nu apare insuficiența medulară
  - D. Pot apărea fenomene neurologice
  - E. Pot apărea fenomene digestive (diaree, constipație)
94. Referitor la imunohistochimia din limfomul non-Hodgkin, este adevărat că:
- A. CD 30 este marker de activare
  - B. CD 2 este marker de linie T
  - C. CD 3 este marker de linie B
  - D. Ki-67 este marker de proliferare
  - E. CD 2 este marker de linie B
95. Selectați markerii de activare în limfomul non-Hodgkin:
- A. CD 19
  - B. CD 25
  - C. CD 30
  - D. CD 7
  - E. CD 8
96. Cauzele gastrointestinale ale deficitului de fier sunt reprezentate de:
- A. Esofagite
  - B. Alăptare
  - C. Epistaxis
  - D. Ulcere gastro-duodenale
  - E. Ectazia vasculară gastrică antrală
97. \*Care din următoarele afecțiuni nu reprezintă o cauză gastrointestinală a deficitului de fier:
- A. Boala inflamatorie intestinală
  - B. Tumorile intestinale
  - C. Diverticulul Meckel
  - D. Hemosideroza pulmonară
  - E. Gastritele
98. \* Care dintre următoarele afirmații despre anemia feriprivă este falsă?
- A. Apare mai frecvent la copii preșcolari și școlari
  - B. Este cea mai obișnuită boală hematologică la nivel mondial
  - C. Apare mai frecvent la femeile aflate în perioada de fertilitate
  - D. Apare mai frecvent la bărbații tineri
  - E. Afectează între 500 milioane până la 2 miliarde de indivizi
99. \*Care din următoarele afirmații în ceea ce privește anemia feriprivă este falsă?
- A. Este cea mai obișnuită boală hematologică la nivel mondial
  - B. Apare mai frecvent la femeile aflate în perioada de fertilitate
  - C. Apare mai frecvent la vârstnici
  - D. Apare mai frecvent la copii preșcolari și școlari
  - E. Apare mai frecvent la bărbații tineri
100. Semnele/ simptomele legate de efectele directe ale deficitului de fier asupra țesuturilor sunt următoarele:
- A. Glosita
  - B. Hiperemia facială
  - C. Coilonichia
  - D. Sclere palide albăstrui
  - E. Sclere eritematoase
101. În cadrul anemiei feriprive pacienții pot fi asimptomatici sau prezintă semne și simptome de tipul:
- A. Asteniei, adinamiei
  - B. Vertijului

- C. Purpurei, peteșilor, echimozelor
  - D. Faciesului pletoric
  - E. Palpitațiilor, cefaleei.
102. Frotiul de sânge periferic în anemiile feriprive prezintă eritrocite:
- A. Hipocrome
  - B. Hiperchrome
  - C. Microcite
  - D. Macrocite
  - E. Cu poikilocitoză
103. Deficitul de fier în anemia feriprivă este reflectat de:
- A. Scăderea nivelului seric al fierului
  - B. Creșterea capacității transferinei de a lega fierul (CTLF)
  - C. Creșterea nivelului seric al fierului
  - D. Creșterea feritinei
  - E. Scăderea feritinei
104. Diagnosticul diferențial al anemiei feriprive se face cu:
- A. Anemia provocată de bolile cronice
  - B. Anemia megaloblastică
  - C. Anemia sideroblastică dobândită
  - D. Leucemia acută
  - E. Talasemia
105. \*Diagnosticul diferențial al anemiei feriprive se face cu:
- A. Hemofilia A
  - B. Hemofilia B
  - C. Talasemia (alfa sau beta)
  - D. Leucemia acută limfoblastică
  - E. Leucemia acută mieloblastică
106. Tratamentul cu fier parenteral se indică atunci când:
- A. Pacientul prezintă intoleranța la preparatele orale de fier
  - B. Pacientul prezintă ulcer activ gastric
  - C. Există malabsorbție de fier la nivel gastrointestinal
  - D. Nu există malabsorbție de fier la nivel gastrointestinal
  - E. Terapia orală cu fier este eficientă
107. \* Referitor la transfuzia de sânge pentru anemia feriprivă, este adevărat că:
- A. Se recomandă în toate cazurile
  - B. Nu are riscuri
  - C. Fiecare unitate de sânge conține 100 mg/ml de fier
  - D. Fiecare unitate de sânge crește Hb cu aproximativ 1 g/dl
  - E. Suplinește și deficitul de acid folic
108. Care dintre următoarele investigații reprezintă teste diagnostice pentru evaluarea anemiei hemolitice?
- A. Hemograma completă
  - B. Ureea
  - C. Creatinina
  - D. Numărul de reticulocite
  - E. Bilirubina serică totală și indirectă
109. \* Nu este semn de hemoliză:
- A. Splenomegalia
  - B. Icterul
  - C. Dispneea
  - D. Febra

- E. Frisonul
110. \*Care din următoarele investigații nu este un test diagnostic pentru evaluarea hemolizei?
- A. Analiza de urină ( hemoglobina, urobilinogen )
  - B. Flow citometria
  - C. Procalcitonina
  - D. Haptoglobina serica
  - E. Lactat dehidrogenaza serică (LDH)
111. Semnele si simptomele care pot fi legate de hemoliză sunt:
- A. Coilonichia
  - B. Icterul
  - C. Glosita (limba roșie, netedă, lucioasă, cu atrofia papilelor)
  - D. Apariția calculilor biliari
  - E. Splenomegalia
112. Hemoliza intravasculară poate fi asociată cu:
- A. Insuficiență renală
  - B. Bradicardie
  - C. Febră
  - D. Scădere ponderală
  - E. Dureri lombare
113. Care din următoarele afirmații despre modificările de laborator din cadrul anemiilor hemolitice sunt adevărate?
- A. Bilirubina serică neconjugată ( indirectă) crește ca urmare a eliberării sale din leucocitele distruse
  - B. Testul antiglobulinic direct ( testul Coombs) detectează prezența imunoglobulinei G (IgG) sau a complementului C3 pe membrana eritrocitelor
  - C. Testul antiglobulinic direct ( testul Coombs) pozitiv este un semn distinctiv pentru anemiile hemolitice mediate autoimun
  - D. Lactat dehidrogenaza serică este scăzută, fiind eliberată din leucocitele distruse
  - E. Testul antiglobulinic indirect ( testul Coombs) detectează prezența anticorpilor direcționații împotriva eritrocitelor din serul pacienților cu hemoliză mediată imun
114. Care din următoarele afirmații cu privire la modificările de laborator din cadrul anemiilor hemolitice sunt false:
- A. Lactat dehidrogenaza serică este scăzută, fiind eliberată din leucocitele distruse
  - B. Lactat dehidrogenaza serică este crescută, fiind eliberată din leucocitele distruse
  - C. Lactat dehidrogenaza serică este crescută, fiind eliberată din hematiile distruse
  - D. Bilirubina serică neconjugată ( indirectă) crește ca urmare a eliberării sale din leucocitele distruse
  - E. Bilirubina serică neconjugată ( indirectă) crește ca urmare a eliberării sale din hematiile distruse
115. Tratamentele anemiei hemolitice cu anticorpi la cald constă în:
- A. Acid Folic
  - B. Fier injectabil
  - C. Corticoterapie
  - D. Splenectomie
  - E. Vitamina B12 intravenos

116. In anemia hemolitică cu anticorpi la cald pot fi utilizate următoarele terapii;
- Plasmafereza
  - Transplantul hepatic
  - Transplantul renal
  - Doze mari de imunoglobuline intravenoase
  - Mabthera-anticorp monoclonal anti CD20
117. Referitor la boala aglutininelor la rece, este adevărat că::
- Autoanticorpi IgM îndreptați împotriva hematiilor se leagă preferențial de acestea la temperaturi scăzute
  - Severitatea bolii se corelează cu titrul de anticorpi
  - Severitatea bolii nu se corelează cu titrul de anticorpi
  - Severitatea bolii se corelează cu abilitatea de a activa complementul
  - Există șapte forme de boală a aglutininelor la rece
118. \* Este adevărat că hemoglobinuria paroxistică la rece:
- Reprezintă 96% din anemiile hemolitice autoimune
  - Apare frecvent la persoanele vârstnice
  - Apare mai frecvent la persoanele cu sifilis primar
  - Apare mai frecvent la copii după o infecție virală recentă
  - Este rezultatul unui anticorp circulant IgE
119. \* Explorările paraclinice în boala aglutininelor la rece relevă:
- Bilirubina serică crescută
  - Lactodehidrogenaza (LDH) serică scăzută
  - Gamma glutamil transpeptidaza (GGT) scăzută
  - Testul Coombs negativ pentru complement C3
  - Anticorpi Donath-Landsteiner pozitivi
120. Deficitul de vitamină B12 poate avea drept cauze:
- Dieta vegetariană, sărăcia
  - Evenimente intragastrice anormale: gastrita atrofică cu hipoclorhidrie, administrarea inhibitori de pompă de protoni
  - Evenimente anormale în lumenul intestinului gros
  - Pierderea/ atrofia mucoasei gastrice: gastrectomie totală sau parțială
  - Inhalarea oxidului de zinc
121. \*Evenimente anormale în lumenul intestinului subțire ce pot cauza deficit de vitamină B12 sunt următoarele, cu excepția unuia. Care este acesta?
- Proteaza pancreatică inadecvată
  - Inactivarea proteazei pancreatice
  - Gastrita atrofică cu hipoclorhidrie
  - Tulburări de motilitate intestinală
  - Bacteriemie în sindroame de stază intestinală (anse oarbe, stricturi, fistule)
122. Cauzele nutriționale ale deficienței de foliați prin dietă incompletă sunt reprezentate de:
- Sărăcie și foamete
  - Hrănire prelungită a sugarilor cu lapte de capră
  - Sprue tropical și non tropical
  - Enterita regională
  - Diete speciale de slăbire
123. \* Precizați care din substanțele de mai jos nu produce deficit de foliați:
- Metotrexatul
  - Sulfasalazina
  - Trimetoprim-sulfametoxazol
  - Alcoolul

- E. Neomicina
124. Anemii megaloblastice neprovocate de deficitul de vitamina B12 sau acid folic se întâlnesc în:
- Sindromul Zollinger-Ellison
  - Sindromul Lesch-Nyhan
  - Anemia diseritropoetică congenitală
  - Aciduria orotica
  - Boala Crohn
125. Care din următoarele afirmații legate de fiziologia vitaminei B12 sunt adevărate:
- Complexul FI- Vit. B12 se leaga de receptorii FI- Vit. B12 ( receptorii Cubam) la nivelul mucoasei ileale
  - In interiorul eritrocitelor, vitamina B12 este transferată transcobalaminei ( TC)- II și este eliberată in sânge
  - Peste 95% din vitamina B12 intracelulară se leagă de deoxiadenosilcobalamin sau metilcobalamin
  - Peste 25% din vitamina B12 intracelulară se leagă de deoxiadenosilcobalamin sau metilcobalamin
  - Metilcobalamina citoplasmatică nu este coenzima pentru metionin-sintetază
126. \* Tabloul clinic al anemiei megaloblastice prin deficit de vitamina B12 datorat aportului necorespunzător apare după:
- 3-4 luni
  - 5-10 luni
  - 1-2 ani
  - 5-10 ani
  - 15-20 ani
127. Selectați modificările sistemice în anemiile megaloblastice:
- Pancitopenie hematologică cu maduvă osoasă megaloblastică
  - Hipopigmentare dermatologică
  - Infertilitate, sterilitate
  - Insuficiența renală acută
  - Modificari gastrointestinale si glosită cu limbă rosie depapilată
128. Frotiul de sânge periferic in anemia megaloblastică prezintă:
- Microcite
  - Macro-ovalocite
  - Neutrofile polimorfonucleare hiposegmentate
  - Neutrofile polimorfonucleare hipersegmentate
  - Megalo-trombocite
129. Examinarea măduvei osoase în anemia megaloblastică relevă:
- Hipoplazie trilineară cu hematopoeză normală
  - Megacariocite megaloblastice cu hipersegmentare complexă
  - Hiperplazie trilineară cu hematopoeză megaloblastică
  - Megaloblastoză cu megaloblaști ortocromatici cu nucleii cu structură fină
  - Prezența blaștilor in procent de 50%
130. Cauzele raspunsului incomplet la tratament în anemia megaloblastică sunt:
- Diagnosticul greșit
  - Diagnosticul corect
  - Uremia
  - Deficiența asociată netratată ( deficiență de fier/tiroidiană)
  - Medicamente care perturbă ARN-ul
131. \* Diagnosticul diferențial al anemiilor megaloblastice se poate face cu următoarele afecțiuni, exceptând:

- A. Anemia hemolitică imună
  - B. Sindroamele mielodisplazice
  - C. Anemia aplastică
  - D. Talasemia
  - E. Anemia mieloftizică
132. Incidența leucemiei acute mieloide este mai crescută:
- A. În țările industrializate
  - B. Mediul urban
  - C. Mediul rural
  - D. La femei
  - E. La bărbați
133. \* Factorii genetici sau constituționali implicați în etiopatogenia leucemiei acute mieloide sunt următorii, cu excepția unuia. Care este acesta?
- A. Sindromul Down
  - B. Sindromul Klinefelter
  - C. Anemia Fanconi
  - D. Sindromul ataxie-teleangiectazie
  - E. Sindromul Raynaud
134. \* Nu sunt factori de mediu implicați în etiopatogenia leucemiei acute mieloide:
- A. Radiațiile ionizante
  - B. Radiațiile electromagnetice
  - C. Citostaticele
  - D. Solvenții organici (benzen, toluen)
  - E. Cefalosporinele
135. Leucemia acută mieloidă poate să fie secundară:
- A. Sindromului mielodisplazic
  - B. Diabetului zaharat
  - C. Hipertensiunii arteriale
  - D. Leucemiei mieloide cronice
  - E. Trombocitemiei esențiale
136. Conform clasificării morfologice FAB a leucemiei acute mieloide (LAM), referitor la tipul M0 LA nediferențiată este adevărat că:
- A. Sunt prezenți corpi Auer
  - B. Nu poate fi diagnosticată morfologic
  - C. Poate fi diagnosticată doar prin imunofenotipare
  - D. Reprezintă 3% din cazuri
  - E. Reprezintă 80% din cazuri
137. Conform clasificării morfologice FAB a leucemiei acute mieloide (LAM), tipul M1 LA mieloblastică se caracterizează prin:
- A. 10% promielocit/mielocite/sau monocite
  - B. 10% eozinofile
  - C. 10% bazofile
  - D. Prezența de corpi Auer
  - E. Faptul că reprezintă 20% din cazuri
138. Conform clasificării morfologice FAB a leucemiei acute mieloide (LAM), tipul M2 LA cu maturație se caracterizează prin:
- A.  $\geq 10\%$  promielocite/mielocite
  - B. 5 % monocite
  - C. Prezența de corpi Auer
  - D. Încadrarea în forma cu t (8;21)
  - E. 20% eozinofile



139. Conform clasificării morfologice FAB a leucemiei acute mieloide (LAM), tipul M3 LA promielocitară se caracterizează prin:
- 30% promielocite hipergranulare
  - Încadrarea în forma cu t (15;17)
  - Faptul că pot exista și forme microgranulare de boală
  - 30% eozinofile
  - 30% eritroblaști
140. Conform clasificării morfologice FAB a leucemiei acute mieloide (LAM), tipul M4 LA mielomonoblastică se caracterizează prin:
- 20% blaști și promielocite
  - 20% eozinofile
  - ≥20% diferențiere monocitară
  - 20% eritroblaști
  - Faptul că reprezintă 20% din cazuri
141. Conform clasificării OMS a leucemiei acute mieloide (LAM), în categoria LAM cu anomalii citogenetice recurente intră:
- LAM cu t (8;21)
  - LAM după agenți alchilanți
  - LAM după anemie aplastică
  - LAM cu anomalii 11q23
  - LA promielocitară cu t (15;17)
142. \* Nu este o manifestare clinică a leucemiei acute mieloide:
- Febra de tip septic
  - Debutul cel mai adesea insidios, dar rapid progresiv
  - Astenia
  - Gingivoragia
  - Hipertensiunea arterială
143. Referitor la tabloul sanguin în leucemia acută mieloidă, este adevărat că:
- Limfocitele mici, mature, sunt în procent de peste 50%
  - În unele cazuri (forme aleucemice) blaștii lipsesc din sângele periferic
  - Prezența de celule tinere atipice (blaști) este variabilă
  - Lipsesc celulele de vârstă intermediară (hiatus leucemic)
  - Prezența umbrelor nucleare este caracteristică
144. Medulograma în leucemia acută mieloidă relevă:
- Măduva osoasă este de aspect normal
  - Măduva osoasă este de regulă hiper celulară
  - După aspectul morfologic pot fi descriși mieloblaști, monoblaști sau promielocite
  - Aspectul morfologic nu are relevanță diagnostică
  - Evidențierea a cel puțin 20% blaști ca infiltrație leucemică
145. Markerii de linie mieloidă, evidențiați prin flow-citometrie din măduva osoasă sau sângele periferic al pacienților cu leucemie acută mieloidă, sunt:
- CD33
  - Glicoforina A
  - CD13
  - CD34
  - CD140
146. În leucemia acută mieloidă, translocațiile și delețiile cu prognostic favorabil sunt:
- t(8;21)
  - del(5q)
  - del(7q)

- D. t(15;17)
  - E. inv (16)
147. Pacienții cu leucemie acută promielocitară cu risc scăzut, au următoarele caracteristici:
- A. leucocite >10.000/mm<sup>3</sup>
  - B. leucocite <10.000/mm<sup>3</sup>
  - C. trombocite 40.000 mm<sup>3</sup>
  - D. leucocite 10.000/mm<sup>3</sup>
  - E. trombocite <40.000/mm<sup>3</sup>
148. Care din următoarele afirmații privind tratamentul leucemiei acute mieloide sunt adevărate?
- A. Există mai multe regimuri de inducție, cel mai utilizat fiind regimul „3+7”
  - B. După obținerea remisiunii complete se va institui tratamentul de consolidare
  - C. Inițial nu este nevoie de chimioterapie
  - D. Regimul de inducție recomandat este de tip ABVD
  - E. Se recomandă leucaferază în cazurile cu hiperleucocitoză
149. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate despre leucemia acută limfoblastică (LAL)?
- A. Este întâlnită mai frecvent la copii în vârstă de 2-10 ani
  - B. Este întâlnită mai frecvent la adulții cu vârsta între 35-50 de ani
  - C. Reprezintă 10% dintre tipurile de leucemii în pediatrie
  - D. Reprezintă 75% dintre tipurile de leucemii în pediatrie
  - E. Reprezintă 25% din cancerele apărute până la vârsta de 14 ani
150. Selectați factorii predispozanți pentru apariția leucemiei acute limfoblastice:
- A. Virusul citomegalic
  - B. Virusurile herpetice
  - C. Anomaliile citogenetice
  - D. Alimentația
  - E. Activitatea fizică
151. Selectați subtipurile de leucemie acută limfoblastică (LAL) conform clasificării morfologice FAB:
- A. De linie T
  - B. 1
  - C. 2
  - D. 3
  - E. De linie B
152. Selectați formele leucemiei acute limfoblastice (LAL) de linie B, conform clasificării imunofenotipice OMS:
- A. Pre-T
  - B. Cu limfocite T mature
  - C. Pro-B
  - D. Pre-B
  - E. Cu imfocite B mature
153. Examenul sângelui periferic evidențiază, în leucemia acută limfoblastică::
- A. Anemie
  - B. Poliglobulie
  - C. Procent medular de peste 20% limfoblaști
  - D. Număr leucocitar crescut (uneori normal sau scăzut), cu prezența de celule imature (limfoblaști)
  - E. Trombocitopenie
154. \* În leucemia acută limfoblastică următoarea modificare a examenului măduvei osoase reprezintă criteriu necesar pentru diagnostic:

- A. Prezența, la nivel medular, de limfoblaști în procent de peste 5%
  - B. Prezența, la nivel medular, de limfoblaști în procent de peste 10%
  - C. Prezența, la nivel medular, de limfoblaști în procent de peste 15%
  - D. Prezența, la nivel medular, de limfoblaști în procent de peste 20 %
  - E. Prezența, la nivel medular, de limfoblaști în procent de peste 2%
155. Următoarele anomalii citogenetice reprezintă factori de prognostic nefavorabil în leucemia acută limfoblastică:
- A. t (9;22)
  - B. t (8;14)
  - C. Lipsa modificărilor citogenetice adverse
  - D. Pozitivarea markerului CD 20
  - E. Pozitivarea markerului CD 19
156. Grupul de prognostic favorabil al leucemiei acute limfoblastice cuprinde:
- A. Afectarea sistemului nervos central
  - B. Prezența t (9;22)
  - C. Prezența t (4;11)
  - D. Vârsta tânără (sub 30 de ani)
  - E. Lipsa modificărilor citogenetice adverse
157. \* Chimioterapia leucemiei acute limfoblastice urmărește:
- A. Creșterea numărului de celule leucemice
  - B. Apariția anomaliilor citogenetice
  - C. Apariția trombocitopeniei
  - D. Apariția afectării sistemului nervos central
  - E. Eliminarea celulelor leucemice
158. Terapia de inducție a remisiunii în leucemia acută limfoblastică conține:
- A. Interferon
  - B. Vincristin
  - C. Antracicline
  - D. Corticoterapie
  - E. Anticorpi monoclonali
159. \* Terapia intratecală în leucemia acută limfoblastică se face cu:
- A. Imatinib
  - B. Metotrexat
  - C. Interferon
  - D. Dasatinib
  - E. Melphalan
160. Selectați metodele terapeutice utilizate în leucemia acută limfoblastică:
- A. Terapia de inducție a remisiunii
  - B. Consolidarea remisiunii
  - C. Tratamentul de întreținere
  - D. Splenectomia
  - E. Interferonul
161. \* Se asociază inhibitori de tirozin-kinază la schemele de polichimioterapie din leucemia acută limfoblastică (LAL) în următoarele forme:
- A. De linie B
  - B. De linie T
  - C. Subtipul 2
  - D. Subtipul 1
  - E. Cu prezența cromozomului Philadelphia
162. Care dintre următoarele afirmații privitoare la leucemia mieloidă cronică (LMC) sunt adevărate?

- A. Este o afecțiune malignă a celulei stem pluripotente
  - B. Se caracterizează prin proliferarea seriei granulocitare
  - C. Se caracterizează prin proliferarea seriei limfocitare
  - D. Capacitatea de diferențiere a granulocitelor se pierde complet
  - E. Se caracterizează prin prezenta cromozomului Ph1 sau a rearanjamentului genic BCR-ABL, anomalie cu rol patogenetic dovedit
163. Care dintre afirmațiile cu privire la epidemiologia leucemiei mieloide cronice (LMC) sunt adevărate?
- A. Reprezintă 15-20% din leucemiile adultului
  - B. Incidența este de aprox 1,5 cazuri noi la 100.000de indivizi
  - C. Incidența scade cu vârsta
  - D. Este mai frecventă la sexul feminin
  - E. Vârșnicii fac o formă agresivă de boală diagnosticată în faza accelerată sau în criza blastică
164. Care dintre următoarele afirmații referitoare la etiopatogenia leucemiei mieloide cronice (LMC) sunt adevărate?
- A. În producerea LMC este dovedită implicarea radiațiilor ionizante
  - B. Benzenul, fumatul, diverse virusuri sunt posibili agenți patogeni în LMC
  - C. Cromozomul Ph1, rezultat în urma translocăției t(9;22), este prezent în 90-95% din cazuri și este răspunzător de apariția și întreținerea proliferării maligne
  - D. Proteina p210 are o intensă activitate tirozin-kinazică și influențează procesul de creștere și diferențiere celulară
  - E. Granulocitele aparent mature prezintă un conținut crescut de fosfatază alcalină leucocitară
165. Care dintre următoarele afirmații referitoare la faza cronică a leucemiei mielode cronice sunt adevărate?
- A. Boala debutează insidios, cu o evoluție de luni de zile fără simptome
  - B. Boala debutează totdeauna brusc, printr-un episod acut (infarct splenic, criză de gută, colică renală, priapism, sindrom de leucostază)
  - C. Simptomele nespecifice (astenie, scădere ponderală, transpirații accentuate și subfebrilități) apar de regulă după câteva luni de evoluție a bolii
  - D. Cel mai frecvent, boala este diagnosticată în faza de metamorfoză blastică, datorită caracterului asimptomatic al acestei faze
  - E. Faza cronică durează câteva luni
166. Care dintre următoarele afirmații referitoare la hemoleucograma din faza cronică a leucemiei mieloide cronice sunt adevărate?
- A. Evidențiază hiperleucocitoză (100.000-300.000/mm<sup>3</sup>)
  - B. Evidențiază leucopenie cu blaști
  - C. 40-50% din cazuri prezintă trombocitoză (500.000- 600.000/mm<sup>3</sup>)
  - D. Evidențiază pe frotiu toate treptele de maturare granulocitară
  - E. Bazofilele sunt absente
167. \* Care dintre următoarele anomalii genice sunt responsabile de patogenia leucemiei mieloide cronice?
- A. Mutatia JAK-2
  - B. Cromozomul Ph1 (t(9;22))
  - C. Trisomia 8
  - D. Deleția cromozomului Y
  - E. ZAP-70
168. \* Confirmarea diagnosticului de leucemie mieloidă cronică este dată de:
- A. Leucocitoză tumorală

- B. Splenomegalie gigantă
  - C. Bazofilie
  - D. Prezența cromozomului Ph1 sau a transcriptului BCR-ABL
  - E. Deviere la stânga, până la mieloblast, a formulei leucocitare
169. Reacțiile leucemoide se caracterizează prin:
- A. Apariția în cursul unei cauze evidente, cum ar fi infecțiile bacteriene sau după hemoragii mari
  - B. Leucocitoză tumorală
  - C. Fosfataza alcalină leucocitară scăzută
  - D. Fosfataza alcalină leucocitară crescută sau normală
  - E. Dispariția reacției leucemoide odată cu cauza
170. Care dintre următoarele entități clinice sunt neoplazii mieloproliferative cronice Ph1 negative?
- A. Leucemia acută mieloidă
  - B. Policitemia vera
  - C. Mielofibroza idiopatică
  - D. Trombocitemia esențială
  - E. Leucemia mielomonocitară cronică
171. Care dintre următoarele afirmații privitoare la scorurile de prognostic utilizate în leucemia mieloidă cronică sunt adevărate?
- A. Scorul Sokal se bazează pe vârsta pacientului, mărimea splinei, numărul de trombocite, procentul de blaști
  - B. Scorul Hashford a fost elaborat pentru pacienții tratați cu inhibitori de tirozinkinaza
  - C. Modelul prognostic combinat încorporează scorurile Sokal și Hashford și un anumit număr de factori de prognostic nefavorabil
  - D. Modelul prognostic combinat desemnează stadiul 3 ca fiind diagnostic în faza blastică
  - E. Riscul Sokal intermediar înseamnă scor <0,8 și RcyC 91%
172. Care dintre următorii parametri sunt recunoscuți ca factori de prognostic negativ în leucemia mieloidă cronică?
- A. Vârsta peste 60 de ani
  - B. Statusul de performanță scăzut
  - C. Splenomegalie de peste 10 cm sub rebordul costal stâng
  - D. Bazofile <7% în sângele periferic
  - E. Absența mielofibrozei în măduva osoasă (MO)
173. Care dintre următoarele afirmații privitoare la faza accelerată din evoluția leucemiei mielocitare cronice sunt adevărate?
- A. Apare rezistența la tratament
  - B. Păstrează răspunsul la tratament
  - C. Cresc bazofilele (20%)
  - D. Scad bazofilele
  - E. Cresc blaștii și promielocitele în măduva osoasă
174. Referitor la puseul blastic în leucemia mieloidă cronică, etse adevărat că:
- A. Apar semnele de insuficiență medulară
  - B. În sângele periferic și /sau măduva osoasă se constată o creștere  $\geq 20\%$  a blaștilor
  - C. Cel mai frecvent, puseul blastic este limfoid
  - D. Apar anomalii genice adiționale
  - E. Frecvent apare o proliferare blastică extramedulară
175. Tratamentul în faza cronică a leucemiei mielocitare cronice constă în :

- A. Terapie suportivă (combaterea leucocitozei și trombocitozei, prevenirea sindromului de liza tumorală)
  - B. Terapie antitumorală standard cu inhibitori de tirozinkinază
  - C. Polichimioterapie agresivă
  - D. Substituție cu vitamina B12
  - E. Tratament cu derivați de acid transretinoic
176. Răspunsul optim la tratamentul cu inhibitori de tirozinkinază se definește astfel:
- A. La 3 luni: BCR-ABL 10% sau/și Ph1+35%
  - B. La 6 luni BCR-ABL 10% sau/și Ph1+ 35%
  - C. La 12 luni BCR-ABL 0,1%
  - D. Oricând peste 12 luni BCR-ABL 1%
  - E. La 3 luni BCR-ABL 30%
177. Care dintre următoarele afirmații referitoare la monitorizarea răspunsului citogenetic (RcyC) și molecular (RM) în leucemia mieloidă cronică sunt adevărate?
- A. La diagnostic se efectuează examen citogenetic și evaluare BCR-ABL
  - B. În timpul tratamentului se determină transcriptul BCR-ABL la fiecare 3 luni până la obținerea MMR (BCR-ABL 0,1%), apoi la 3-6 luni ; exam citogenetic din măduva osoasă la 3, 6, 12 luni până la obținerea RcyC
  - C. Examen citogenetic și molecular lunar
  - D. Examen citogenetic și molecular anual
  - E. În caz de lipsă de răspuns sau progresia bolii se indică analize mutaționale
178. Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul fazei accelerate în leucemia mieloidă cronică sunt adevărate?
- A. Se poate recurge la polichimioterapie de tipul hidroxiuree +Ara-C asociată tratamentului cu inhibitori de tirozinkinaza
  - B. Se întrerupe tratamentul cu inhibitori de tirozinkinază
  - C. Tratament cu interferon
  - D. Se are în vedere transplantul medular allogen
  - E. Polichimioterapie agresivă
179. Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul puseului blastice în leucemia mieloidă cronică sunt adevărate?
- A. Este similar cu cel aplicat în leucemia acută
  - B. Combinațiilor de polichimioterapie li se poate asocia un inhibitor de tirozinkinază
  - C. Nu se recomandă allotransplantul de măduvă osoasă datorită riscurilor prea mari
  - D. Sunt în studiu alte substanțe, ca: inhibitori multikinazici, inhibitori de farnesiltransferază, agenți hipometilanți, inhibitori de histondeacetilază, vaccinuri peptidice
  - E. Tratament cu interferon
180. Care este durata tratamentului cu inhibitori de tirozinkinază în leucemia mieloidă cronică?
- A. 3 luni
  - B. Toată viața
  - C. Nu se cunoaște
  - D. Se întrerupe tratamentul la bolnavii care sunt de cel puțin 2 ani în remisiune moleculară completă, cu monitorizarea atentă a evoluției
  - E. Pe o durată nedeterminată

## Răspunsuri Hematologie-Oncologie

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

- 148. A, B, E
- 149. A, D, E
- 150. A, B, C
- 151. B, C, D
- 152. C, D, E
- 153. A, D, E
- 154. D
- 155. A, B
- 156. D, E
- 157. E
- 158. B, C, D
- 159. B
- 160. A, B, C
- 161. E
- 162. A, B, E
- 163. A, B
- 164. A, B, C, D
- 165. A, C
- 166. A, C, D
- 167. B
- 168. D
- 169. A, D, E
- 170. B, C, D
- 171. A, C
- 172. A, B, C
- 173. A, C, E
- 174. A, B, D
- 175. A, B
- 176. A, C
- 177. A, B, E
- 178. A, D
- 179. A, B, D
- 180. C, D, E



## Endocrinologie

1. \* Anticorpul antireceptor de TSH (TRAb) sunt prezenți în:
  - A. Boala Graves
  - B. Tiroidita cronică autoimună
  - C. Tiroidita subacută
  - D. Gușa nodulară
  - E. Adenomul toxic
2. Cele mai frecvente forme de hipertiroidie cu TSH supresat și radioiodocaptarea (RIC) crescută sunt:
  - A. Boala Graves
  - B. Adenomul toxic
  - C. Gușa polinodulară hipertiroidizată
  - D. Cancerul tiroidian
  - E. Tiroidita subacută
3. Antiroidienele de sinteză prezintă următoarele caracteristici:
  - A. Se indică în toate formele de hipotiroidie
  - B. Blochează hormonosinteza tiroidiană
  - C. Prezintă printre reacțiile adverse agranulocitoza
  - D. Se administrează toată viața
  - E. Se administrează inițial în doze mai mici care se cresc progresiv
4. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la efectele iodului și produselor care conțin iod asupra tiroidei:
  - A. Inhibă acut organificarea iodului
  - B. Inhibă eliberarea hormonilor tiroidieni
  - C. Se utilizează în tratamentul hipotiroidiei
  - D. În cazul unei hipertiroidii, utilizarea lor ca terapie singulară nu este indicată
  - E. Se utilizează posttiroidectomie totală, ca tratament de substituție
5. Criza tireotoxică:
  - A. Este o situație deseori amenințătoare de viață
  - B. Poate să apară după intervenții chirurgicale
  - C. Este o situație în care nu se administrează iodura de potasiu
  - D. Necesită reechilibrare hidroelectrolitică și oxigenoterapie
  - E. Se însoțește de hipotensiune arterială și bradicardie
6. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la evoluția bolii Graves-Basedow:
  - A. Este ondulantă, cu perioade de remisiuni și exacerbări
  - B. După 1-2 ani de terapie, se vindecă în toate cazurile
  - C. 25% din cazuri pot dezvolta, după o perioadă, hipotiroidie
  - D. După sistarea terapiei cu antiroidiene, 30-50% recidivează
  - E. Eutiroidizarea nu se obține niciodată
7. \* Tratamentul hipertiroidismului indus de amiodaronă de tip 1 (tireotxicoza) cuprinde:
  - A. Antiroidiene de sinteză - Metimazol
  - B. Antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
  - C. Corticoterapie
  - D. Soluție de iodură de potasiu
  - E. Radioiodoterapie
8. În oftalmopatia din boala Graves, este adevărat că:
  - A. Renunțarea la fumat este recomandată
  - B. Nu se utilizează niciodată lacrimi artificiale

- C. Corticoterapia nu este benefică
  - D. Decomprimarea orbitală chirurgicală se face la cazurile severe
  - E. Diplopia poate persista după remisia episodului acut.
9. Tiroidita subacută (de Quervain) prezintă următoarele aspecte:
- A. Se caracterizează prin distrucția parenchimului tiroidian și infiltrat cu fagocite mari și celule gigante
  - B. Este de etiologie bacteriană
  - C. Evoluează cu sindrom inflamator important
  - D. Sub aspect funcțional, evoluția este cu normofuncție
  - E. 10% din cazuri pot dezvolta hipotiroidism permanent
10. În etiologia hipotiroidismului secundar întâlnim:
- A. Tiroidita cronică limfocitară
  - B. Deficitul de iod
  - C. Tumorile hipofizare
  - D. Deficitul izolat de TSH
  - E. Tiroidectomia totală
11. \* În hipotiroidie pot apărea următoarele modificări:
- A. Leucocitoză
  - B. Hiperglicemie
  - C. Anemie
  - D. Scăderea LDL-colesterolului
  - E. Hipernatremie
12. La nivelul aparatului cardiovascular, hipotiroidia se manifestă prin:
- A. Tahicardie
  - B. HTA diastolică
  - C. Pericardită
  - D. Prezența de complexe QRS hipovoltate pe EKG
  - E. Endocardită
13. \* Hipotiroidismul secundar se caracterizează prin:
- A. Etiologie autoimună
  - B. Tablou hormonal: TSH crescut, hormoni periferici scăzuți
  - C. Anticorpi antitiroidieni crescuți
  - D. Sediul leziunii este la nivel hipofizar sau hipotalamic
  - E. Aspectul ecografic al tiroidei este marcat hipoecogen
14. Diagnosticul diferențial al hipotiroidismului se face cu:
- A. Sindromul nefrotic
  - B. Sindromul depresiv
  - C. Sindromul bolii eutiroidiene (sindromul de T3 scăzut)
  - D. Hipercorticismul
  - E. Hipolipoproteinemia
15. Gușa toxică polinodulară este caracterizată prin:
- A. Hipertiroidism
  - B. Hipotiroidism
  - C. Gușa polinodulară de dimensiuni variabile
  - D. Dermopatie infiltrativă (frecvent)
  - E. Frecvența mare în copilărie
16. Selectați semnele și simptomele caracteristice bolii Graves:
- A. Transpirații excesive
  - B. Intoleranță la frig
  - C. Creștere ponderală datorată apetitului exagerat
  - D. Constipație

- E. Nervozitate și fatigabilitate
17. Examenul clinic în boala Graves decelează:
- Gusă polinodulară
  - Gușă cu suflu la auscultație
  - Mixedem pretibial, care este rar întâlnit
  - Bradycardie sinusală
  - Oftalmopatia, care este întâlnită la aproximativ jumătate din pacienții cu boală Graves
18. Scintigrafia cu iod radioactiv are următoarele caracteristici:
- Decelează doar nodulii calzi
  - Poate fi utilizată la femeile însărcinate
  - Este utilă pentru determinarea morfologiei tiroidiene
  - Este utilă pentru determinarea activității tiroidiene
  - La pacienții alergici la iod, se poate efectua scintigrafie cu TC 99m-pertechnetatechnețiu
19. Tratamentul în boala Graves constă în:
- Dietă fără grăsimi
  - Fumatul poate ajuta la remiterea simptomatologiei
  - Odihnă și o nutriție corespunzătoare
  - Betablocante, care ameliorează simptomele de tireotoxicoză
  - Antitiroidiene de sinteză
20. Tratamentul medicamentos în boala Graves are următoarele caracteristici:
- Metronidazolul și propiltiouracilul inhibă procesul de formare al T4 și T3
  - Datorită existenței riscului de hepatotoxicitate, se preferă metimazolul ca medicament de primă intenție în locul propiltiouracilului
  - Propiltiouracilul este preferat la femei în primul trimestru de sarcină
  - La folosirea metimazolului s-au observat, foarte frecvent, efecte teratogene
  - În general tratamentul cu antitiroidiene se începe cu doze mici, care se cresc progresiv
21. Tireotoxicoza:
- Este caracterizată prin expunerea excesivă a țesuturilor la niveluri scăzute de hormoni tiroidieni
  - Se datorează hiperactivității glandei tiroide
  - Poate să apară prin producție ectopică de hormoni tiroidieni
  - Poate să apară după administrarea insuficientă de hormoni tiroidieni
  - Uneori asociază oftalmopatie
22. Tabloul clinic al bolii Graves cuprinde:
- Scădere ponderală cu apetit păstrat:
  - Bradycardie
  - Tranzit intestinal accelerat
  - Palpitații
  - Frilozitate
23. Paraclinic, în boala Graves putem întâlni:
- Nivel plasmatic de TSH supresat și FT4 crescut
  - Nivel plasmatic de TSH crescut și FT4 scăzut
  - Autoanticorpii tiroidieni antitireoglobulină și antiperoxidază, care sunt de obicei pozitivi
  - Ecografic, gușă difuză, hipoecogenă
  - Nivel plasmatic de TSH crescut și FT4 crescut
24. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la tratamentul în boala Graves Basedow:
- Betablocantele se utilizează pentru ameliorarea simptomelor de tireotoxicoză

- B. Terapia de substituție cu hormoni tiroidieni este de elecție
  - C. Renunțarea la fumat este necesară în oftalmopatie
  - D. Antitirodiencele de sinteză sunt terapia de elecție
  - E. Propiltiouracilul nu este permis în sarcină
25. Sunt principii și măsuri adjuvante în boala Graves Basedow:
- A. Nutriție corespunzătoare
  - B. Sedative
  - C. Renunțare la fumat
  - D. Alfa blocante adrenergice
  - E. Analogi de somatostatină
26. \* Tireotxicoza din boala Graves se datorează:
- A. Hipoactivității glandei tiroide
  - B. Hiperactivității glandei tiroide
  - C. Hiposecreției hormonilor tiroidieni
  - D. Radioiodocaptării reduse
  - E. Creșterii TSH-ului
27. \* Boala Graves se caracterizează prin:
- A. Gusă difuză și hipertiroidism
  - B. Lipsa oftalmopatiei
  - C. Frecvență mai mare la bărbați decât la femei
  - D. Semne și simptome determinate de deficitul de hormoni tiroidieni
  - E. Tratament de substituție pentru toată viața
28. \* Tiroida din boala Graves este:
- A. Absentă
  - B. Cu vascularizație absentă
  - C. Cu vascularizație crescută
  - D. Fără infiltrat cu limfocite T
  - E. Hiperecogenă, omogenă și fără fibroză
29. \* Diagnosticul paraclinic în boala Graves indică:
- A. TSH crescut, FT4 scăzut
  - B. TSH crescut și TRAb absenți
  - C. TSH scăzut și FT4 scăzut
  - D. La scintigrafia tiroidiană apare o tiroidă global mărită de volum
  - E. La scintigrafia tiroidiană, captarea scăzută este tipică bolii Graves
30. \* În boala Graves:
- A. Mecanismul de apariție al bolii este autoimun
  - B. Tratamentul medicamentos se face cu hormoni tiroidieni
  - C. Tratamentul chirurgical este de primă intenție
  - D. Tratamentul cu antitirodience de sinteză se face toată viața
  - E. Gușa este polinodulară
31. Diagnosticul diferențial al oftalmopatiei din boala Graves, când este unilaterală, se face cu:
- A. Neoplasmul orbital
  - B. Bolile infiltrative
  - C. Pseudotumor orbital
  - D. Tumorile hipofizare
  - E. Tromboza de venă cavă
32. Care dintre următoarele afirmații privind adenoamele tiroidiene sunt adevărate?
- A. Sunt tumori benigne
  - B. Sunt tumori maligne
  - C. Pot da metastaze

- D. Pot fi adenoame papilare sau foliculare
  - E. Pot fi carcinoame tiroidiene medulare
33. \* Care din următoarele tipuri de cancer tiroidian derivă din epiteliul folicular?
- A. Carcinomul medular
  - B. Carcinomul papilar
  - C. Sarcoidoza tiroidiană
  - D. Tiroidita Hashimoto
  - E. Metastazele tiroidiene ale altor cancere
34. Factorii de risc pentru cancerul tiroidian sunt reprezentați de:
- A. Vârsta de peste 70 de ani
  - B. Antecedentele de chist hemoragic în familie
  - C. Antecedente familiale de boală Graves-Basedow
  - D. Antecedente de iradiere la nivelul capului și gâtului
  - E. Sexul feminin
35. \* Procentul nodulilor maligni la pacienții cu boală Graves-Basedow este de:
- A. 50%
  - B. 100%
  - C. 9%
  - D. 0%
  - E. 25%
36. Biopsia tiroidiană prin puncția-aspirație cu ac fin:
- A. Se indică la nodulii sub 1 cm cu aspecte ecografice de benignitate, fără elemente anamnestice de risc înalt
  - B. Se recomandă la toți nodulii de peste 10 mm, hipoecogeni, cu margini neregulate, microcalcificări și circulație intranodulară accentuată
  - C. Se recomandă la toți pacienții cu istoric de iradiere cervicală
  - D. Nu se indică la nodulii mai mici de 10 mm, dacă nu există caractere ecografice de suspiciune
  - E. Se indică întotdeauna la nodulii tiroidieni sub 10 mm, indiferent de aspectul lor ecografic
37. Tumorile tiroidiene benigne sunt reprezentate de:
- A. Limfomul malign primar tiroidian
  - B. Adenomul folicular
  - C. Carcinomul medular din cadrul sindroamelor de neoplazii endocrine multiple
  - D. Chistul tiroidian
  - E. Carcinosarcomul
38. În evaluarea nodulilor tiroidieni, investigațiile imagistice de înaltă rezoluție (rezonanța magnetică nucleară, tomografia computerizată):
- A. Se recomandă la toți nodulii tiroidieni, ca examen de rutină
  - B. Se indică doar în leziunile mari, invazive
  - C. Se indică doar în cazul gușilor uninodulare
  - D. Nu sunt indicate ca examen de rutină în evaluarea nodulilor tiroidieni
  - E. Se indică în cazul leziunilor mari, asociate cu paralizie recurentială
39. Ecografia tiroidiană se recomandă în următoarele situații:
- A. Pacienți cu istoric de iradiere externă
  - B. În populația generală (ca metodă de screening)
  - C. Pacienți cu tiroidă normală la palpare și risc scăzut pentru malignitate
  - D. Pacienți fără risc crescut, fără antecedente familiale de cancer tiroidian
  - E. Pacienți cu noduli palpabili
40. Indicațiile repetării puncției-aspirative tiroidiene cu ac fin în cazul unui nodul tiroidian sunt reprezentate de:

- A. Rezultat inițial pozitiv (malign)
  - B. Creșterea nodulului
  - C. Nodul tiroidian mai mare de 4 cm
  - D. Rezultat inițial benign
  - E. Refacerea chistului
41. \* Care dintre următoarele afirmații privind cancerul tiroidian este adevărată:
- A. Epidemiologia formelor de cancer nu este influențată de aportul iodat
  - B. Cancerul papilar este de trei ori mai frecvent la femei
  - C. Este cel mai rar cancer endocrin
  - D. Cel mai frecvent tip de cancer este cel folicular
  - E. Cancerul tiroidian reprezintă 25% dintre nodulii tiroidieni
42. Care dintre următoarele afirmații privind tratamentul mixedemului congenital sunt adevărate:
- A. Include preparate de tiroxină și triiodotironină
  - B. Se administrează levotiroxină oral 10-15 μg/kgc/zi
  - C. Scopul tratamentului constă în normalizarea cât mai rapidă a concentrației serice de T4
  - D. Când se suspectează hipotiroidism tranzitor, nu se începe tratamentul cu levotiroxină
  - E. Supradozajul determină tirotoxicoză iatrogenă, cu craniosinostoză prematură
43. Monitorizarea tratamentului în mixedemul congenital:
- A. Include dozarea TSH și FT4 săptămânal în primele 12 luni de tratament
  - B. Eficiența tratamentului este reprezentată de menținerea unor valori normale ale T4 serice și a unor valori ușor crescute ale TSH-ului seric
  - C. Dozarea TSH și a FT4 se repetă la 4 săptămâni după fiecare ajustare de doză
  - D. Include dozarea TSH, FT4 la 2 și 4 săptămâni de la inițierea terapiei, apoi lunar în primele 6 luni de viață
  - E. Toți copiii trebuie reevaluați la vârsta de 6 luni, după întreruperea tratamentului timp de 1 lună
44. Care dintre următoarele afirmații privind nodulii tiroidieni sunt adevărate:
- A. Sunt mai frecvenți la femei
  - B. Riscul de malignitate este mai mare la nodulii solitari
  - C. Riscul de cancer tiroidian este mai mare la bărbați
  - D. Se asociază întotdeauna cu eutiroidie
  - E. Întotdeauna prezintă indicație chirurgicală
45. Nodulii tiroidieni pot să determine următoarele simptome:
- A. Disfagie
  - B. Ateromatoză carotidiană
  - C. Pirozis
  - D. Disfonie
  - E. Apnee în somn
46. Evaluarea imagistică a tiroidei include:
- A. Dozarea TSH, FT4
  - B. Puncția-aspirativă cu ac fin
  - C. Ecografia tiroidiană
  - D. Dozarea calcitoninei serice
  - E. Tomografia computerizată
47. \* La pacientele gravide cu hipotiroidism:
- A. Evaluarea TSH, FT4 nu este necesară, întrucât hipotiroxinemia maternă nu are efecte asupra dezvoltării fătului
  - B. Necesarul de hormoni tiroidieni nu este crescut

- C. Valoarea TSH matern în primul trimestru de sarcină sub 2,5 mUI/l crește riscul de avort
  - D. Sunt indicate pentru substituție preparatele combinate T4 și T3 (exemplu Novothyral)
  - E. Tratamentul substitutiv se face doar cu levotiroxină
48. \* Coma mixedematoasă:
- A. Poate fi precipitată de expunerea la frig
  - B. Apare de regulă la pacienții tineri
  - C. Nu necesită tratament într-o secție de terapie intensivă
  - D. Hipotermia este un semn clinic rar (doar 10% din cazuri)
  - E. Mortalitatea este scăzută
49. \* În hipotiroidismul congenital:
- A. Tratamentul substitutiv tiroidian poate fi instituit după pubertate
  - B. Hipotiroidismul subclinic nu necesită tratament
  - C. Întârzierea terapiei determină retard mental reversibil
  - D. Screening-ul se face în maternitate, la nou-născut, între a doua și a patra zi postnatal
  - E. Ecografia tiroidiană nu poate oferi date asupra țesutului tiroidian
50. \* Care dintre următoarele afirmații referitoare la fiziopatologia hipotiroidismului este falsă?
- A. Aspectul mixedematos, cu edeme care nu lasă godeu, apare datorită scăderii catabolizării glicozaminoglicanilor care se acumulează în derm și atrag apa
  - B. Retenția hidrosalină și creșterea rezistenței periferice produc HTA diastolică
  - C. Creșterea ponderală este datorată retenției hidrosaline în țesuturile mixedematoase
  - D. În hipotiroidism cresc frecvența respiratorie și răspunsul respirator la hipoxie și hipercapnie
  - E. Hiperprolactinemia ușoară din hipotiroidism se datorează creșterii TRH-ului
51. Următoarele afirmații referitoare la fiziopatologia hipotiroidismului sunt adevărate:
- A. Carotenodermia apare datorită hipercarotenemiei
  - B. Vasodilatația periferică determină hiperemie tegumentară și hipotensiune arterială diastolică
  - C. Scăderea contractilității miocardice și a alurii ventriculare determină scăderea volumului bătaie și bradicardie
  - D. Insuficiența respiratorie apare datorită scăderii frecvenței respiratorii și a scăderii răspunsului respirator la hipoxie și hipercapnie
  - E. Hipoacuzia apare datorită deshidratării de la nivelul urechii medii
52. În tiroidita Hashimoto:
- A. Evoluția hipotiroidismului este rapidă, ducând în timp scurt la comă mixedematoasă
  - B. Hipotiroidismul autoimun este datorat unei combinații de susceptibilitate genetică și factori de mediu
  - C. Există un marcat infiltrat limfoplasmocitar cu formare de centri germinativi
  - D. Apare o distrucție a celulelor tiroidiene mediată de limfocitele T citotoxice CD8+
  - E. Un obiectiv important al tratamentului îl constituie reducerea prin imunoterapie a titrului anticorpilor ATPO
53. Hipotiroidismul autoimun:
- A. Se poate asocia cu boala Addison autoimună (sindromul Schmidt)
  - B. Când se suspicionează asocierea lui cu o boală Addison, terapia de substituție tiroidiană se inițiază înaintea celei glucocorticoide

- C. Când se suspicionează asocierea lui cu o boală Addison, se inițiază întâi terapia de substituție glucocorticoidă și apoi terapia de substituție tiroidiană
  - D. Nu se asociază niciodată cu miastenia gravis
  - E. În această formă de hipotiroidism, titrele mari de anticorpi ATPO produc comă mixedematoasă
54. Hipotiroidismul secundar, hipotalamo-hipofizar:
- A. Apare prin scăderea semnificativă a țesutului tiroidian funcțional, consecutivă radioiodoterapiei
  - B. Apare datorită scăderii secreției de TSH sau prezenței în ser a unui TSH cu efect biologic scăzut
  - C. Nu apare niciodată ca și hipotiroidism congenital
  - D. Tratamentul urmărește normalizarea FT4
  - E. Când se asociază cu insuficiența corticosuprarenală secundară (în cadrul unui panhipopituitarism) se inițiază întâi terapia de substituție glucocorticoidă și apoi terapia de substituție tiroidiană
55. Tratamentul hipotiroidismului:
- A. Are ca obiective corectarea deficitului de hormoni tiroidieni și menținerea eutiroidismului, precum și prevenirea și/sau tratamentul complicațiilor
  - B. Se face în mod obligatoriu cu preparate care conțin ambii hormoni tiroidieni T3 și T4
  - C. Se face preferabil cu levotiroxină
  - D. Preparatele de hormoni tiroidieni se administrează în trei prize: dimineața, la prânz și seara
  - E. La pacienții vârstnici și la cei cu boală coronariană se începe cu doze mari de tiroxină, care se cresc repede, pentru o normalizare cât mai rapidă a TSH-ului plasmatic
56. Printre factorii precipitanți ai comei mixedematoase sunt:
- A. Tratamentul exclusiv cu levotiroxină
  - B. Tratamentul cu preparate combinate T3 și T4
  - C. Expunerea la frig
  - D. Infecții
  - E. Boli pulmonare cronice obstructive
57. În absența terapiei substitutive, în hipotiroidism pot apărea ca și complicații:
- A. Diabetul zaharat tip 1
  - B. Ateroscleroza
  - C. Vitiligo
  - D. Pleurezia
  - E. Pericardita
58. În tratamentul hipotiroidismului trebuie să se țină cont de următoarele principii:
- A. Necesarul de hormoni tiroidieni nu depinde de sex, vârstă și greutate corporală
  - B. La vârstnici se începe cu doze foarte mici de levotiroxină, care se cresc progresiv foarte lent
  - C. Pacienții vârstnici au un necesar mai mare cu circa 20% comparativ cu adulții tratați cu levotiroxină
  - D. Pacienții cu hipotiroidism subclinic trebuie tratați obligatoriu, indiferent de valoarea TSH
  - E. În sarcina cu hipotiroidism necesarul de hormoni tiroidieni este crescut și trebuie suplimentat cu  $\geq 50\%$
59. În hipotiroidismul congenital, este adevărat că:
- A. Majoritatea copiilor au aspect normal la naștere



- B. Fontanela anterioară are dimensiuni scăzute
  - C. Confirmarea diagnosticului se face prin recoltarea de sânge capilar din călcâi și determinare inițială a T4 total, urmată de dozarea ulterioară a TSH
  - D. Confirmarea diagnosticului se face prin dozarea TSH, FT4, T4 total din sângele venos
  - E. Retardul mental este reversibil indiferent de momentul instituirii tratamentului
60. Simptomele și semnele clinice ale hipotiroidismului congenital includ:
- A. Icter prelungit
  - B. Hipertonie
  - C. Macroglosie
  - D. Somnolență
  - E. Închiderea precoce a fontanelii anterioare
61. Tratamentul comei mixedematoase:
- A. Se instituie doar după confirmarea de laborator a diagnosticului prin dozarea TSH, FT4
  - B. Necesită suport ventilator, monitorizarea gazelor sanguine și monitorizare cardiacă
  - C. Corecția hipotermiei se face prin încălzire activă
  - D. Se administrează soluții hipotone intravenoase, deoarece bolnavii prezintă hipernatremie
  - E. Se administrează inițial o doză de încărcare de levotiroxină bolus 300-500 μg i.v.
62. \* În cancerul tiroidian diferențiat, tratamentul supresiv cu levothyroxină se justifică deoarece:
- A. TSH are funcție inhibitoare asupra proliferării celulelor derivate din epiteliul folicular tiroidian
  - B. TSH nu are nicio influență asupra proliferării celulelor derivate din epiteliul folicular tiroidian
  - C. TSH are efect stimulator asupra proliferării celulelor derivate din epiteliul folicular tiroidian
  - D. TSH are efect inhibitor asupra Tiroglobulinei serice
  - E. Are efect citotoxic asupra celulelor maligne
63. În cancerul tiroidian diferențiat, tratamentul cu levotiroxină se face cu doze care să ducă la valori ale TSH:
- A. Cuprinse în intervalul 0,1-0,5 mUI/L, în cazul pacienților cu risc scăzut, fără evidență imagistică de recădere, dar cu valori detectabile de tireoglobulină
  - B. Cuprinse în limite normale la pacienții cu un interval liber de boală de câțiva ani
  - C. Cuprinse în intervalul 0.5-1 mUI/L, în cazul pacienților cu risc scăzut, fără evidență imagistică de recădere, dar cu valori detectabile de tireoglobulină
  - D. Individualizate la categorii speciale de pacienți: vârstnici, femei în postclimax
  - E. Individualizate la categorii speciale de pacienți cum sunt copiii, femeile gravide, bărbații
64. \* Cancerul medular tiroidian derivă din:
- A. Celule C parafoliculare, secretante de tiroxină
  - B. Celule C parafoliculare, secretante de calcitonină
  - C. Celule foliculare tiroidiene, secretante de calcitonină
  - D. Celule foliculare tiroidiene secretante de tiroxină
  - E. Celule C parafoliculare secretante de tireoglobulină
65. Prezentarea clinică a unui carcinom medular tiroidian:
- A. Începe cu un nodul tiroidian

- B. Dozarea calcitoninei relevă valori crescute
  - C. Valorile tiroglobulinei patognomonice pentru diagnostic sunt discret crescute
  - D. Valorile calcitoninemiei sunt de ordinul zecilor/sutelor pg/ml în formele nonmetastatice
  - E. Valorile calcitoninei sunt de ordinul zecilor pg/ml în formele metastatice
66. În diagnosticul paraclinic al carcinomului medular tiroidian:
- A. Metodele imagistice de înaltă rezoluție sunt indicate la orice nivel al calcitoninei
  - B. Metodele imagistice de înaltă rezoluție sunt indicate la valori ale calcitoninei ce depășesc valoarea de 400 pg/ml
  - C. Puncția cu ac fin a nodulului tiroidian este considerată cu o valoare predictivă mai mare decât a calcitoninemiei
  - D. Puncția cu ac fin a nodulului tiroidian este considerată cu o valoare predictivă mai mică decât a calcitoninemiei
  - E. Puncția cu ac fin se indică obligatoriu în etapa preoperatorie a tuturor cazurilor cu valoarea ridicată a calcitoninei
67. \* Tratamentul de primă linie al carcinomului medular tiroidian este următorul:
- A. Chimioterapie
  - B. Tratament supresiv cu hormoni tiroidieni
  - C. Tratament chirurgical
  - D. Tratament cu iod radioactiv
  - E. Nici una din variantele de mai sus nu este corectă
68. Tratamentul carcinomului medular tiroidian (CMT) se bazează pe următoarele principii:
- A. CMT nu captează iodul, radioiodoterapia fiind inutilă
  - B. CMT captează iodul, radioiodoterapia fiind o etapă de bază în tratamentul acestui tip de carcinom
  - C. Singura metodă radicală și eficientă de tratament este chirurgia extensivă a leziunii primare și a adenopatiilor
  - D. Singura metodă radicală și eficientă de tratament este radioterapia extensivă a leziunii primare, a adenopatiilor și disecția ganglionară
  - E. Nu există metodă de tratament radical
69. Carcinomul medular tiroidian:
- A. Derivă din celulele foliculare tiroidiene
  - B. Poate fi parte a unor sindroame familiale: MEN 2 A, MEN 2B
  - C. Poate fi parte a unor sindroame familiale: MEN 1, MEN 2 A, MEN 2B
  - D. Prezența unui diagnostic în cadrul sindroamelor familiale impune supravegherea apariției celorlalte elemente ale sindromului: feocromocitom și hiperparatiroidism
  - E. Reprezintă cea mai frecventă formă de cancer tiroidian
70. Cancerul tiroidian anaplastic
- A. Este cel mai agresiv cancer tiroidian
  - B. Este unul din cele mai agresive forme de cancer la om
  - C. Este un cancer cu evoluție lentă
  - D. Supraviețuirea din momentul diagnosticului este de circa 6 ani
  - E. Supraviețuirea din momentul diagnosticului este mai mică de 6 luni
71. În cancerul anaplastic tiroidian:
- A. Tabloul clinic este dominat de prezența unei guși nodulare dure, fixate, cu invazie locoregională
  - B. Tabloul clinic este nesugestiv
  - C. Palparea cervicală relevă o gușă de dimensiuni mari, moale, mobilă cu deglutiția

- D. Palparea cervicală relevă o gușă dură, polinodulară, puțin mobilă sau imobilă cu deglutiția
  - E. Tumora nu evoluează cu extensie locoregională
72. Nodulii tiroidieni sunt mai frecvenți:
- A. La femei
  - B. La bărbați
  - C. La copii
  - D. În zonele cu aport normal de iod
  - E. La cei cu istoric de expunere la radiații
73. Etiologia tireotxicozei cu TSH supresat și radioiodocaptarea (RIC) scăzută include:
- A. Boala Graves
  - B. Tiroidita subacută virală
  - C. Tireotxicoza factitia
  - D. Adenomul toxic tiroidian
  - E. Adenomul hipofizar secretant de TSH
74. Tratamentul chirurgical în boala Graves este indicat în următoarele situații:
- A. Pacienți cu gușă mare sau polinodulară
  - B. Pacienți cu gușă mică
  - C. Pacienți cu noduli tiroidieni suspecti
  - D. Pacienți alergici la antitirodine de sinteză
  - E. Pacienți complianți la tratamentul medicamentos
75. \* Tratamentul cu iod radioactiv la pacienții cu boală Graves:
- A. Reprezintă o opțiune terapeutică în perioada copilăriei
  - B. Reprezintă o opțiune terapeutică în cazul pacienților de peste 21 de ani
  - C. Se face înainte de atingerea eutiroidiei
  - D. Duce rar la hipotirodie (la aproximativ 10% din pacienții astfel tratați)
  - E. Determină ulterior infertilitate la femei

## Răspunsuri Endocrinologie

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

## Boli infecțioase

1. Virusurile hepatitice A și E sunt transmise pe cale:
  - A. Respiratorie
  - B. Fecal-orală
  - C. Sexuală
  - D. Cutanată
  - E. De la un pacient la altul
2. \* Care din următoarele afirmații este adevărată la virusul hepatitic E este adevărată?
  - A. Este endemic în România
  - B. Este frecvent în România
  - C. Este relativ rar întâlnit în România
  - D. Este responsabil de epidemii hidrice în România
  - E. Este responsabil de epidemii digestive în România
3. Transmiterea virusului hepatitic A (VHA) poate fi prevenită prin:
  - A. Vaccinare anti-VHA, două doze
  - B. Vaccinare anti-VHA, trei doze
  - C. Imunizare concomitentă anti-VHA și anti-VHB
  - D. Imunizare concomitentă anti-VHA și anti-VHE
  - E. Imunizare concomitentă anti-VHA și anti-VHD
4. \* Perioada de contagiozitate în cazul hepatitei A începe înainte de debutul simptomatologiei, cu:
  - A. Circa 3 zile
  - B. Circa o săptămână
  - C. Circa două săptămâni
  - D. Zece zile
  - E. Trei săptămâni
5. În hepatita acută virală A, debutul clinic poate consta în:
  - A. Astenie
  - B. Tulburări gastrointestinale
  - C. Sindrom pseudogripal
  - D. Sindrom meningeal
  - E. Sindrom nefrotic
6. \* Scăderea rapidă în dimensiuni a ficatului în hepatita acută A sugerează:
  - A. Hemoragie digestivă superioară
  - B. Apariția icterului
  - C. Hemoragie digestivă inferioară
  - D. O evoluție fulminantă
  - E. Apariția febrei
7. \* Riscul dezvoltării unei forme fulminante în hepatita acută A este:
  - A. Foarte ridicat
  - B. Scăzut
  - C. Dublu comparativ cu hepatita acută E
  - D. Dublu comparativ cu hepatita acută B
  - E. Inexistent
8. În hepatita acută E, elemente sugestive pentru evoluția spre o formă fulminantă sunt:
  - A. Icterul accentuat
  - B. Constipația
  - C. Fatigabilitatea pronunțată

- D. Diareea
  - E. Sângerările
9. Selectați enunțurile adevărate referitoare la hepatita acută A:
- A. Transaminazele sunt în general crescute de peste 20 de ori limita superioară a normalului
  - B. Transaminaza ALT este mai specifică pentru țesutul hepatic
  - C. Transaminazele sunt în general crescute de peste 10 de ori limita superioară a normalului
  - D. Transaminaza AST este mai specifică pentru țesutul hepatic
  - E. Valoarea concentrației de protrombină se modifică după apariția semnelor clinice de decompensare
10. Diagnosticul diferențial în hepatita acută A include:
- A. Pneumonia bacteriană
  - B. Trichineloză
  - C. Hepatitele autoimune
  - D. Hepatitele medicamentoase
  - E. Boala Wilson
11. Virusul hepatitic B este transmis pe cale:
- A. Digestivă
  - B. Respiratorie
  - C. Sexuală
  - D. Renală
  - E. Verticală
12. Virusul hepatitic B este transmis prin:
- A. Sărut
  - B. Contact sexual neprotejat
  - C. Consum de droguri cu administrare intravenoasă
  - D. Piercing
  - E. Strănut
13. \*În România, prevalența infecției VHB este:
- A. Redusă
  - B. Ridică
  - C. Foarte crescută
  - D. Nesemnificativă
  - E. Foarte redusă
14. Selectați enunțurile adevărate referitoare la hepatita acută B:
- A. Virusul hepatitic B este transmis prin tatuaje
  - B. În România prevalența infecției VHB este redusă
  - C. Programul național de imunizare prevede vaccinarea anti-VHB a nou-născuților
  - D. Virusul hepatitic B este cu genom de tip ARN
  - E. În România prevalența infecției VHB este ridicată
15. Selectați enunțurile adevărate referitoare la antigenul (Ag) HBs:
- A. Pozitiv-sugerează infecție recentă
  - B. Pozitiv- indică prezența infecției
  - C. Pozitiv-sugerează replicare virală
  - D. Pozitiv-sugerează vindecarea infecției cu VHB
  - E. Este antigenul de suprafață al VHB
16. Selectați enunțurile adevărate referitoare la prezența anticorpilor (Ac) anti HBs:
- A. Sugerează replicare virală
  - B. Indică clearance-ul infecției

- C. Indică protecție în urma vaccinării
  - D. Sugerează infecție recentă
  - E. Indică infecția acută cu VHB
17. Infecția acută cu virusul hepatitic B (VHB) include serologic:
- A. Ac HBs pozitivi
  - B. Ag HBs negativ
  - C. Ac HBc tip IgM pozitivi
  - D. Ag HBs pozitiv
  - E. Ac HBs negativi
18. În infecția cu virusul hepatitic B (VHB), evaluarea fibrozei hepatice se poate efectua prin:
- A. Puncție biopsie hepatică
  - B. Ecografie abdominală
  - C. Test FibroMax
  - D. Test FibroScan
  - E. Scintigrafie hepatică
19. În formele severe de hepatită acută B, este importantă monitorizarea:
- A. Hemoleucogramei
  - B. Colesterolului
  - C. Acidului uric
  - D. Concentrației de protrombină
  - E. Altor factori sintetizați la nivelul ficatului
20. \* Tratamentul hepatitei acute VHB + VHD include:
- A. Interferon pegylat cel puțin 24 de săptămâni
  - B. Interferon pegylat și ribavirină cel puțin 48 de săptămâni
  - C. Interferon pegylat cel puțin 48 de săptămâni
  - D. Analogi nucleozidici
  - E. Analogi nucleotidici
21. Selectați enunțurile adevărate referitoare la hepatita acută VHB+VHD:
- A. În prezent există un vaccin anti-VHD
  - B. Ac VHD IgM sunt necesari în diagnosticul suprainfecției VHB+VHD
  - C. Ac VHD IgM sunt necesari în diagnosticul coinfecției VHB+VHD
  - D. În prezent nu există un vaccin anti-VHD
  - E. Vaccinarea anti-VHB nu este utilă
22. Selectați enunțurile adevărate referitoare la virusul hepatitic delta (VHD):
- A. Are cale de transmitere digestivă
  - B. Are aceeași cale de transmitere ca virusul hepatitic C (VHC)
  - C. Are un genom de tip ARN, defectiv
  - D. Are anvelopă proprie
  - E. Are aceeași cale de transmitere ca virusul hepatitic B (VHB)
23. Virusul hepatitic C (VHC) se transmite pe cale:
- A. Respiratorie
  - B. Parenterală
  - C. Digestivă
  - D. Verticală
  - E. Sexuală
24. Hepatita acută C poate prezenta forme fulminante cu:
- A. Prognostic bun
  - B. Coagulopatie
  - C. Sindrom hemoragipar
  - D. Encefalopatie hepatică

- E. Hemiplegie
25. Virusul hepatitic C se transmite prin:
- consum de droguri cu administrare intravenoasă
  - consum de droguri cu administrare orală
  - consum de droguri cu administrare intranasală
  - sărut
  - tatuaje
26. Principalele căi de transmitere a infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV) sunt:
- Contact sexual neprotejat
  - Transmitere aeriană
  - Transmitere digestivă
  - Transmitere parenterală
  - Transmitere verticală
27. Următoarele afirmații sunt adevărate privind virusul imunodeficienței umane (HIV):
- Face parte din familia herpesviridae
  - Face parte din familia retrovirusuri
  - Genomul este de tip ARN
  - Genomul este de tip ADN
  - Face parte din familia orthomixoviridae
28. Rezervoarele de latență în infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) sunt.
- Sistemul nervos central
  - Țesutul limfoid
  - Plămânul
  - Inexistente
  - Ineficiente, neprotejând virusul de medicația anti-retrovirală
29. \* Profilaxia infecțiilor oportuniste în infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) se recomandă în funcție de numărul limfocitelor CD4, astfel:
- Indiferent de numărul lor
  - Când valoarea lor scade sub 500 celule/mm<sup>3</sup>
  - Când valoarea lor scade sub 400 celule/mm<sup>3</sup>
  - Când valoarea lor scade sub 200 celule/mm<sup>3</sup>
  - Când valoarea lor scade sub 300 celule/mm<sup>3</sup>
30. Medicamentele antiretrovirale pot fi:
- Inhibitori de fuziune
  - Antagoniști de receptori CCR5
  - Inhibitori de neuramidază
  - Inhibitori de reverstranscriptază
  - Inhibitori de protează
31. La femeile însărcinate și cu infecție cu virusul imunodeficienței umane (HIV), următoarele afirmații sunt false:
- Tratamentul antiretroviral trebuie început cât mai repede
  - Tratamentul antiretroviral nu se administrează la femeile însărcinate
  - Nașterea se face prin cezariană
  - Nou născutul va fi alăptat la sân
  - Nou născutul nu va fi alăptat la sân
32. Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) poate asocia comorbidități oncologice. Care sunt acestea?
- Sarcom Kaposi
  - Limfom cerebral primitiv
  - Limfom non-Hodgkin
  - Sarcoidoză



- E. Cancer cervical (la femei)
33. \* "Cohorta HIV" se referă la copiii infectați cu virusul imunodeficienței umane (HIV) prin manevre asociate îngrijirilor medicale, născuți în perioada:
- A. 1980-1982
  - B. 1992-1995
  - C. 1987-1990
  - D. 1965-1970
  - E. 1995-1997
34. Referitor la infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV), următoarele afirmații sunt adevărate.
- A. Are o evoluție cronică
  - B. Are o evoluție acută
  - C. Este fatală în absența tratamentului specific
  - D. Se poate produce și debarasarea de virus în anumite cazuri, chiar în absența tratamentului specific
  - E. Este autolimitată
35. \* Eșecul imunologic în infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) este definit prin:
- A. Scăderea CD4 sub tratament
  - B. Creșterea CD4 sub tratament
  - C. Creșterea factorului reumatoid sub tratament
  - D. Creșterea D-dimerilor
  - E. Scăderea D-dimerilor
36. În infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) pot exista următoarele etape evolutive:
- A. Infecția acută
  - B. Etapa asimptomatică
  - C. Etapa simptomatică
  - D. Nu există niciodată etapa asimptomatică
  - E. Etapa SIDA
37. Patologii definitorii pentru etapa SIDA a infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV) sunt:
- A. Sarcomul Kaposi
  - B. Encefalopatia HIV
  - C. Toxoplasmoza cerebrală
  - D. Tuberculoza
  - E. Sindromul mononucleosis-like
38. Etapa SIDA infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV) este definită prin.
- A. Scăderea numărului celulelor CD4 sub 300/mm<sup>3</sup>
  - B. Scăderea numărului celulelor CD4 sub 200/mm<sup>3</sup>
  - C. Apariția unei patologii definitorii pentru SIDA
  - D. Scăderea numărului celulelor CD4 sub 400/mm<sup>3</sup>
  - E. Creșterea numărului celulelor CD4 peste 200/mm<sup>3</sup>
39. Sepsisul poate fi determinat.
- A. Numai de infecții bacteriene
  - B. Numai de infecții virale
  - C. De infecții bacteriene și virale
  - D. De prioni
  - E. Poate fi determinat și de infecții fungice
40. Sunt criteriile pentru definirea sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS):
- A. Limfocitoză

- B. Limfopenie
  - C. Leucocitoză sau leucopenie
  - D. Bradicardie
  - E. Febră sau hipotermie
41. Următoarele afirmații sunt adevărate referitoare la sepsis:
- A. Procalcitonina nu este utilă pentru a diferenția etiologia virală de cea bacteriană
  - B. Procalcitonina nu este un marker pentru sepsis
  - C. Procalcitonina poate fi utilizată pentru a diferenția etiologie virală de cea bacteriană
  - D. Procalcitonina este un marker pentru sepsis
  - E. Determinarea lactatului poate fi utilă în evaluarea șocului septic
42. \* Șocul septic este definit ca:
- A. Sepsis plus hipotensiune refractară la administrarea intravenoasă de fluide
  - B. Sepsis plus hipertensiune
  - C. Sepsis plus poliurie
  - D. Sepsis plus anizocorie
  - E. Bacteriemie
43. În sepsis, următoarele afirmații sunt false.
- A. Nu este extrem de importantă începerea tratamentului etiologic
  - B. Este extrem de importantă începerea tratamentului etiologic
  - C. Tratamentul antimicrobian se poate administra numai intramuscular
  - D. Nu se administrează asocieri de antibiotice
  - E. Este suficient numai tratamentul patogenic
44. În patogenia sepsisului următoarele afirmații sunt corecte.
- A. Se eliberează toxine bacteriene
  - B. Se eliberează exotoxine stafilococice
  - C. Apar citokine
  - D. Nu se eliberează niciodată endotoxine
  - E. Se poate instala coagularea intravasculară diseminată (CID)
45. \* Disfuncția de organ din sepsis poate fi identificată prin.
- A. Creșterea tensiunii arteriale sistolice peste 100 mmHg
  - B. Creșterea concentrației de protrombină în insuficiența hepatică
  - C. Creșterea tensiunii arteriale diastolice peste 80 mmHg
  - D. Trombocitoză
  - E. Trombocitopenie severă
46. Manifestările clinice din sepsis depind de:
- A. Sediul focarului primar
  - B. Caracteristicile pacientului
  - C. Severitatea disfuncției de organ
  - D. Comorbiditățile pacientului
  - E. Variații sezoniere
47. Referitor la hemoculturile în sepsis, este adevărat că:
- A. Se recoltează în puseu febril
  - B. Se recoltează 3 seturi de hemoculturi
  - C. Se recoltează ideal după începerea antibioterapiei
  - D. Nu este nevoie să se recolteze hemoculturi, deoarece oricum se administrează antibiotice cu spectru larg
  - E. Se recoltează minim 5 hemoculturi
48. \* Definiția actualizată în 2014 a sepsisului presupune:
- A. Sindrom de inflamație localizată

- B. Disfuncția organului la nivelul căruia este cantonată infecția
  - C. Infecție asociată cu răspuns inflamator sistemic și disfuncție de organ cu altă localizare decât sediul primar al infecției
  - D. Hipotensiune arterială refractară la administrarea intravenoasă de fluide
  - E. Prezența de bacterii în sânge
49. În sepsis, în context de imunodepresie, pot apare reactivări de infecții cu:
- A. Virus herpes simplex
  - B. Citomegalovirus
  - C. Virus varicelo-zosterian
  - D. Virus hepatitic A
  - E. Virus urlian
50. Cei "4D" ai terapiei antimicrobiene în sepsis iau în calcul.
- A. Right drug (antibiotic corect)
  - B. Right dose (doză corectă)
  - C. Right duration (durată corectă)
  - D. De-escaladation (dezescaladarea terapiei)
  - E. Right distribution (distribuție corectă)

## Răspunsuri Boli Infecțioase

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

## Nefrologie

1. Criteriile de diagnostic ale bolii cronice de rinichi (BCR), oricare cu o durată mai mare de 3 luni, sunt:
  - A. Albuminurie >30 mg/zi
  - B. Leziuni histologice ale rinichiului
  - C. Leziuni structurale ale rinichiului diagnosticate prin examene imagistice
  - D. Rata filtrării glomerulare mai mare de 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - E. Proteinurie <150mg/zi
2. \* Nu au risc crescut de a dezvolta boală cronică de rinichi bolnavii diagnosticați cu:
  - A. Hipertensiune arterială
  - B. Diabet zaharat
  - C. Lupus eritematos sistemic
  - D. Litiata renala
  - E. Hipertensiune pulmonară
3. Indicatorii de leziune a rinichiului sunt:
  - A. Albuminuria >30mg/zi
  - B. Albuminuria <30mg/zi
  - C. Anomalii hidroelectrolitice datorate leziunilor tubulilor renali
  - D. Hipertensiunea arterială
  - E. Leziuni histopatologice renale demonstrate prin biopsie renală
4. Diagnosticul pozitiv al bolii cronice de rinichi (BCR) presupune:
  - A. Demonstrarea indicatorilor de leziune a rinichiului
  - B. Reducerea ratei filtrării glomerulare sub 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - C. Demonstrarea caracterului cronic al condițiilor enunțate la punctele a și b
  - D. Lipsa indicatorilor de leziune renală
  - E. Antecedente de injurie acută a rinichiului
5. Următoarele afirmații despre albuminurie sunt corecte:
  - A. Este un semn precoce al glomerulopatiilor
  - B. Este componenta principală a proteinuriei în majoritatea bolilor rinichiului
  - C. Scăderea ei sub 30 mg/zi este asociată cu creșterea mortalității
  - D. Creșterea ei peste 30 mg/zi este asociată cu creșterea riscului cardiovascular
  - E. Testele de determinare cu bandeleta indicatoare sunt mai precise decât metodele de dozare
6. \* Selectați categoria de risc corect definită în boala cronică de rinichi:
  - A. A3: albuminurie <30mg/24h
  - B. A0: albuminurie între 30-300 mg/24h
  - C. A2: albuminurie >300 mg/24h
  - D. A1: proteinurie >500mg/24h
  - E. A1: raport albumină/creatinină în urina emisă spontan <30 mg/g
7. Următoarele afirmații despre rata de filtrare glomerulară (RFG) sunt corecte:
  - A. Creșterea peste 60ml/min indică insuficiență renală
  - B. Determinarea directă prin clearance-ul inulinei este „etalonul de aur”
  - C. Determinarea directă se face prin măsurarea clearance-ului unor substanțe endo- sau exogene
  - D. estimarea RFG se face prin formula CKD EPI 2012 sau MDRD
  - E. În prezent se recomandă, pentru evaluarea funcției renale, determinarea directă prin clearance-ul creatininei

8. \* Selectați stadiul incorect definit al bolii cronice de rinichi, în funcție de rata estimată de filtrare glomerulară (eRFG):
- G1: eRFG >90ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - G2: eRFG= 60-89 ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - G3a: eRFG= 45-59 ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - G4: eRFG= 15-29 ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - G2a: eRFG =30-59ml/min/1,73m<sup>2</sup>
9. În stadiul G5 al bolii cronice de rinichi sunt adevărate următoarele afirmații:
- Rata estimată a filtrării glomerulare (eRFG) > 60ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - eRFG < 15 ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - Pot exista manifestări clinice datorate hipertrofiei ventriculare stângi
  - Apar manifestări clinice datorate leziunilor viscerale uremice
  - Există doar manifestări clinice ale bolii renale primare
10. Selectați afirmațiile false în cazul bolii cronice de rinichi (BCR):
- Caracterul cronic al bolii cronice de rinichi (BCR) este definit de persistența leziunilor renale mai puțin de 3 luni
  - Testele de triaj pentru depistarea BCR sunt proteinuria și rata filtrării glomerulare (RFG)
  - Albuminuria nu face parte din testele de diagnostic ale BCR
  - RFG poate fi determinată direct sau poate fi estimată
  - Cauza BCR poate influența prognosticul pacientului
11. Persoanele cu risc crescut de boală cronică de rinichi (BCR) sunt cele care au:
- Diabet zaharat
  - Boli hepatice
  - Boli autoimune
  - Vârsta <20 ani
  - Hipertensiune arterială sistemică
12. La un pacient diabetic cu risc crescut de boală cronică de rinichi (BCR) sunt indicate următoarele acțiuni:
- Determinarea ratei filtrării glomerulare și determinarea (eRFG)
  - Determinarea albuminuriei
  - Repetarea determinării eRFG în 3 luni în caz de eRFG inițial <60ml/min/1,73m<sup>2</sup>
  - Dacă albuminuria este > 30mg/24 h, nu se recomandă repetarea albuminuriei
  - Dacă eRFG inițial este < 60ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, nu se recomandă repetarea eRFG
13. \*Selectați afirmația falsă despre mecanismele compensatorii declanșate de reducerea numărului de nefroni funcționali în boala cronică de rinichi:
- Hipertrofia nefronilor restanți
  - Hiperperfuzia nefronilor restanți
  - Hipertensiune intraglomerulară
  - Hiperfiltrare glomerulară
  - Regenerarea nefronilor prin angiogeneză capilară
14. Selectați afirmațiile corecte privitoare la boala cronică de rinichi (BCR):
- Progresia ei se face prin distrugerea progresivă a nefronilor
  - Reducerea numărului nefronilor funcționali nu are impact asupra nefronilor restanți
  - Nu apar leziuni glomerulare
  - Hipertensiunea glomerulară, hiperfiltrarea și proteinuria determină glomeruloscleroză

- E. Sistemul renină-angiotensină-aldosteron (SRAA) este unul din mecanismele compensatorii implicate în progresia BCR
15. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la tratamentul de prevenire a progresiei bolii cronice de rinichi (BCR):
- Scopul tratamentului este de a reduce declinul ratei filtrării glomerulare (eRFG) cât mai aproape de -1ml/min pe an
  - Implica controlul hipertensiunii arteriale
  - Implica controlul proteinuriei
  - Controlul simultan al hipertensiunii arteriale și al proteinuriei nu are influență benefică asupra progresiei BCR
  - Ținta tensiunii arteriale este aceeași, indiferent dacă pacientul este sau nu diabetic
16. \*Obiectivele și mijloacele terapeutice pentru prevenirea progreiei bolii cronice de rinichi nu variază în funcție de:
- Boala renala primara
  - Nivelul ratei de filtrare glomerulară (eRFG)
  - Vârsta biologică a pacientului
  - Comorbidități
  - Condiția socio-economică a pacientului
17. Modificările stilului de viață pentru scăderea progresiei bolii cronice de rinichi cuprind:
- Dieta hipersodată >6g sare/zi
  - Indice de masa corporala 20-25 kg/m<sup>2</sup>
  - Activitate fizica: mers pe jos 30 min/zi, 5 zile/saptamana
  - Dietă hiperproteică cu proteine >1,5 g/kg / zi
  - Continuarea fumatului
18. În prevenirea progresiei bolii cronice de rinichi, reducerea aportului de sare are următoarele efecte:
- Creșterea tensiunii arteriale
  - Scăderea proteinuriei cu aproape 20%
  - Potențarea acțiunii inhibitorilor sistemului renină angiotensină aldosteron (SRAA)
  - Scăderea presiunii intraglomerulare
  - Scăderea lipidelor serice
19. În boala cronică de rinichi (BCR), aportul excesiv de proteine determină:
- Creșterea presiunii intraglomerulare
  - Creșterea proteinuriei
  - Creșterea frecvenței cardiace
  - Scăderea lipidelor serice
  - Alcaloză metabolică
20. În prevenirea progresiei bolii cronice de rinichi, sunt adevărate următoarele afirmații:
- Se recomandă reducerea aportului de sare la <6g/zi
  - Aportul de energie este analog celui recomandat populației generale, dar trebuie adaptat în funcție de starea de nutriție și de comorbidități
  - Se recomandă aport de proteine modificat în funcție de rata filtrării glomerulare (eRFG)
  - Nu se recomandă activitate fizică regulată
  - Nu se recomandă renunțarea la fumat
21. În prevenirea progresiei bolii cronice de rinichi, activitatea fizică regulată are următoarele beneficii:
- Favorizează obezitatea
  - Reduce morbiditatea care necesită spitalizare

- C. Reduce capacitatea de efort
  - D. Contribuie la controlul masei corporale
  - E. Înrăutățește calitatea vieții
22. In ce privește controlul presiunii arteriale (PA) în boala cronică de rinichi, sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Riscul cardiovascular și riscul renal nu au legătură cu valorile tensiunii (presiunii) arteriale
  - B. În studiile controlate, intervenția terapeutică asupra PA a ameliorat prognosticul
  - C. Relatia dintre PA și mortalitate are forma literei J: mortalitatea descrește cu reducerea tensiunii arteriale și crește la valori mici ale PA
  - D. Ținta valorilor de tensiune arterială nu trebuie individualizată, e aceeași la orice vârstă
  - E. La persoanele cu vârsta de 70 ani sunt acceptabile valori de 140/70 mmHg
23. \* Selectați afirmația falsă referitoare la persoanele în vârstă de peste 70 ani, cu boală cronică de rinichi:
- A. Cea mai bună supraviețuire a fost înregistrată la valori ale tensiunii arteriale de 140/70 mmHg
  - B. Reducerea prea accentuată a tensiunii arteriale a fost asociată cu risc de injurie acută a rinichiului
  - C. Reducerea prea accentuată a tensiunii arteriale crește riscul de fracturi prin cădere
  - D. Tratatamentul tensiunii arteriale trebuie individualizat
  - E. Ținta pentru controlul tensiunii arteriale este aceeași, indiferent de vârstă
24. La pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR), inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (IECA) și blocanții receptorilor angiotensinei I:
- A. Sunt contraindicați când este prezentă albuminuria
  - B. Pot reduce proteinuria cu peste 20% prin efect hemodinamic
  - C. Reduc progresia BCR
  - D. Nu influențează tensiunea arterială
  - E. Ameliorează prognosticul cardiovascular
25. La pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR) și diabet zaharat, care au albuminurie peste 300mg/g creatinină, inhibitorii sistemului renină-angiotensină-aldosteron (SRAA):
- A. Influențează pozitiv funcția renală
  - B. Influențează pozitiv retinopatia
  - C. Sunt indicați chiar dacă tensiunea arterială este normală
  - D. Asocierea de inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei cu blocanții receptorilor angiotensinei I ameliorează semnificativ riscul cardio-vascular
  - E. Cresc presiunea de perfuzie a glomerulului
26. Efectul favorabil al inhibitorilor sistemului renină-angiotensină-aldosteron asupra progresiei bolii cronice de rinichi se datorează:
- A. Reducerii tensiunii arteriale
  - B. Reducerii proteinuriei prin efect hemodinamic
  - C. Reducerii presiunii de perfuzie a glomerulului
  - D. Asocierii cu anti-inflamatorii non-steroidiene
  - E. Creșterii presiunii de perfuzie a glomerulului
27. Consecințele nedorite ale scăderii presiunii de perfuzie intraglomerulară produsă de inhibitorii sistemului renină-angiotensină-aldosteron sunt:
- A. Reducerea marcată a ratei filtrării glomerulare (eRFG) la pacienții cu stenoze bilaterale ale arterelor renale



- B. Hipertensiune arterială
  - C. Creșterea riscului de injurie acut a rinichiului în caz de hipotensiune arterială
  - D. Creșterea eRFG la pacienții cu pielonefrită cronică
  - E. Creșterea riscului de injurie acută a rinichiului în caz de deshidratare
28. \*La pacienții cu boală cronică de rinichi, la 7 zile după inițierea tratamentului cu inhibitori ai enzimei de conversie sau cu sartani, se recomandă urmărirea:
- A. Greutății corporale
  - B. Numărului de respirații
  - C. Calcemiei
  - D. Sodiului seric
  - E. Creatininei
29. La pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR) și tratament cu inhibitori ai sistemului renină-angiotensină-aldosteron, se recomandă oprirea administrării acestora în următoarele situații:
- A. Tulburări digestive (vărsături, diaree)
  - B. Efectuare unor investigații imagistice cu substanță de contrast
  - C. Înaintea unor intervenții chirurgicale
  - D. Hipopotasemie
  - E. Hipertensiune arterială sistemică necontrolată
30. \*Antagoniștii aldosteronului – spironolactona și eplerenona – nu au acțiune :
- A. Antihipertensiva (prin efect diuretic)
  - B. Anti-proteinurica
  - C. Anti-fibrozanta
  - D. De limitare a remodelării vasculare și ventriculare
  - E. Anti-agregantă plachetară
31. La pacienții cu boală cronică de rinichi (BCR), antialdosteronicele:
- A. Cresc riscul de hiperkaliemie
  - B. Au efect antiproteinuric
  - C. Produc hipertensiune arterială
  - D. sunt întotdeauna contraindicate
  - E. Trebuie administrate în doze mici și cu prudență când rata filtrării glomerulare (eRFG) scade sub 60ml/min
32. Selectați afirmațiile corecte privind diureticele în tratamentul bolii cronice de rinichi (BCR):
- A. Diureticele tiazidice au eficiență maximă când rata filtrării glomerulare scade sub 60 ml/min
  - B. Diureticele de ansă sunt de elecție în stadiul 3b+ al BCR
  - C. Asocierea cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei este întotdeauna eficientă și lipsită de riscuri
  - D. Acțiunea diureticelor de ansă poate fi potențată prin asocierea cu tiazidice
  - E. Asocierea cu blocante ale canalelor de calciu este utilă
33. Diureticele tiazidice în tratamentul bolii cronice de rinichi (BCR):
- A. Au eficiență natriuretică mult crescută față de diureticele de ansă
  - B. Au efect diuretic limitat când rata filtrării glomerulare scade <50ml/min
  - C. Sunt indicate în monoterapie numai în stadiile 1-3 ale BCR
  - D. Sunt indicate în monoterapie numai în stadiul 5 al BCR
  - E. Sunt contraindicate în orice stadiu al BCR
34. Diureticele de ansă în tratamentul bolii cronice de rinichi (BCR):
- A. Acționează prin inhibiția reabsorbției sodiului la nivelul ansei Henle
  - B. În stadiile avansate ale BCR, eficiența diureticului este diminuată și sunt necesare doze mai mari

- C. Au eficiență natriuretică mult mai mică decât diureticele tiazidice
  - D. Pot determina injurie acută de rinichi prin hipovolemie
  - E. Nu se asociază niciodată cu diuretice tiazidice
35. \* Selectați afirmația falsă despre blocantele canalelor de calciu în tratamentul hipertensiunii arteriale la pacienții cu boală cronică de rinichi:
- A. Agravează insuficiența renală
  - B. Non-dihidropiridinele reduc proteinuria la diabetici, în asociere cu inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
  - C. Non-dihidropiridinele sunt periculoase în insuficiența cardiacă cu funcție sistolică scăzută, având efect cardiodepresor
  - D. Efectul lor hipotensor este potențat de asocierea cu diuretice
  - E. Dihidropiridinele sunt utile la pacienții cu disfuncție ventriculară diastolică
36. În boala cronică de rinichi, controlul dislipidemiei:
- A. Nu are influență asupra riscului cardio-vascular
  - B. Se recomandă a se face cu statine
  - C. Se face exact ca la populația generală
  - D. La bolnavii dializați se recomandă continuarea statinelor , dar nu și inițierea lor
  - E. Nu se face cu medicamente
37. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la controlul glicemiei la pacienții cu boală cronică de rinichi:
- A. Controlul intensiv al glicemiei (HbA1c<7%), ameliorează complicațiile microvasculare ale diabetului zaharat
  - B. Controlul intensiv al glicemiei (HbA1c<7%), ameliorează complicațiile macrovasculare ale diabetului zaharat
  - C. Controlul foarte strict al glicemiei a fost asociat cu risc crescut de hipoglicemie
  - D. Obiectivul tratamentului îl constituie menținerea în jur de 7% a HbA1c
  - E. La pacienții cu multiple comorbidități se indică menținerea HbA1c<5%
38. \*Nu este o complicație a bolii cronice de rinichi:
- A. Hiperhidratarea
  - B. Hiperpotasemia
  - C. Acidoza metabolică
  - D. Anemia
  - E. Alcaloza metabolică
39. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la tulburările hidro-electrolitice din boala cronică de rinichi (BCR):
- A. Apar cel mai frecvent în stadiile 1 și 2 al BCR
  - B. Sodiul se acumulează în sânge datorită scăderii eliminării urinare a acestuia
  - C. Retenția de sodiu determină creșterea osmolarității și, consecutiv, sete
  - D. Retenția de sodiu scade ingestia de lichide și determină deshidratare
  - E. Un exces de 9 g de sare determină retenția a 1 litru de apă
40. Retenția de sodiu și apă din boala cronică de rinichi determină:
- A. Hipertensiune arterială
  - B. Hipotensiune arterială
  - C. Hipertrofie ventriculară stângă
  - D. Decompensarea insuficienței cardiace
  - E. Acidoză metabolică
41. Hiperhidratarea din boala cronică de rinichi (BCR):
- A. Apare frecvent în stadiul 5 al BCR
  - B. Se manifestă clinic prin edeme
  - C. Poate fi evaluată prin bio-impedanță multifrecvență
  - D. Are ca tratament creșterea aportului de sare

- E. Răspunde la doze mici de diuretice
42. \*In boala cronică de rinichi, nu este o cauză a rezistenței edemelor la tratamentul diuretic:
- A. Aportul mare de sare
  - B. Proteinuria nefrotică
  - C. Administrarea concomitentă de antiinflamatoare nesteroidiene
  - D. Doza prea mică de diuretic
  - E. Mersul pe jos
43. \* Nu este o cauză a hiperpotasemiei din boala cronică de rinichi:
- A. Aportul crescut de fructe și legume
  - B. Administrarea de inhibitori ai sistemului renină-angiotensină-aldosteron
  - C. Acidoza
  - D. Hiperatabolismul (hemoliză, sângerari active)
  - E. Alcaloza
44. La pacienții cu boală cronică de rinichi, tratamentul hiperpotasemiei constă în:
- A. Continuarea dietei bogată în fructe și legume cu conținut mare de potasiu
  - B. Eliminarea medicației care determină creșterea potasiului seric
  - C. Creșterea excreției de potasiu prin diuretice kaliuretice
  - D. Administrarea intravenoasă de calciu gluconic
  - E. Administrarea orală de clorura de sodiu
45. \*La pacienții cu boală cronică de rinichi, hiperpotasemia este considerată la valori ale potasiului seric de peste:
- A. 6,5 mEq/l
  - B. 5,5 mEq/l
  - C. 4,5 mEq/l
  - D. 3,5 mEq/l
  - E. 3,5 mEq/l
46. Metodele de scădere a potasiului din sânge, la pacienții cu boală cronică de rinichi, constau în:
- A. Corectarea acidozei
  - B. Administrarea orală de clorura de sodiu
  - C. Administrarea intravenoasă de glucoză cu insulină
  - D. Administrarea de spironolactonă
  - E. Administrarea de furosemid
47. Selectați afirmațiile adevărate despre acidoza metabolică din boala cronică de rinichi (BCR):
- A. Este cea mai frecventă tulburare a metabolismului acido-bazic din BCR
  - B. Mecanismul patogenic al apariției acidozei metabolice presupune afectarea amoniogenezei și retenția anionilor fixi (sulfati, fosfați)
  - C. Este agravată de deshidratare și hiperatabolism (sângerari digestive, boli acute)
  - D. Se asociază cu hipopotasemie
  - E. În forme severe apare dispneea Cheyne-Stokes
48. \*Acidoza metabolică cronică din boala cronică de rinichi (BCR) nu are drept consecință:
- A. Hiperatabolismul muscular
  - B. Creșterea rezistenței la insulină
  - C. Hipopotasemia
  - D. Accelerarea progresiei BCR
  - E. Creșterea resorbției și reducerea formării țesutului osos

49. Referitor la tratamentul acidozei metabolice din boala cronică de rinichi (BCR), este adevărat că:
- Ghidurile sugerează menținerea bicarbonatului seric <math>< 15 \text{ mEq/l}</math>
  - Bicarbonatul de sodiu se administrează pe cale orală, în doze crescătoare în funcție de răspuns
  - Administrarea orală de bicarbonat de sodiu poate agrava hiperhidratarea datorită aportului suplimentar de sodiu
  - În cazul administrării orale de bicarbonat de sodiu se recomandă urmărirea semnelor de hiperhidratare și a valorilor tensiunii arteriale
  - Acidoza metabolică din BCR nu necesită niciodată tratament
50. Hiperhidratarea din boala cronică de rinichi poate fi cauzată de:
- Aportul insuficient de lichide și diureza crescută
  - Aportul crescut de sodiu și lichide în condițiile unei diureze diminuate
  - Aportul oral de bicarbonat de sodiu
  - Administrarea de diuretice în doze mari
  - Aportul crescut de proteine vegetale
51. Alterarea metabolismului mineral din boala cronică de rinichi determină:
- Calcificări vasculare
  - Anomalii ale scheletului osos
  - Scăderea mortalității cardio-vasculare și generale
  - Creșterea riscului de fracturi
  - Calcificări valvulare fără valoare prognostică
52. Patogenia tulburărilor metabolismului mineral și osos se caracterizează prin:
- Creșterea excreției urinare a fosfaților cu scăderea fosfatemiei
  - Secreție crescută de factor de creștere fibroblastic 23 (FGF23)
  - Secreție crescută de parathormon (PTH)
  - Creșterea nivelurilor de calcitriol și a numărului de receptori tisulari ai vitaminei D
  - Hipertrofia glandelor paratiroide
53. Următoarele afirmații sunt adevărate privind calcitriolul:
- Reprezintă forma activă a vitaminei D
  - Hidroxilarea renală a calcidiolului este stimulată de scăderea nivelurilor serice ale calciului și fosfatului
  - Hidroxilarea renală a calcidiolului este stimulată de creșterea factorului de creștere fibroblastic FGF 23
  - În boala cronică de rinichi nivelurile de calcitriol scad progresiv începând din stadiul 3 de boală cronică de rinichi
  - În boala cronică de rinichi există o reducere a numărului de receptori tisulari ai vitaminei D
54. Creșterea sintezei de factor de creștere fibroblastic 23 se asociază cu:
- Hipertrofie ventriculară stângă
  - Inhibiția secreției de parathormon
  - Scăderea eliminărilor urinare de fosfați
  - Creșterea absorbției intestinale a fosfaților
  - Scăderea nivelurilor de calcitriol prin inhibarea 1alfa hidroxilazei
55. \* Anomaliile scheletului osos din cadrul tulburării mineral osoase asociate bolii cronice de rinichi sunt reprezentate de următoarele, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- Osteită fibroasă
  - Boala osului adinamic
  - Osteomalacie
  - Leziuni osoase mixte

- E. Boala oaselor de sticlă
56. Anomaliile biochimice din cadrul tulburării mineral osoase asociate bolii cronice de rinichi (BCR) sunt reprezentate de:
- Creșterea factorului de creștere fibroblastic 23 (FGF23)
  - Creșterea nivelurilor de calcitriol
  - Creșterea secreției de parathormon
  - Hipercalcemie ce apare din stadiul 4 al BCR
  - Hiperfosfatemie, mai frecventă la scăderea ratei de filtrare glomerulară  $<30$  ml/min/1.73m<sup>2</sup>
57. Referitor la calcificările vasculare din cadrul tulburării mineral osoase asociate bolii cronice de rinichi, sunt adevărate următoarele afirmații:
- Sunt întâlnite la peste 50% dintre pacienții dializați
  - Sunt stimulate de hiperfosfatemie
  - Sunt localizate mai ales la nivelul intimei vasculare
  - Tomografia computerizată spiralată cu emisie de electroni reprezintă cea mai precisă metodă de evaluare a lor
  - Principalii promotori ai calcificărilor vasculare sunt reprezentați de: fetuina A, osteoprotegerina, proteina matriceală Gla, respectiv pirofosfat
58. Tratamentul tulburării mineral osoase asociate bolii cronice de rinichi include:
- Chelatori intestinali de fosfati
  - Rezine schimbătoare de ioni
  - Repleție cu derivați naturali ai vitaminei D
  - Paratiroidectomie în stadiul 3 de boală cronică de rinichi
  - Activatori ai receptorilor de vitamină D
59. \* Paratiroidectomia este indicată atunci când valorile parathormonului sunt:
- 300-500pg/ml
  - 500-700pg/ml
  - peste 800-1000pg/ml
  - 700-800pg/ml
  - 100- 300pg/ml
60. Referitor la complicațiile cardio-vasculare asociate bolii cronice de rinichi, următoarele afirmații sunt false:
- Riscul cardiovascular este mai mic decât cel renal
  - Probabilitatea de deces de cauză cardio-vasculară este de 6-10 ori mai mare comparativ cu probabilitatea de inițiere a tratamentului de substituție a funcției renale
  - Comparativ cu populația generală, ateroscleroza periferică nu este mai frecventă în boala cronică de rinichi
  - Proteinuria, respectiv scăderea ratei de filtrare glomerulară, nu reprezintă per se factori de risc cardiovasculari
  - Riscul de transformare hemoragică a accidentelor vasculare cerebrale ischemice este de 3 ori mai mare la pacienții cu boală cronică de rinichi comparativ cu populația generală
61. Disfuncția endotelială din boala cronică de rinichi:
- Este amplificată de stresul oxidativ și de unele toxine uremice
  - Este ameliorată de hiperhomocisteinemie
  - Este ameliorată de utilizarea preparatelor blocante ale sistemului renină-angiotensină-aldosteron
  - Este amplificată de inflamație
  - Este ameliorată de malnutriția proteică
62. Complicațiile cardio-vasculare la pacienții cu boală cronică de rinichi se remarcă prin:

- A. Rata crescută de restenozare post-stentare coronariană
  - B. Niveluri serice ale troponinei mai mici la pacienții cu boală cronică de rinichi comparativ cu populația generală
  - C. Leziunile de arterioscleroză sunt influențate de calcificările vasculare
  - D. Arterioscleroza determină rigiditate vasculară, creșterea presiunii pulsului, hipertrofia și fibroza ventriculului stâng
  - E. Leziunile de ateroscleroză se realizează prin hipertrofia și hiperplazia celulelor musculare netede vasculare cu îngroșarea și fibrozarea mediei
63. În patogenia producerii hipertrofiei de ventricul stâng (HVS) la pacienții cu boală cronică de rinichi intervin următorii factori:
- A. Hiperreactivitatea sistemului renină-angiotensină-aldosteron și a sistemului nervos simpatic
  - B. Elasticitatea crescută a arterelor mari
  - C. Nivelurile scăzute ale factorului de creștere fibroblastic 23 (FGF23)
  - D. Supraîncărcarea volemică și presională
  - E. Nivelurile crescute ale parathormonului
64. Pericardita din boala cronică de rinichi:
- A. Apare la pacienți cu boală cronică de rinichi stadiul 5
  - B. Reprezintă indicație de inițiere de urgență a dializei
  - C. Se manifestă prin durere precordială și frecătură pericardică
  - D. Tamponada pericardică apare la peste 50% din pacienți
  - E. Nu necesită reducerea dozelor de anticoagulant în timpul ședințelor de hemodializă
65. Terapia sindroamelor coronariene acute la pacienții cu boală cronică de rinichi se remarcă prin:
- A. Rata crescută de restenozare a stenturilor
  - B. Risc crescut de acumulare a heparinelor cu greutate moleculară mică
  - C. Contraindicație pentru utilizarea antagoniștilor receptorilor glicoproteinei IIb/IIIa (tirofiban, abciximab)
  - D. Mortalitate perioperatorie scăzută post by-pass aorto-coronarian
  - E. Rezultate superioare prin revascularizare prin by-pass aorto-coronarian comparativ cu stentarea transluminală
66. \* Principala cauză cardio-vasculară de deces la pacienții cu boală cronică de rinichi este:
- A. Infarctul miocardic acut
  - B. Moartea subită
  - C. Accidentul vascular cerebral hemoragic
  - D. Accidentul vascular cerebral ischemic
  - E. Infarctul intestinal
67. Privind complicațiile cardio-vasculare asociate bolii cronice de rinichi, selectați afirmațiile corecte:
- A. Valoarea indicelui gleznă-braț < 0.9 este predictibilă pentru obstrucție vasculară periferică
  - B. Valoarea indicelui gleznă-braț > 1.3 sugerează calcificări extensive ale mediei arterelor membrelor inferioare
  - C. Hiperhidratarea extra-vasculară pulmonară poate fi evaluată prin numărul imaginilor de "cometă"
  - D. Nivelurile peptidelor natriuretice nu se corelează cu gradul de hiperhidratare
  - E. Numărul "cometelor" pulmonare este invers proporțional cu volumul atrului stâng respectiv cu presiunea pulmonară
68. În tratamentul insuficienței cardiace la pacienții cu boală cronică de rinichi:

- A. Folosirea în exces a diureticelor pentru reducerea rapidă a volemiei poate genera leziune acută de rinichi
  - B. Diureticele economisitoare de potasiu se asociază cu risc crescut de hiperpotasemie la valori ale ratei filtrării glomerulare (RFG) < 30-45ml/min/1.73m<sup>2</sup>
  - C. Spironolactona este contraindicată absolut
  - D. Betablocantele se asociază cu risc crescut de dezvoltare a bradicardiei și a hipotensiunii simptomatice
  - E. Digoxinul nu necesită ajustarea dozelor la RFG, având eliminare preponderent hepatică
69. Privind greața și vărsăturile din boala cronică de rinichi, următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Sunt generate de concentrații crescute ale ureei
  - B. Necesită inițierea dializei dacă apar la pacienți cu RFG<10ml/min/1.73m<sup>2</sup>
  - C. Diselectrolitemiile, acidoza și dezechilibrele osmolarității generează grețuri și vărsături
  - D. Sunt independente de nivelul seric al ureei
  - E. Prokineticele-metoclopramidul sunt eficiente și nu necesită ajustarea dozelor la nivelul funcției renale
70. \* Nu este o complicație digestivă a bolii cronice de rinichi:
- A. Dispepsia cu grețuri și vărsături
  - B. Dismicrobismul intestinal
  - C. Sângerarea digestivă cronică
  - D. Sângerarea digestivă superioară acută
  - E. Hernia hiatală
71. Particularitățile ischemiei mezenterice la pacienții cu boală cronică de rinichi includ:
- A. Episoade acute mai frecvente la pacienții dializați timp îndelungat
  - B. Episoadele acute sunt favorizate de creșterea valorilor tensionale intradialitice
  - C. Episoadele acute nu sunt favorizate de volumele mari de ultrafiltrare și de insuficiența cardiacă
  - D. Diagnosticul de certitudine necesită laparoscopie
  - E. Mortalitate ridicată: >70% din pacienți
72. Perforația colonului la pacienții cu boală cronică de rinichi:
- A. Este generată mai frecvent de diverticulită și obstrucție
  - B. Este în relație cu asocierea amiloidozei beta 2microglobulinice cu consumul de sorbitol-polistiren sulfonat respectiv existența frecventă a fecaloamelor
  - C. Se asociază cu evoluție favorabilă postoperator
  - D. Se asociază cu mortalitate mare
  - E. Terapia necesită obligatoriu intervenție chirurgicală
73. La pacienții cu boală cronică de rinichi, sângerările digestive superioare acute se caracterizează prin:
- A. Prevalență mai înaltă comparativ cu populația generală
  - B. Gravitate redusă
  - C. Sângerările digestive cauzează 7% din decesele pacienților aflați în tratament substitutiv renal
  - D. Ulcerațiile și leziunile de angiodisplazie reprezintă cele mai frecvente etiologii
  - E. Cancerele reprezintă cea mai frecventă etiologie
74. În cazul dimicrobismului intestinal din uremie sunt adevărate următoarele:
- A. Flora intestinală ascensionează până în duoden și jejun
  - B. Intestinul reprezintă o sursă importantă pentru producția de toxine uremice (para-cresol sulfat și indoxil sulfat)

- C. Leziunile uremice ale mucoasei colonului permit translocarea toxinelor bacteriene în circulația sistemică, blocând astfel inflamația
  - D. Prebioticele reprezintă microorganisme vii din alimente fermentate
  - E. Utilizarea probioticelor pare să reprezinte o soluție terapeutică în cazul dismicrobismului intestinal
75. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la sângerarea digestivă cronică:
- A. Este prezentă la 16% din pacienții cu boală cronică de rinichi
  - B. Cea mai frecventă origine a sângerării este colonul descendent
  - C. Cea mai frecventă origine a sângerării este colonul transvers
  - D. Ulcerațiile și angiodisplazia reprezintă cele mai frecvente cauze de sângerări la nivelul tractului digestiv superior
  - E. Anticoagularea în timpul hemodializei nu crește riscul sângerărilor digestive
76. Infecțiile cu virusuri hepatitice B (VHB) și C (VHC) la pacienții cu boală cronică de rinichi se remarcă prin:
- A. Prevalențe mai ridicate la pacienții hemodializați
  - B. Tratamentul antiviral standard al infecției cu VHC necesită ajustarea dozelor de ribavirină atunci când eRFG scade
  - C. Bolnavii cu BCR seronegativi pentru infecția cu VHB necesită obligatoriu a fi vaccinați
  - D. La bolnavii transplantați infectați cu VHB sau VHC se poate administra interferon
  - E. Adefovirul și tenefovirul nu determină tubulopatie proximală
77. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la pancreatita acută a pacienților cu boală cronică de rinichi:
- A. Are o incidență de 10 ori mai mare comparativ cu populația generală
  - B. Hiperparatiroidismul secundar este considerat unul din principalii factori patogenici
  - C. Calculii biliari reprezintă cea mai frecventă cauză de producere a pancreatitelor acute
  - D. Rata recurențelor este scăzută (mai mică de 9%)
  - E. Mortalitatea este redusă comparativ cu populația generală
78. Anemia renală:
- A. Are o prevalență de 12 % în stadiul 5 de boală cronică de rinichi
  - B. Este o anemie normocromă, normocitară, hiporegenerativă
  - C. În patogenia acestui tip de anemie intervine reducerea producției renale de eritropoetină
  - D. La nivel medular există o reducere a răspunsului seriei roșii la eritropoetină
  - E. În anemia renală există o creștere a duratei de viață a hematiilor
79. În cazul pacienților cu boală cronică de rinichi, deficitul de fier:
- A. Este întâlnit la peste 50% din pacienții nedializați
  - B. Se asociază cu anemie hipocromă, microcitară
  - C. Este întâlnit la 33% din pacienții tratați prin dializă
  - D. Se tratează de preferință cu preparate per os
  - E. În cazul pacienților cu boală cronică de rinichi există o creștere a absorbției fierului la nivelul tubului digestiv
80. Privind tratamentul anemiei la pacienții cu boală cronică, este adevărat că:
- A. Se preferă preparatele parenterale de fier pentru corectarea deficitului de fier
  - B. Agenții stimulatori ai eritropoezei se administrează începând de la valori ale hemoglobinei < 10-11g/dl, după corectarea deficitului de fier
  - C. Agenții stimulatori ai eritropoezei se administrează începând de la valori ale hemoglobinei < 10-11g/dl, anterior corectării deficitului de fier



- D. Se evită creșterea hemoglobinei la valori > 13 g/dl
  - E. Ținta terapiei cu agenți stimulatori ai eritropoezei este obținerea unei hemoglobine >13g/dl
81. Riscurile asociate terapiei de substituție cu agenți stimulatori ai eritropoezei sunt:
- A. Tomboza fistulei arterio-venoase
  - B. Scăderea ratei accidentelor vasculare cerebrale
  - C. Creșterea valorilor tensiunii arteriale
  - D. Retenția hidro-salină
  - E. Hemoragiile prelungite la nivelul locurilor de punționare a fistulei arterio-venoase
82. În cazul disfuncției trombocitare din boala cronică de rinichi, este adevărat că:
- A. Riscul evenimentelor tromboembolice scade paralel cu scăderea ratei de filtrare glomerulare
  - B. Defectul central trombocitar este reprezentat de scăderea adezivității plachetare și a agregabilității plachetare
  - C. Reducerea adezivității și agregabilității plachetare poate fi secundară creșterii producției trombocitare de ADP și de tromboxan A2
  - D. Disfuncția trombocitară din uremie mimează efectul administrării de aspirină
  - E. Timpul de sângerare este prelungit > 7 minute
83. Tratamentul hemoragiilor amenințătoare de viață la pacienții cu boală cronică de rinichi necesită administrare de
- A. Crioprecipitat
  - B. Sânge integral la pacienții care nu tolerează supraîncărcare volemică
  - C. Masă eritrocitară la pacienții care tolerează supraîncărcare volemică
  - D. Desmopresină
  - E. Estrogeni conjugați
84. Tulburările mecanismelor de apărare din cadrul bolii cronice de rinichi se caracterizează prin:
- A. Frecvență și gravitate crescută a infecțiilor virale
  - B. Frecvență și gravitate crescută a infecțiilor bacteriene
  - C. Incidență scăzută a neoplaziilor
  - D. Răspuns exagerat la administrarea de vaccinuri T-dependente
  - E. Toleranță mai bună a homogrefelor renale
85. Mediul uremic se asociază cu următoarele modificări ale sistemului imun:
- A. Diferențiere preferențială a celulelor stem hematopoietice spre celule aparținând sistemului imun înăscut
  - B. Diferențiere preferențială a celulelor stem hematopoietice spre celule aparținând sistemului imun adaptativ
  - C. Limfopenie
  - D. Monocitopenie
  - E. Creșterea numărului de polimorfonucleare neutrofile
86. \* Nu este factor favorizant pentru producerea infecțiilor la pacienții cu boală cronică de rinichi:
- A. Asocierea co-morbidităților (diabet zaharat)
  - B. Leziunile tegumentelor și mucoaselor generate de uremie
  - C. Puncțiile venoase repetate
  - D. Terapia imunosupresoare la pacienții transplantați
  - E. Oxigenoterapia hiperbară
87. Ce afirmații legate de complicațiile cutanate care se asociază cu boala cronică de rinichi sunt false?

- A. Arteriopatia calcifiantă uremică (calcifilaxia) nu crește semnificativ probabilitatea de deces
  - B. Hiperpigmentarea tegumentelor, xerozis-ul și hiperkeratoza sunt relativ frecvente
  - C. Pruritul uremic apare la 40% din pacienții dializați
  - D. Paratiroidectomia nu ameliorează evoluția leziunilor de calcifilaxie
  - E. Calcifilaxia se caracterizează prin calcificări ale mediei vaselor arteriale mici dermice și hipodermice
88. Pruritul uremic are următoarele caracteristici:
- A. Apare la 40% din pacienții dializați
  - B. Este strict localizat
  - C. La realizarea sa participă și hiperparatiroidismul secundar
  - D. Tratamentul corporal general cu raze ultraviolete cu bandă largă (280-315 nm) nu are efect benefic
  - E. Talidomida pare să fie utilă prin efectul său antiinflamator
89. Următoarele enunțuri sunt adevărate privind calcifilaxia:
- A. Este legată de dezechilibrul dintre inhibitorii și promotorii calcificărilor vasculare
  - B. Paratiroidectomia ameliorează evoluția leziunilor și trebuie practică rapid
  - C. Nu necesită întreruperea anticoagulantelor dicumarinice
  - D. Oxigenoterapia hiperbară nu favorizează vindecarea
  - E. Calcificările sunt localizate la nivelul intimei vaselor arteriale mici dermice și hipodermice
90. Dermopatia fibrozantă nefrogenă:
- A. Este legată cauzal de administrarea de substanțe de contrast care conțin gadolinium
  - B. Se asociază cu o mortalitate de 30%
  - C. Leziunile cutanate progresează distal
  - D. Leziunile cutanate progresează proximal
  - E. Are un caracter autolimitant
91. Complicațiile neuro-psișice ale bolii cronice de rinichi includ:
- A. Encefalopatia uremică
  - B. Alterarea cognitivă
  - C. Miastenia gravis
  - D. Sindromul Guillan-Barre
  - E. Depresia
92. Encefalopatia uremică:
- A. Constituie o indicație pentru inițierea de urgență a hemodializei
  - B. Se produce prin mecanism dismetabolic
  - C. Se instalează brusc la pacienți cu boală cronică de rinichi stadiul 5
  - D. Compușii biguanidici joacă un rol protector în producerea encefalopatiei uremice
  - E. Cel mai frecvent se manifestă prin convulsii tonico-clonice
93. În boala cronică de rinichi, administrarea medicamentelor necesită precauție deoarece:
- A. Legarea de proteinele plasmatică este crescută
  - B. Excreția medicamentelor pe cale urinară este redusă
  - C. Interacțiunea cu receptorii tisulari este modificată
  - D. Metodele de tratament substitutiv nu influențează relația medicament-organism
  - E. Farmacocinetica medicamentelor nu este modificată

94. La pacienții cu boală cronică de rinichi, antagoniștii sistemului renină-angiotensină-aldosteron necesită:
- Inițierea terapiei cu doze mici atunci când rata estimată a filtrării glomerulare (eRFG) este  $<45 \text{ ml/min/1.73m}^2$
  - Nu necesită monitorizarea potasemiei
  - Terapia se întrerupe obligatoriu atunci când  $eRFG < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$
  - Terapia se sistează temporar în cazul bolilor intercurente sau a administrării planificate a substanțelor de contrast
  - La o săptămână de la inițiere se monitorizează funcția renală prin eRFG
95. Prescrierea antiinflamatoarelor non-steroidiene (AINS) la pacienții cu boală cronică de rinichi trebuie să respecte următoarele principii:
- Se evită administrarea de AINS dacă  $eRFG > 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$
  - Se preferă administrarea în asociere cu antagoniști ai sistemului renină-angiotensină-aldosteron
  - Se evită administrarea de AINS dacă  $eRFG < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$
  - AINS nu se prescriu la pacienții tratați cu litiu
  - Terapiile prelungite cu AINS nu sunt contraindicate la pacienții cu boală cronică de rinichi
96. În boala cronică de rinichi, administrarea antidiabeticelor orale are ca particularități:
- Agenții sulfonilureici excretați predominant pe cale renală sunt contraindicați
  - Metforminul poate fi utilizat în siguranță când rata estimată a filtrării glomerulare (eRFG)  $> 45 \text{ ml/min/1.73m}^2$
  - Metforminul trebuie evitat când  $eRFG > 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$
  - Metforminul se poate administra cu precauție la  $eRFG < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$ , dacă beneficiul este superior riscului
  - În cazul agenților metabolizați și eliminați hepatic nu este necesară reducerea dozelor
97. \* Metoda de substituție a funcției renale superioară din punct de vedere a calității vieții este:
- Hemodializa
  - Hemodializa și transplantul renal, la egalitate
  - Hemodializa și dializa peritoneală, la egalitate
  - Transplantul renal
  - Dializa peritoneală
98. Nu sunt eligibile pentru efectuarea transplantului renal pacienții cu:
- Neoplazii active
  - tuberculoză activă
  - Diabet zaharat
  - hepatită cronică HCV inactivă
  - Speranța de viață  $< 2$  ani
99. Privind terapiile de substituție a funcției renale, este adevărat că:
- Pregătirea pacientului în vederea instituirii terapiilor de substituție a funcției renale se efectuează atunci când rata estimată a filtrării glomerulare (eRFG)  $< 20 \text{ ml/min/1.73m}^2$
  - Tratamentul de substituție se începe când eRFG este cuprins între 10 și  $5 \text{ ml/min/1.73m}^2$
  - Tratamentul de substituție se inițiază în caz de malnutriție refractară la intervențiile dietetice
  - Transplantul renal preemptiv se practică la pacienți hemodializați, cu progresie ireversibilă a bolii cronice de rinichi

- E. La pacienții cu vârste înaintate și multiple comorbidități, dializa ameliorează semnificativ calitatea vieții
100. Următoarele situații impun trimiterea imediată a pacientului la specialistul nefrolog:
- Anemie cu Hb<10g/dl
  - Injurie acută a rinichiului (creșterea creatininei serice de 1,5 ori în interval de 7 zile)
  - Hiperpotasemie severă (K seric>7.5mmol/L)
  - Litiază renală recurentă
  - Hematurie persistentă
101. Complexele imune circulante se depun în:
- Spațiul subendotelial
  - Spațiul subepitelial
  - Mezangiu
  - Membrana bazală glomerulară
  - Capsula Bowman
102. Limfocitele T intervin în patogeniza următoarelor forme de nefropatii glomerulare prin secreția de factori solubili:
- Cu leziuni minime
  - Proliferativă mezangială
  - Cu scleroză glomerulară focală și segmentală
  - Membranoasă
  - Membrano-proliferativă
103. \* Complexul de atac al membranei reprezintă:
- O citokină pro-inflamatorie
  - O perforină care străpunge membrana bazală glomerulară
  - O chemokină cu efect chemotactic pentru neutrofile
  - O componentă al căii clasice a complementului
  - Un activator trombocitar
104. Icosanoidele sunt reprezentate de:
- Prostaglandine
  - Activatori trombocitari
  - Leucotriene
  - Histamină
  - Activator trombocitar (PAF)
105. Autocoizii sunt reprezentați de:
- Histamină
  - Interleukina 1
  - Gama interferon
  - Platelet activating factor (PAF)
  - Tumoral necrosis factor (TNF)
106. Depunerea complexelor imune la nivel subendotelial are ca expresie:
- Sindrom nefritic acut
  - Sindrom nefrotic
  - Anomalii urinare asimptomatice
  - Glomerulonefrită rapid progresivă
  - Sindrom hemolitic uremic
107. \* Localizarea subepitelială a complexelor imune circulante determină:
- Sindrom nefritic acut
  - Sindrom nefrotic
  - Anomalii urinare asimptomatice
  - Glomerulonefrită rapid progresivă

- E. Sindrom hemolitic uremic
108. \* Alterarea funcției renale în cursul nefropatiilor glomerulare se corelează cel mai bine cu:
- A. Severitatea leziunilor glomerulare
  - B. Leziunile vasculare
  - C. Intensitatea modificărilor tubulo-interstițiale
  - D. Leziunile obstructive tubulare
  - E. Proliferarea extracapilară
109. În glomerulopatia diabetică intervin următoarele mecanisme patogenice:
- A. Creșterea presiunii intraglomerulare
  - B. TGF (Transforming Growth Factor) beta
  - C. VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)
  - D. Inhibarea sistemului renină-angiotensină-aldosteron
  - E. Activarea căii alterne a complementului
110. Hipertensiunea arterială determină leziuni renale prin:
- A. Propagarea valorilor tensionale crescute către ghemul capilar glomerular
  - B. Stimularea sistemului renină-angiotensină-aldosteron
  - C. Dislipidemie
  - D. Anomalii de coagulare
  - E. Factori de creștere
111. \* Proliferarea extracapilară în glomerulonefrita rapid progresivă poate fi:
- A. Primară
  - B. Supra-adăugată unor pielonefrite cronice
  - C. Supra-adăugată necrozei tubulare acute
  - D. Supra-adăugată unei nefrite interstițiale acute
  - E. Secundară unei tromboze de venă renală
112. Hematuria glomerulară întrunește următoarele criterii:
- A. Cilindrii hematici
  - B. Dismorfism eritrocitar urinar
  - C. Proteinurie peste 2-3 g/24 ore
  - D. Prezența cheagurilor de sânge în urină
  - E. Alterarea rapidă a funcției renale
113. \* Care din serotipurile de mai jos ale streptococului beta hemolitic de grup A se asociază cel mai frecvent cu glomerulonefrita?
- A. Serotipul 1
  - B. Serotipul 3
  - C. Serotipul 49
  - D. Serotipul 6
  - E. Serotipul 29
114. Care sunt principalele antigene nefritogene în glomerulonefrita acută poststreptococică?
- A. Nephritis-associated plasmin receptor
  - B. Streptococal pyrogenic exotoxin B
  - C. Streptokinaza O
  - D. Hialuronidaza
  - E. Gliceraldehid-dehidrogenaza
115. În glomerulonefrita acută post-streptococică, depozitele imune de IgG și C3 se află în:
- A. Mezangiu
  - B. Membrana bazală glomerulară
  - C. Capsula Bowman
  - D. Subendotelial

- E. Subepitelial
116. \* Anuria din glomerulonefrita acută poststreptococică se datorează:
- Glomerulonefritei proliferative extracapilare
  - Proliferării mezangiale
  - Proliferării endoteliale
  - Leziunilor podocitare severe
  - Transformărilor interstițiale epitelio-mezenchimale
117. \* Titrul ASLO în glomerulonefrita acută post-streptococică atinge nivelul maxim:
- La 10-14 zile de la debutul infecției
  - La 3-4 săptămâni de la debutul infecției
  - La 7 zile de la debutul infecției
  - La 6 luni de la debutul infecției
  - La 3 luni de la debutul infecției
118. Testul Streptozym este pozitiv la peste:
- 95% dintre pacienții cu faringită
  - 80% dintre pacienții cu infecții cutanate
  - 75% din pacienții cu atingere renală
  - 50% din pacienți în primele 10-14 zile de la debutul infecției
  - 25% din pacienți în prima săptămână de la debutul infecției
119. În glomerulonefrita acută poststreptococică scad următoarele componente ale complementului:
- Activitatea hemolitică CH50
  - Complexul de atac al membranei
  - C4
  - C1q
  - C3
120. \* Terapia imunosupresoare se indică în glomerulonefrita acută poststreptococică:
- Cu sindrom nefritic acut
  - Cu sindrom nefrotic
  - Cu hipertensiune arterială severă
  - Cu insuficiența renală rapid progresivă prin proliferare extracapilară
  - Cu componenta C3 a complementului persistent scăzută
121. \* Incidența maximă a nefropatiei cu IgA se constată:
- În decada a 2-a și a 3-a de viață
  - La nou născuți
  - Între 1-10 ani
  - Între 40 și 50 ani
  - Peste 70 ani
122. \* În nefropatia cu IgA, hematuria macroscopică apare:
- La 1-2 zile după o infecție respiratorie de căi superioare
  - La 14 zile după faringita acută
  - La 7 zile după faringita acută
  - La 3 săptămâni după o infecție cutanată
  - La 5-10 zile după o infecție faringiană
123. \* În nefropatia cu IgA se indică inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (AT) II la:
- Pacienții normotensivi, cu proteinurie sub 0,5-1g/24 ore
  - Pacienți cu proteinurie peste 0,5-1g/24 ore, normotensivi
  - La toți pacienții, indiferent de nivelul proteinuriei
  - Doar la pacienții hipertensivi
  - Doar la pacienții cu diureză păstrată

124. \* În nefropatia cu IgA, corticoterapia nu se indică dacă:
- A. Proteinuria nu scade după 3-6 luni de tratament cu IECA
  - B. Creatinina este în creștere
  - C. RFG scade, dar nu sub 30 ml/min
  - D. Biopsia renală indică proliferare extracapilară
  - E. Biopsia renală indică modificări ireversibile (glomeruloscleroză, atrofie tubulară și fibroză interstițială extinsă)
125. Imunosupresoarele indicate în nefropatia cu IgA sunt:
- A. Ciclofosfamida
  - B. Azatioprina
  - C. Micofenolatul mofetil
  - D. Ciclosporina
  - E. Tacrolimus
126. \* Glomerulonefrita rapid progresivă se definește ca proliferare extracapilară cu formare de semilune epiteliale în:
- A. Peste 50% din glomeruli
  - B. 20-30% din glomeruli
  - C. Toți glomerulii
  - D. 25-50% din glomeruli
  - E. 40% din glomeruli
127. Următoarele forme de glomerulonefrite rapid progresive sunt mediate prin complexe imune:
- A. Din endocardita bacteriană
  - B. Sindromul Goodpasture
  - C. Lupus eritematos sistemic
  - D. Purpura Henoch-Schonlein
  - E. Poliangeita microscopică
128. În formarea semilunelor din cadrul glomerulonefritei rapid progresive participă:
- A. Podocitele
  - B. Celulele epiteliale ale capsulei Bowman
  - C. Limfocitele T
  - D. Fibrina
  - E. Plasmocite
129. Scăderea fracțiunii C3 complementului se întâlnește în:
- A. Nefropatia lupică
  - B. GNA poststreptococică
  - C. Poliangeita microscopică
  - D. Sindromul Goodpasture
  - E. Crioglobulinemie
130. Care dintre formele de glomerulonefrită rapid progresivă sunt mediate prin anticorpi anti-citoplasma polimorfonuclearelor neutrofile:
- A. Purpura Henoch-Schonlein
  - B. Nefropatia lupică
  - C. Poliangeita microscopică
  - D. Sindromul Goodpasture
  - E. Granulomatoza cu poliangeită
131. \* Urina finală poate conține următoarea cantitate de proteine/24 ore:
- A. Sub 0,15 g proteine/24 ore
  - B. 150-300 mg proteine/24 ore
  - C. Sub 0,50 g proteine/24 ore
  - D. Sub 0,10 g proteine/24 ore

- E. 150-200 mg proteine/24 ore
132. Microalbuminuria este un marker precoce de suferință glomerulară în:
- Diabetul zaharat
  - Nefropatia lupică
  - Purpura Henoch-Schönlein
  - Nefropatia hipertensivă
  - Glomerulonefrita membrano-proliferativă secundară infecției cu virus hepatitic C
133. Sindromul nefrotic însoțește mai ales următoarele forme de nefropatii glomerulare:
- Cu leziuni minime
  - Membranoasă
  - Nefropatia cu IgA
  - Boala membranelor bazale subțiri
  - Glomerulopatia diabetică
134. Disproteinemia din sindromul nefrotic include:
- Hipoalbuminemie
  - Scăderea alfa 1 globulinelor
  - Scăderea beta 2 globulinelor
  - Creșterea alfa 2 globulinelor
  - Creșterea beta 2 globulinelor
135. \* La începutul remisiunii sindromului nefrotic apare următoarea modificare:
- Natriureza precede diminuarea proteinuriei
  - Retenția de sodiu apare înaintea proteinuriei
  - Nivelurile serice de peptid natriuretic atrial sunt crescute
  - Apare stimularea sistemului renină-angiotensină-aldosteron
  - Activitatea reninei plasmatice crește
136. În sindromul nefrotic, deficitul de eliminare a sodiului și a apei are ca mecanisme:
- Intensificarea reabsorbției de sodiu la nivelul tubilor colectori
  - Răspuns inadecvat la peptidul natriuretic atrial
  - Activarea sistemului complementului
  - Intensificarea mecanismului de schimb  $H^+ - Na^+$  în tubii proximali
  - Stimularea sistemului renină-angiotensină-aldosteron
137. Riscul de insuficiență renală crește în sindromul nefrotic după administrare de:
- Diuretic în mod abuziv
  - Antiinflamatoare nesteroidiene
  - Statine
  - Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA)
  - Albumină în doze mari
138. Dislipidemia cadrul sindromului nefrotic are loc pe seama următoarelor fracțiuni :
- HDL- colesterol
  - LDL-colesterol
  - IDL-colesterol
  - Trigliceride
  - Chilomicroni
139. Tromboza de venă renală este mai frecventă în:
- Glomerulopatia membranoasă
  - Nefropatia cu IgA
  - Nefropatia lupică
  - Glomerulonefrita membrano-proliferativă
  - Amiloidoză
140. Factorii care contribuie la starea de hipercoagulabilitate din sindromul nefrotic sunt:



- A. Pierderea urinară de antitrombină III
  - B. Creșterea fibrinolizei
  - C. Creșterea nivelurilor serice ale factorilor V, VIII și a fibrinogenului
  - D. Creșterea activităților proteinelor S și C
  - E. Hemoconcentrația
141. Anemia din sindromul nefrotic se datorează:
- A. Pierderilor urinare de transferină
  - B. Hipocalcemiei
  - C. Pierderilor urinare de eritropoietină
  - D. Hipoalbuminemiei
  - E. Deficitului de zinc
142. Rezistența la diuretice în sindromul nefrotic se datorează:
- A. Nerespectării regimului hiposodat
  - B. Hipoalbuminemiei
  - C. Cuplării intratubulare a diureticului filtrat cu proteinele tubulare
  - D. Creșterii fracțiunii libere a diureticului
  - E. Scăderii reabsorbției de sodiu și apă la nivelul tubilor distali
143. \* Eficiența diureticelor tiazidice în tratamentul edemelor din sindromul nefrotic scade la o rată a filtrării glomerulare (RFG) sub:
- A. 50 ml/min
  - B. 60 ml/min
  - C. 30 ml/min
  - D. 25 ml/min
  - E. 45 ml/min
144. \* Anticoagularea profilactică se recomandă atunci când nivelul albuminelor serice scade sub 2,5 g/dl în:
- A. Glomerulopatia membranoasă
  - B. Nefropatia cu IgA
  - C. Glomerulonefrita cronică membrano-proliferativă
  - D. Glomerulonefrita cronică cu leziuni minime
  - E. Amiloidoză
145. Culturile bacteriene evidențiază streptococul beta hemolitic în glomerulonefrita acută post-streptococică:
- A. La aproximativ un sfert din pacienții cu faringo-amigdalită
  - B. La 50% din pacienții cu faringo-amigdalită
  - C. Foarte rar la cei cu impetigo
  - D. Într-un procent mai mare la cei cu impetigo
  - E. Doar la pacienții cu sindrom nefrotic
146. \* Hipocomplementemia din glomerulonefrita acută (GNA) poststreptococică durează, după debutul bolii, aproximativ:
- A. 6 săptămâni
  - B. 3 luni
  - C. 4-8 săptămâni
  - D. 6 luni
  - E. 1 an
147. În nefropatia cu IgA sunt implicate următoarele mecanisme:
- A. Galactozilare defectuoasă în regiunea balama a IgA1
  - B. Catabolism hepatic redus al IgA
  - C. Scăderea clearance-lui mezangial al IgA
  - D. Activarea complexului de atac al membranei C<sub>5b</sub><sub>9</sub>
  - E. Creșterea factorului plasmatic de permeabilitate vasculară

148. Principalele modificări morfopatologice în nefropatia cu IgA constau în:
- Glomeruli normali în microscopia optică
  - Lărgirea matricei
  - Fuziunea podocitelor
  - Creșterea numărului de celule mezangiale
  - În microscopia electronică, depuneri electronodense mezangiale, subendoteliale și subepiteliale
149. \* Care din nefropatiile glomerulare de mai jos este mediată prin anticorpi anti-membrană bazală glomerulară?
- Boala Goodpasture
  - Poliangeita microscopică
  - Granulomatoza eozinofilică cu poliangeită
  - Nefropatia lupică
  - Glomerulonefrita asociată infecției cu virus hepatitic C
150. Proliferarea extracapilară se poate adăuga și în cazul următoarelor forme de nefropatii glomerulare:
- Membrano-proliferativă
  - Membranoasă
  - Mezangio-proliferativă
  - Sindrom Alport
  - Boala Fabry
151. Care din următoarele afirmații de mai jos, privind glomerulopatia cu modificări minime, sunt adevărate?
- Evoluează aproape întotdeauna cu sindrom nefritic
  - Nu este sensibilă, de regulă, la corticoterapie
  - Se caracterizează prin fuziunea proceselor podocitare în microscopia electronică
  - Reprezintă 80-90% din sindroamele nefrotice la copil
  - Reprezintă 15-20% din sindroamele nefrotice la adult
152. În glomerulopatia cu modificări minime, biopsia renală este indicată în următoarele situații
- La toți adulții și la toți copiii cu sindrom nefrotic
  - La toți copiii cu sindrom nefrotic, înaintea începerii tratamentului
  - La toți adulții cu sindrom nefrotic, înaintea începerii tratamentului
  - La copiii care nu răspund la corticoterapie
  - Doar la copii, la adulți nu este necesară biopsia renală
153. În glomerulopatia cu modificări minime, ciclofosfamida este recomandată la pacienții:
- Care nu tolerează corticoterapia
  - Corticosensibili
  - Corticodependenți
  - Cu recăderi rare
  - Cu corticorezistență secundară
154. \* În condițiile unui tratament adecvat evoluția glomerulopatiei cu modificări minime este următoarea:
- Peste 90% din cazuri către vindecare
  - 70-80% din cazuri către vindecare
  - 50-60% din cazuri către vindecare
  - 30-40% din cazuri către vindecare
  - Nu se vindecă niciodată
155. Selectați afirmațiile adevărate privind tratamentul glomerulopatiei cu modificări minime:
- Este cea mai corticosensibilă glomerulopatie

- B. Corticoterapia se întrerupe brusc după 2 luni
  - C. Ciclosporina se administrează timp de 1-2 ani
  - D. Ciclofosfamida se indică la pacienții care nu tolerează corticoterapia
  - E. Nu se indică în nici o situație tratament cu ciclofosfamidă
156. Glomerulopatia cu modificări minime se caracterizează în microscopie optică prin:
- A. Îngroșarea membranei bazale glomerulare
  - B. Glomeruli de aspect optic normali
  - C. Minimă proliferare mezangială
  - D. Anse glomerulare cu aspect rigid
  - E. Fibroză tubulo-interstițială
157. În glomerulopatia cu modificări minime, microscopia electronică arată:
- A. Fuziunea proceselor podocitare
  - B. Depuneri electrono-dense pe versantul extern al membranei bazale glomerulare
  - C. Depuneri electrono-dense localizate subendotelial
  - D. Depuneri electrono-dense localizate mezangial
  - E. Podocitele apar tumefiate și aplatizate
158. \* Tratamentul recăderilor rare din cursul glomerulopatiei cu modificări minime se face cu:
- A. Ciclofosfamidă
  - B. Ciclosporină
  - C. Corticoterapie pentru fiecare puseu
  - D. Rituximab
  - E. Micofenolat de mofetil
159. În glomerulopatia membranoasă, microscopia optică arată:
- A. Îngroșarea difuză a membranei bazale glomerulare
  - B. Excrescențe ("spikes") ale membranei bazale glomerulare
  - C. Fuziunea proceselor podocitare
  - D. Glomeruli optic normali
  - E. Anse capilare colabate
160. \* Anticorpul anti- PLA2R sunt prezenți la 80% din pacienții cu glomerulopatie membranoasă:
- A. Secundară infecției cu virus hepatitic B
  - B. Secundară paraneoplazică
  - C. Secundară lupică
  - D. Secundară administrării de medicamente
  - E. Idiopatică
161. Prognosticul nefavorabil al glomerulopatiei membranoase este dat de:
- A. Funcția renală stabilă timp de 3 ani
  - B. Sexul feminin
  - C. Fibroza tubulo-interstițială
  - D. Proteinuria masivă
  - E. Vârsta înaintată
162. \* Profilaxia complicațiilor tromboembolice în sindromul nefrotic din glomerulopatia membranoasă se face atunci când albumina serică este:
- A. Sub 2,5 g/dl
  - B. Sub 3,5 g/dl
  - C. Între 2,5 – 3,5 g/dl
  - D. Peste 3,5 g/dl
  - E. Între 3,5 – 4 g/dl

163. Glomerulonefrita membrano-proliferativă se caracterizează în microscopia optică prin următoarele:
- Aspect optic normal
  - Proliferare endocapilară
  - Fuziunea proceselor podocitare
  - Îngrosarea pereților capilarelor glomerulare
  - Dedublarea membranei bazale glomerulare
164. Factorii de prognostic negativ în glomerulonefrita membrano-proliferativă sunt reprezentați de:
- Sindrom nefritic la prezentare
  - Sindrom nefrotic la prezentare
  - Hipertensiune arterială
  - Creatinină serică normală
  - Asocierea cu proliferarea extracapilară
165. \* Care din următoarele nefropatii glomerulare se însoțeste de lipodistrofie segmentară?
- Glomerulopatia membranoasă
  - Glomerulonefrita membrano-proliferativă tipul I
  - Glomerulonefrita membrano-proliferativă tipul II
  - Glomeruloscleroza focală și segmentală
  - Glomerulopatia cu modificări minime
166. Glomerulonefrita membrano-proliferativă tipul II se caracterizează prin:
- Nu evoluează niciodată spre insuficiență renală cronică
  - Depuneri de C3 în lungul membranei bazale glomerulare și în mezangiu
  - Nu recidivează niciodată după transplantul renal
  - Fracțiunea C4 a complementului seric este scăzută
  - Se însoțește de lipodistrofie segmentară
167. Factorii de prognostic negativ în glomeruloscleroza focală și segmentală sunt reprezentați de:
- Sindromul nefritic
  - Hipertensiunea arterială
  - Creatinina serică normală
  - Scleroza glomerulară avansată
  - Leziunile tubulo-interstițiale
168. Următoarele afirmații privind glomeruloscleroza focală și segmentală sunt adevărate:
- Reprezintă o variantă evolutivă nefavorabilă a glomerulopatiei cu modificări minime
  - Nu sunt descrise forme genetice de glomeruloscleroză focală și segmentală
  - Ciclosporina poate fi folosită la pacienții cu corticorezistență
  - Micofenolatul mofetil poate fi folosit la pacienții care nu tolerează ciclosporina
  - Nu recidivează niciodată după transplantul renal
169. În imunofluorescență, la pacienții cu glomeruloscleroză focală și segmentală, se remarcă:
- Lipsa depunerilor imune
  - Depuneri imune de C3
  - Depuneri imune de IgM
  - Depuneri imune de IgG
  - Depuneri imune de IgA
170. În producerea leziunilor de scleroză focală din cursul glomerulosclerozei focale și segmentale sunt implicați următorii factori:
- Creșterea presiunii intraglomerulare

- B. Hipoglicemia persistentă
  - C. Inhibarea sistemului renină-angiotensină-aldosteron
  - D. Infecțiile virale
  - E. Citokinele
171. \* Nefropatiile tubulo-interstițiale sunt afecțiuni renale în care leziunile inițiale sunt situate la nivelul:
- A. Glomerulului renal
  - B. Interstițiului renal
  - C. Vascularizației intrarenale
  - D. Tubului renal
  - E. Arteriolei aferente
172. Care dintre afirmațiile următoare referitoare la nefropatiile tubulo-interstițiale sunt adevărate?
- A. Leziunile inițiale sunt cele interstițiale
  - B. Leziunile inițiale sunt cele tubulare
  - C. Integritatea glomerulului este păstrată
  - D. Vascularizația intrarenală este afectată
  - E. Modificările tubulare apar ulterior
173. Specificați care dintre leziunile următoare reprezintă un indicator al ireversibilității leziunilor tubulo-interstițiale care însoțesc și nefropatiile glomerulare:
- A. Fibroza interstițială
  - B. Atrofia tubulară
  - C. Leziunea glomerulară
  - D. Infiltratul inflamator
  - E. Proliferarea extracapilară
174. Care dintre afirmațiile următoare referitoare la bacteriile gram pozitive și infecțiile de tract urinar (ITU) sunt adevărate?
- A. Determină mai rar ITU
  - B. Determină foarte frecvent ITU
  - C. Pot determina ITU prin diseminare hematogenă
  - D. Determină întotdeauna ITU pe cale ascendentă
  - E. Nu determină niciodată ITU
175. \* Microorganismele patogene care produc cel mai frecvent infecții de tract urinar sunt:
- A. Bacteriile gram negative
  - B. Fungii
  - C. Virusurile
  - D. Mycoplasmele
  - E. Bacteriile gram pozitive
176. Debutul clinic al pielonefritei acute este:
- A. Lent
  - B. Bruscat
  - C. În plină stare de sănătate
  - D. În câteva zile
  - E. În câteva ore până la o zi
177. \* Specificați care dintre afirmațiile referitoare la tabloul biologic din pielonefrita acută este falsă:
- A. Este prezent sindromul inflamator nespecific
  - B. Sunt prezenți cilindri leucocitari în urină
  - C. Proteinuria este întotdeauna masivă, peste 3.5g/24h/1.73m<sup>2</sup> sc
  - D. Proteinuria este redusă, sub 1g/24h
  - E. Este prezentă bacteriuria semnificativă

178. Sunt criteriile de internare în spital ale pacientului cu pielonefrită acută:
- A. Intoleranța digestivă
  - B. Pielonefrita acută necomplicată
  - C. Pielonefrita acută complicată
  - D. Incompliance la terapia cu antibiotice
  - E. Prezența sindromului cistitic
179. Sunt obiective ale terapiei pielonefritei acute:
- A. Eradicarea infecției
  - B. Depistarea factorilor favorizanți reno-urinari
  - C. Corectarea factorilor favorizanți
  - D. Corectarea hipercolesterolemiei
  - E. Corectarea edemelor
180. Selectați complicațiile acute ale pielonefritei acute:
- A. Abcesul renal
  - B. Necroza papilară
  - C. Boala cronică de rinichi
  - D. Șocul toxico-septic
  - E. Cistita
181. Pentru tratamentul pielonefritei acute la femeia gravidă, în special în primele 3 luni ale sarcinii, este contraindicată administrarea:
- A. Cefalosporinelor
  - B. Chinolonelor
  - C. Aminoglicozidelor
  - D. Penicilinelor
  - E. Cotrimoxazolului
182. Antibioticele permise în sarcină sunt:
- A. Ampicilinele
  - B. Penicinele
  - C. Chinolonele
  - D. Aminoglicozidele
  - E. Cefalosporinele
183. Formele severe de pielonefrită acută necesită:
- A. Spitalizare
  - B. Terapie parenterală
  - C. Terapie orală
  - D. Asocieră a două clase de antibiotice
  - E. Administrarea întotdeauna a unui singur antibiotic
184. Tratamentul simptomatic al pielonefritei acute vizează:
- A. Scăderea febrei
  - B. Ameliorarea durerii lombare
  - C. Normalizarea toleranței digestive
  - D. Ameliorarea edemului
  - E. Ameliorarea hipercolesterolemiei
185. Tratamentul pielonefritei acute la pacienții cu boală cronică de rinichi în stadiile 4 sau 5 (inclusiv hemodializați), necesită:
- A. Reducerea dozelor de antibiotice
  - B. Prelungirea perioadei de terapie peste 14 zile
  - C. Reducerea perioadei de terapie sub 14 zile
  - D. Creșterea dozelor de antibiotice
  - E. Doar tratament simptomatic
186. Persistența uroculturii pozitive în pielonefrita acută impune următoarele măsuri:

- A. Înlocuirea schemei antibiotice conform antibiogramei
  - B. Continuarea terapiei cu aceeași schemă de antibiotice
  - C. Repetarea ecografiei abdominale
  - D. Efectuarea eventual a tomografiei computerizate de abdomen
  - E. Puncția-biopsie renală
187. \* Pielonefrita cronică reprezintă :
- A. O nefropatie glomerulară cronică
  - B. O nefropatie tubulo-interstițială cronică
  - C. O nefropatie vasculară
  - D. O tubulopatie acută
  - E. O leziune acută de rinichi
188. Infecțiile renale cu bacterii anaerobe sunt mai frecvente la următoarele grupe de pacienți:
- A. Tineri
  - B. Vârstnici
  - C. Copii
  - D. Purtători de cateter vezical
  - E. Cu anomalii reno-urinare
189. În pielonefritele cronice și în cele nosocomiale se întâlnesc mai frecvent următorii germeni:
- A. Klebsiella
  - B. Proteus
  - C. Pseudomonas
  - D. Escherichia coli
  - E. Bacilul Koch
190. Factorii favorizanți care predispun și întrețin infecția renală din pielonefrita cronică sunt:
- A. Refluxul vezico-ureteral
  - B. Uropatia obstructivă
  - C. Sexul masculin
  - D. Vârstele extreme
  - E. Hipercolesterolemia
191. Referitor la manifestările clinice din pielonefrita cronică, este adevărat că acestea sunt:
- A. Caracteristice
  - B. Necaracteristice
  - C. Diverse
  - D. Sunt prezente simptome aparținând unui singur aparat
  - E. Sunt prezente simptome aparținând mai multor aparate
192. Manifestările reno-urinare din pielonefrita cronică includ::
- A. Polakiuria
  - B. Durerile lombare
  - C. Urina limpede
  - D. Urina tulbure
  - E. Proteinuria masivă, peste 3.5g/24h
193. \* Metoda cea mai sensibilă pentru detectarea precoce a cicatricilor din pielonefrita cronică este:
- A. Ecografia renală
  - B. Urografia
  - C. Tomografia
  - D. Scintigrama renală cu acid dimercapto-succinic marcat cu Tc<sup>99m</sup>
  - E. Radiografia renală simplă

194. În pielonefrita cronică, urografia relevă:
- A. Rinichi cu dimensiuni reduse și inegale
  - B. Rinichi cu contur neregulat
  - C. Rinichi cu dimensiuni normale
  - D. Rinichi cu contur regulat
  - E. Reducerea indicelui parenchimatous
195. Modificări sugestive pentru pielonefrita cronică, evidențiate de ecografia renală, sunt:
- A. Dimensiuni reduse ale celor doi rinichi
  - B. Dimensiuni inegale ale celor doi rinichi
  - C. Dimensiuni normale ale celor doi rinichi
  - D. Contur neregulat al rinichilor
  - E. Contur regulat al celor doi rinichi
196. Care dintre afirmațiile referitoare la tratamentul pielonefritei cronice sunt adevărate?
- A. Are ca obiectiv eradicarea infecției urinare înalte
  - B. Are ca obiectiv corectarea disfuncției tubulare
  - C. Schemele terapeutice sunt indicate pe perioade variate de timp
  - D. Rata eșecurilor este foarte mică
  - E. Tratamentul simptomatic este întotdeauna suficient
197. Complicațiile pielonefritei cronice sunt reprezentate de :
- A. Hipertensiunea arterială (1/3 din cazurile de pielonefrită cronică)
  - B. Litiata renală
  - C. Boala cronică de rinichi
  - D. Glomerulonefrita acută
  - E. Hipercolesterolemia
198. Nefropatia de reflux este o nefropatie:
- A. Tubulo-interstițială acută
  - B. Tubulo-interstițială cronică
  - C. Glomerulară cronică
  - D. Care apare în copilărie
  - E. Care apare la vârstnici
199. Frecvența refluxului vezico-ureteral diferă în funcție de vârstă și sex, astfel:
- A. La copiii sub 1 an predomină la băieți
  - B. La copiii sub 1 an predomină la fetițe
  - C. La vârsta de 5 ani predomină la fetițe
  - D. La vârsta de 5 ani predomină la băieți
  - E. La adulți, 10% din femeile cu infecții urinare au reflux vezico-ureteral
200. Simptomatologia refluxului vezico-ureteral este diferită în funcție de vârsta pacienților, astfel:
- A. La nou născut se depistează ecografic hidronefroza neonatală
  - B. La copiii sub 3 ani predomină semnele generale
  - C. La copiii sub 3 ani predomină semnele urinare
  - D. La copiii peste 3 ani predomină semnele urinare
  - E. La copiii peste 3 ani predomină semnele generale
201. În nefropatia de reflux, urografia intravenoasă permite aprecierea prezenței cicatricilor la nivelul corticalei renale, evidențiate prin:
- A. Arii de subțiere a corticalei, în special mediorenal
  - B. Arii de subțiere a corticalei la polii renali
  - C. Calice deformate, aplatizate
  - D. Calice normale
  - E. Arii de îngroșare a corticalei
202. Uretritele nespecifice (negonococice) sunt cauzate mai frecvent de:



- A. Chlamidii
  - B. Mycoplasme
  - C. Stafilococ saprofit
  - D. Anaerobi
  - E. Adenovirusuri
203. Datele paraclinice în cistita acută infecțioasă evidențiază:
- A. Leucociturie
  - B. Bacteriurie semnificativă
  - C. Proteinurie
  - D. Cilindrurie
  - E. Urocultură sterilă
204. Cistita acută se manifestă clinic prin:
- A. Polakiurie
  - B. Micțiuni frecvente și imperioase
  - C. Micțiuni rare
  - D. Durere lombara
  - E. Durere suprapubiană
205. Selectați afirmațiile adevărate despre prostatodinie:
- A. Este o formă de prostatită acută infecțioasă
  - B. Este o formă de prostatită cronică non-inflamatorie
  - C. Secreția prostatică este normală
  - D. Secreția prostatică este modificată
  - E. Durerea pelvirenală se poate accentua în condiții de stres
206. Datele paraclinice necesare pentru diagnosticul prostatitei acute sunt:
- A. Ecografia transrectală
  - B. Urocultura
  - C. Cultura din secreție prostatică
  - D. Radiografia renală simplă
  - E. Coprocultura
207. Simptomatologia clinică a uretritei nespecifice la bărbați este reprezentată de:
- A. Polakiurie
  - B. Secreție uretrală
  - C. Disurie
  - D. Durere lombară
  - E. Disfagie
208. Datele biologice și paraclinice în nefropatia de reflux relevă:
- A. Piurie sterilă
  - B. Dilatația ureterului la ecografia renală
  - C. Inversarea sensului de circulație a jetului urinar la ecografia Doppler color ureterală
  - D. Ureter normal ecografic
  - E. Cisto-ureterografie micțională normală
209. Screeningul imagistic pentru refluxul vezico-ureteral este indicat la următoarele grupe de subiecți:
- A. Copii cu malformații reno-urinare
  - B. Familii cu mai mult de un membru cu hipertensiune arterială la vârstă tânără
  - C. Copii fără malformații reno-urinare
  - D. Familii cu mai mult de un membru cu proteinurie la vârstă tânără
  - E. Familii fără nici un membru cu proteinurie la vârstă tânără

210. Clasificarea actuală a nefropatiilor tubulo-interstițiale, elaborată de OMS, se bazează pe:
- A. Etiologie
  - B. Vârstă
  - C. Sex
  - D. Date clinice
  - E. Aspect histologic
211. Mecanismele de reglare ale echilibrului acido-bazic sunt:
- A. Sistemele de tampon intracelulare, care acționează instantaneu.
  - B. Reglarea respiratorie, care atinge valoarea maximă în decurs de ore.
  - C. Răspunsul compensator la nivelul rinichilor, care începe să apară în 6-12 ore și crește progresiv lent până la un nivel maxim în zilele următoare.
  - D. Sistemele de tampon extracelulare, care acționează tardiv.
  - E. Sistemele de tampon extracelulare, care acționează primele
212. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la valorile normale ale parametrilor Astrup:
- A. pH actual: 7,35-7,45
  - B. Bicarbonat standard: 20-24 mEq/l
  - C. pH actual: 6,80-7,80
  - D. Bicarbonat actual: 24- 27 mEq/l
  - E. pH actual: 7,25-7,55
213. Mecanismul renal de compensare acido-bazică se realizează prin următoarele:
- A. Rinichiul excretă cel mai mare producător de acid-  $\text{CO}_2$
  - B. Rinichiul secretă  $\text{H}^+$  în urină
  - C. Rinichiul controlează  $\text{pCO}_2$  prin modificările ventilației alveolare
  - D. Rinichiul absoarbe anionii nevolatili
  - E. Rinichiul determină retenția bicarbonaților la nivelul tubului renal
214. Referitor la acidoza respiratorie, este adevărat că:
- A. pH-ul scade sub 7,35
  - B. pH-ul crește peste 7,45
  - C. Se datorează scăderii ventilației alveolare
  - D. Se datorează creșterii ventilației alveolare
  - E. Se datorează pierderii de bicarbonați prin urină
215. Referitor la alcaloza respiratorie, este adevărat că:
- A. pH-ul scade sub 7,35
  - B. pH-ul crește peste 7,45
  - C. Se datorează scăderii ventilației alveolare
  - D. Se datorează creșterii ventilației alveolare prin stimuli centrali (anxietate, traume)
  - E. Scade presiunea parțială a bioxidului de carbon ( $\text{pCO}_2$ )
216. Referitor la acidoza metabolică, este adevărat că:
- A. Bicarbonatul ( $\text{HCO}_3^-$ ) este scăzut
  - B. Se datorează pierderii de bicarbonați prin urină
  - C. Se datorează scăderii ventilației alveolare
  - D. pH-ul este scăzut sub 7,35
  - E. Presiunea parțială a bioxidului de carbon ( $\text{pCO}_2$ ) este crescută
217. Referitor la alcaloza metabolică, este adevărat că:
- A. Bicarbonat ( $\text{HCO}_3^-$ ) scăzut
  - B.  $\text{HCO}_3^-$  crescut
  - C. Se datorează excreției exagerate de acizi
  - D. Se datorează scăderii ventilației alveolare
  - E. pH scăzut sub 7,35

218. Acidoza metabolică cu gaură anionică (GA) crescută este cauzată de:
- A. Excesul de acid lactic
  - B. Cetoacidoză
  - C. Paraproteinemii
  - D. Hiponatremie
  - E. Insuficiență renală
219. Acidoza metabolică cu gaură anionică (GA) scăzută este cauzată de:
- A. Excesul de acid lactic
  - B. Cetoacidoză
  - C. Paraproteinemii
  - D. Hiponatremie
  - E. Insuficiență renală
220. Acidoza metabolică cu gaură anionică (GA) normală, dar cu potasiu plasmatic ( $K^+$ ) crescut, este cauzată de:
- A. Hipoaldosteronism
  - B. Hiperaldosteronism
  - C. Acidoză tubulară renală distală hipercalcemică
  - D. Acidoză tubulară renală distală hipocalcemică
  - E. Pierderi gastrointestinale de bicarbonați
221. Acidoza metabolică cu gaură anionică (GA) normală, dar cu potasiu plasmatic ( $K^+$ ) scăzut, este cauzată de:
- A. Hipoaldosteronism
  - B. Acidoză tubulară renală distală hipercalcemică
  - C. Acidoză tubulară renală distală hipocalcemică
  - D. Pierderi gastrointestinale de bicarbonați
  - E. Administrarea de inhibitori de anhidrază carbonică
222. Acidoza determină:
- A. Hiperpotasemie
  - B. Hipopotasemie
  - C. Creșterea eliberării oxigenului la țesuturi
  - D. Scăderea eliberării oxigenului la țesuturi
  - E. Depresie la nivelul sindromului nervos central
223. Alcaloza determină:
- A. Hiperpotasemie
  - B. Hipopotasemie
  - C. Creșterea eliberării oxigenului la țesuturi
  - D. Scăderea eliberării oxigenului la țesuturi
  - E. Con tracție musculară susținută
224. Tratamentul acidozei metabolice se face prin:
- A. Administrarea de bicarbonat de sodiu în caz de hipokaliemie
  - B. Administrarea de bicarbonat de sodiu în caz de hiperpotasemie
  - C. Alimentație bogată în proteine animale
  - D. Administrarea de bicarbonat de sodiu dacă pH este peste 7,35
  - E. Evitarea alimentelor cu conținut important de  $H^+$  și  $K^+$
225. Tratamentul alcalozei metabolice se poate face prin:
- A. Administrarea de bicarbonat de sodiu
  - B. Administrarea de  $K^+$ , în caz de hipopotasemie
  - C. Evitarea alimentelor alcalinizante
  - D. Administrarea de spironolactona (în forma fără răspuns la administrarea de clor)
  - E. Oxigenoterapie

226. \*Selectați afirmația falsă referitoare la tratamentul acidozei respiratorii:
- A. Scopul oxigenoterapiei este menținerea PaCO<sub>2</sub> la valorile anterioare decompensării
  - B. Suportul ventilator în acidoza respiratorie acută induce hiperventilație alveolară
  - C. Se vor administra sedative, pacientul fiind într-o stare de hiperexcitabilitate
  - D. Administrarea de soluție bicarbonată crește riscul de edem pulmonar acut
  - E. Este necesară corectarea deficitului asociat de clor și potasiu
227. Tratamentul alcalozei respiratorii se face prin:
- A. Utilizarea măștilor cu reinhalare în caz de hiperventilație psihogenă
  - B. Oxigenoterapie (6-10 litri/min)
  - C. Reevaluarea parametrilor ventilatori în caz de hiperventilație mecanică
  - D. Alcalinizarea plasmei cu acetazolamidă
  - E. Hemodializă
228. Referitor la hipovolemia izo-osmolară, este adevărat că:
- A. Pierderea de sodiu este aproximativ egală pierderii de apă
  - B. Poate fi cauzată de pierderea de lichide digestive (vomă, diaree)
  - C. Natriemia este crescută
  - D. Poate fi cauzată de alimentația parenterală cu exces de sare
  - E. Osmolaritatea serului este normală
229. Referitor la hipovolemia hiper-osmolară, este adevărat că:
- A. Apare un deficit total de apă
  - B. Natriemia este normală
  - C. Valorile hematocritului cresc treptat
  - D. Se manifestă prin hipertensiune arterială
  - E. Natriemia crește peste 145 mEq/l
230. Referitor la hipovolemia hipo-osmolară, este adevărat că:
- A. Pierderea de apă este mai mare comparativ cu pierderea de sodiu
  - B. Pierderea de sodiu e mai importantă decât pierderea de apă
  - C. Scade hematocritul
  - D. Se poate datora unor afecțiuni ale sistemului nervos central (accident vascular cerebral)
  - E. Tratamentul se efectuează cu soluții hipertone de NaCl
231. In ceea ce privește tratamentul hipovolemiei izo-osmolară, următoarele afirmații sunt corecte:
- A. Dacă pacientul nu prezintă hipotensiune arterială, repleția volemică trebuie să corecteze deficitul volemic în primele 6-8 ore
  - B. Se vor administra soluții electrolitice izotone intravenos
  - C. Dacă pacientul prezintă hipotensiune arterială, repleția volemică se va face în ritm rapid până la corectarea tensiunii arteriale
  - D. Se va recomanda întreruperea aportului excesiv de lichid
  - E. Se va efectua o ședință de hemodializă
232. Referitor la hipervolemia izo-osmotică, este adevărat că:
- A. Volumul spațiului extracelular este crescut
  - B. Volumul spațiului intracelular este crescut
  - C. Volumul spațiului intracelular este normal
  - D. Excesul de apă este egal cu excesul de sodiu
  - E. Osmolaritatea serului este crescută
233. Referitor la hipervolemia hipo-osmotică, este adevărat că:
- A. Osmolaritatea serului este crescută
  - B. Volumul spațiului extracelular este crescut

- C. Volumul spațiului spațiului intracelular este crescut
  - D. Volumul spațiului spațiului intracelular este scăzut
  - E. Osmolaritatea serului este scăzută
234. Referitor la hipervolemia hiper-osmotică, este adevărat că:
- A. Există un exces real de sodiu
  - B. Există un deficit real de sodiu
  - C. Volumul extracelular este crescut
  - D. Volumul intracelular este redus
  - E. Volumul intracelular este crescut
235. Selectați cauzele hipervolemiei hiperosmotice:
- A. Aport excesiv de soluții perfuzabile hipertone
  - B. Ingestia de apă sărată (înecul)
  - C. Ciroza hepatică
  - D. Sindromul nefrotic
  - E. Sindromul Cushing
236. \*Hiponatremia asociată cu hipovolemie se datorează următoarelor cauze, cu excepția uneia. Care este aceasta?:
- A. Pierderile gastrointestinale (vomă, diaree)
  - B. Insuficiența renală cronică cu afectare tubulară
  - C. SIADH (sindromul de secreție inadecvată de hormon antidiuretic)
  - D. Acumulare lichidiană în „spațiul trei”
  - E. Insuficiența suprarenaliană
237. Hiponatremia asociată cu euvoemie din SIADH (sindrom de secreție inadecvată de hormon antidiuretic) se caracterizează prin:
- A. Na urinar sub 15 mmol/l
  - B. Na urinar peste 30 mmol/l
  - C. Osmolaritate urinară > 300-400 mOsm/kg H<sub>2</sub>O
  - D. Osmolaritate urinară < 300-400 mOsm/kg H<sub>2</sub>O
  - E. Hipoosmolaritate
238. \*Următoarele afirmații referitoare la corecția hiponatremiei severe sunt corecte, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- A. Se începe cu administrarea în perfuzie intravenoasă a 150 ml de soluție salină hipertonică 3% sau echivalent, în 20 de minute
  - B. După 24 de ore de la prima administrare, se repetă administrarea în perfuzie intravenoasă a 150 ml de soluție salină hipertonică 3% sau echivalent, în 20 de minute, pentru a crește nivelul seric al Na<sup>+</sup> la valoarea normală
  - C. Se limitează creșterea nivelul seric al Na<sup>+</sup> la un total de 10 mmol/l în primele 24 de ore
  - D. Se întrerupe administrarea în perfuzie intravenoasă de soluție salină hipertonică 3% dacă nivelul seric al Na<sup>+</sup> ajunge la 130 mmol/l
  - E. Complicația principală a unei corecții rapide a natremiei este demielinizarea pontină
239. Selectați afirmațiile corecte referitoare la hiponatremie:
- A. Este severă dacă Na<sup>+</sup> seric este sub 125 mmol/l
  - B. Este cronică dacă a debutat în urmă cu 24 de ore
  - C. Este minimă dacă Na<sup>+</sup> seric este 130-135 mmol/l
  - D. Este moderată dacă Na<sup>+</sup> seric este 125-129 mmol/l
  - E. Este acută dacă a debutat în urmă cu mai puțin de 3 zile
240. Sunt cauze de hipernatremie:
- A. Hiperaldosteronismul primar
  - B. Hipoaldosteronismul primar

- C. Pierderea de apă liberă (febră, mediu torid)
  - D. SIADH (sindrom de secreție inadecvată de hormon antidiuretic)
  - E. Tumorile hipotalamice sau frontale
241. Sunt cauze ale hipopotasemiei:
- A. Hiperaldosteronismul
  - B. Hipoaldosteronismul
  - C. Pierderile digestive
  - D. Sindromul Fanconi
  - E. Diureticele economisitoare de potasiu
242. Modificările electrocardiografice în hipopotasemie sunt:
- A. Unda T înaltă sau bifazică
  - B. QRS lărgit
  - C. Diminuare amplitudinii undei T
  - D. apariția undei U
  - E. lărgirea intervalului Q-T
243. Următoarele afirmații referitoare la hipopotasemie sunt adevărate:
- A. Deficitul acut de potasiu interesează doar  $K^+$  extracelular
  - B. In caz de deficit acut de potasiu sunt interesați doar mușchii striati
  - C. In caz de deficit acut de potasiu sunt afectați mușchii netezi și cordul
  - D. Deficitul cronic de potasiu duce la pierderi intracelulare de  $K^+$
  - E. Deficitul cronic de potasiu duce la acidoză metabolică
244. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul hipopotasemiei sunt adevărate:
- A. La un  $K^+$  de 3 mmol/l corecția se va efectua doar dacă sunt prezente manifestări clinice
  - B. Viteza maximală de administrare a  $K^+$  intravenos este de 40 mEq/oră
  - C. Concentrația de 40 mEq/l irită venele
  - D. Se va recomanda evitarea dietei bogate în fructe
  - E. Deficitul intracelular necesită administrare de potasiu timp de mai multe zile
245. \* Nu este cauză de hiperpotasemie:
- A. Hemoliza
  - B. Leziunea musculară extinsă
  - C. Tratatamentul cu diuretice economisitoare de potasiu la pacienți cu rata de filtrare glomerulară scăzută
  - D. Liza tumorală
  - E. Hiperaldosteronismul
246. Modificările electrocardiografice în hiperpotasemie sunt:
- A. Unda T înaltă sau bifazică
  - B. Intervalul PR alungit
  - C. Unda P redusă ca amplitudine
  - D. Diminuarea amplitudinii undei T
  - E. Apariția undei U
247. Scopul terapiei hiperpotasemiei este:
- A. Introducerea potasiului în celule
  - B. Eliberarea potasiului din celule
  - C. Indepărtarea potasiului din organism
  - D. Protecția cardiacă prin antagonizarea efectelor hiperpotasemiei
  - E. Monitorizarea potasiului pentru *hipopotasemia de rebound*
248. \* Nu constituie o măsură terapeutică în caz de hiperpotasemie (hiper- $K^+$ ):
- A. Administrarea de rășini schimbătoare de  $K^+$
  - B. Administrarea de diuretice (ex. furosemid)
  - C. Administrarea de bicarbonat de sodiu, dacă este prezentă alcaloza metabolică

- D. Hemodializa
  - E. Administrarea soluției dextroză/ insulină
249. \*Selectați afirmația adevărată referitoare la administrarea bicarbonatului de sodiu la pacienții cu hiperpotasemie
- A. Se recomandă dacă este prezentă acidoza metabolică
  - B. Este contraindicată, deoarece extrage potasiul din celule
  - C. Protejează cordul de apariția fibrilației ventriculare, dar nu scade potasiul
  - D. Se face împreună cu clorura de calciu, pentru a-i potența efectul
  - E. Determină scăderea potasiului odată cu debutul diurezei
250. \* Selectați afirmația falsă referitoare la utilizarea dializei pentru tratamentul hiperpotasemiei:
- A. Este indicată la pacienții cu boală cronică de rinichi (insuficiență renală cronică)
  - B. Este indicată dacă hiperpotasemia este rezistentă la tratament medical (conservator)
  - C. Este indicată în caz de leziune acută de rinichi (insuficiență renală acută) oligurică
  - D. Dializa peritoneală este mai eficientă decât hemodializa
  - E. La pacienții instabili hemofiltrarea continuă veno-venoasă are un risc mai mic de a compromite debitul cardiac decât hemodializa intermitentă

## Răspunsuri Nefrologie

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



142. A, B, C  
143. C  
144. A  
145. A, D  
146. C  
147. A, B, C  
148. B, D, E  
149. A  
150. A, B, C  
151. C, D, E  
152. C, D  
153. A, C, E  
154. A  
155. A, C, D  
156. B, C  
157. A, E  
158. C  
159. A, B  
160. E  
161. C, D, E  
162. A  
163. B, D, E  
164. B, C, E  
165. C  
166. B, E  
167. B, D, E  
168. A, C, D  
169. A, B, C  
170. A, D, E  
171. B  
172. A, C, E  
173. A, B  
174. A, C  
175. A  
176. B, C, E  
177. C  
178. A, C, D  
179. A, B, C  
180. A, B, D  
181. B, C, E  
182. A, B, E  
183. A, B, D  
184. A, B, C  
185. A, B  
186. A, C, D  
187. B  
188. B, D, E  
189. A, B, C  
190. A, B, D  
191. B, C, E  
192. A, B, D  
193. D  
194. A, B, E  
195. A, B, D  
196. A, B, C  
197. A, B, C  
198. B, D  
199. A, C, E  
200. A, B, D  
201. B, C  
202. A, B  
203. A, B  
204. A, B, E  
205. B, C, E  
206. A, B, C  
207. A, B, C  
208. A, B, C  
209. A, B, D  
210. A, D, E  
211. B, C, E  
212. A, B  
213. B, E  
214. A, C  
215. B, D, E  
216. A, B, D  
217. B, C  
218. A, B, E  
219. C, D  
220. A, C  
221. C, D, E  
222. A, C, E  
223. B, D, E  
224. B, E  
225. B, C, D  
226. C  
227. A, B, C  
228. A, B, E  
229. A, C, E  
230. B, D, E  
231. B, C  
232. A, C, D  
233. B, C, E  
234. A, C, D  
235. A, B, E  
236. C  
237. B, C  
238. B  
239. A, C, D  
240. A, C, E  
241. A, C, D  
242. C, D, E  
243. A, C, D  
244. B, C, E  
245. E  
246. A, B, C  
247. A, C, D  
248. C  
249. A  
250. D

## Pediatrie

1. Despre criza convulsivă la copil, este adevărat că:
  - A. Apare brusc
  - B. Include modificări în activitatea senzitiv-senzorială
  - C. Include modificări ale activității motorii
  - D. Întotdeauna are corespondent electroencefalografic
  - E. Întotdeauna apar modificări ale conștienței
2. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la epilepsia copilului:
  - A. Este o boală cerebrală acută
  - B. Are un criteriu evolutiv
  - C. Are tendința de a se repeta la intervale variabile de timp
  - D. Repetarea crizelor se face numai în prezența factorilor declanșatori cunoscuți
  - E. Convulsiile febrile pot fi factor declanșator
3. Despre etiologia convulsiilor la copil, este adevărat că:
  - A. Este multifactorială
  - B. În perioada antenatală, este reprezentată de malformații ale cortexului cerebral
  - C. În perioada perinatală, encefalopatia hipoxic-ischemică este implicată în etiologie
  - D. Factorii infecțioși nu sunt implicați în etiologie
  - E. Hipercalcemia, hiperglicemia pot fi factori declanșatori
4. Crizele epileptice generalizate ale copilului se caracterizează prin faptul că:
  - A. Sunt implicate ambele emisfere cerebrale
  - B. Sunt fără amnezie retrogradă
  - C. Conștiența este păstrată
  - D. Pot fi cu sau fără manifestări motorii bilaterale
  - E. Sunt întâlnite în perioada neonatală
5. \* La copil, este adevărat că crizele tonico-clonice:
  - A. Debutează progresiv
  - B. Nu sunt însoțite de pierderea conștienței
  - C. Faza clonică este inițială
  - D. Sunt însoțite de tulburări vegetative
  - E. Faza postcritică nu se instalează
6. Crizele mioclonice la copil se caracterizează prin:
  - A. Secuse musculare masive, scurte, bilaterale
  - B. Con tracție musculară susținută, difuză
  - C. Pierderea conștienței în unele cazuri
  - D. Descărcări generalizate de tip polivârf-undă sincrone cu secusele musculare pe electro-encefalogramă
  - E. Faptul că sunt crize parțiale
7. \* Următoarea afirmație referitoare la convulsiile neonatale este adevărată:
  - A. Sunt tulburări paroxistice ce apar după prima lună de viață
  - B. Au prognostic bun
  - C. Hipoglicemia poate fi factor declanșator
  - D. Sunt crize tonico-clonice
  - E. Hipercalcemia poate fi o cauză
8. Selectați afirmațiile adevărate despre crizele tonico-clonice ale copilului:
  - A. Debutează brusc prin pierderea conștienței

- B. Faza clonică este însoțită de blocaj respirator
  - C. Faza clonică durează aproximativ un minut
  - D. Sunt crize parțiale complexe
  - E. Relaxarea sfincteriană apare în faza postcritică
9. Absențele tipice la copil sunt caracterizate prin:
- A. Hipotonie musculară generalizată
  - B. Păstrarea conștienței
  - C. Faptul că pot asocia relaxare sfincteriană
  - D. Amnezia totală a crizei
  - E. Durata de câteva ore a fazei postcritice
10. \* Alegeți afirmația corectă despre convulsiile la copil:
- A. Incidența convulsiilor variază cu vârsta - la pubertate ele fiind cel mai frecvente
  - B. Epilepsia este o boală cronică, iar crizele au tendința de a se repeta
  - C. Infecțiile TORCH sunt frecvent implicate în etiologia convulsiilor la adolescenți
  - D. Crizele tonico-clonice sunt fără pierderea conștienței
  - E. Crizele tonice se caracterizează prin secuse musculare masive, scurte și bilaterale
11. Crizele clonice multifocale, la copil:
- A. Reprezintă corespondentul neonatal al crizelor tonico-clonice generalizate
  - B. Sunt frecvente la nou-născuții cu vârsta gestațională sub 34 săptămâni
  - C. Sunt caracterizate prin mișcări clonice localizate la nivelul membrilor sau hemicorp
  - D. Pot apărea în encefalopatia hipoxic-ischemică
  - E. Au prognostic favorabil
12. \* Faza postcritică în cadrul convulsiilor tonico-clonice la copil se caracterizează prin:
- A. Hipertonie musculară
  - B. Absența semnului Babinski
  - C. Relaxare sfincteriană
  - D. Respirație tip Kusmaul
  - E. În această fază nu are loc recuperarea conștienței
13. Următoarele afirmații despre crizele tonice la copil sunt adevărate:
- A. Se manifestă prin contracții musculare ritmice
  - B. Sunt însoțite de pierderea conștienței și tulburări vegetative
  - C. La nou-născuții prematuri sunt adesea simptomul unei hemoragii intraventriculare
  - D. La copil crizele tonice axiale sunt obligatorii pentru diagnosticul sindromului Lennox-Gastaut (SLG)
  - E. Se caracterizează prin pierderea bruscă a tonusului muscular și căderea pacientului
14. Spasmele epileptice la copil:
- A. Sunt în general bilaterale și simetrice
  - B. Interesează muschii gâtului, trunchiului și extremităților
  - C. Tipic sunt în „extensie”
  - D. Sunt crize parțiale simple
  - E. Adesea se reunesc în salve de 5-10 crize
15. \*Despre crizele tonice la copil, este adevărat că:
- A. Se caracterizează prin secuse musculare masive scurte bilaterale
  - B. Apar pierderi ale conștienței și tulburări vegetative
  - C. La nou-născut ele provoacă flexia membrilor
  - D. Se caracterizează prin contracții tonice migratorii de la un membru la altul

- E. EEG evidențiază descărcări generalizate de polivârf-undă
16. Convulsiile neonatale:
- A. Sunt definite ca tulburări paroxistice ce apar după prima lună de viață
  - B. Crizele pot fi „minore”, clonice multifocale, clonice focale, tonice și mioclonice
  - C. Nu pot exista mai multe tipuri de crize la același pacient
  - D. Cauzele pot fi encefalopatia hipoxic-ischemică, hemoragia cerebrală, neuroinfecțiile, malformațiile cerebrale, bolile metabolice
  - E. Prognosticul este bun
17. Referitor la hipoglicemia neonatală, este adevărat că:
- A. Manifestările clinice includ hiperexcitabilitate, tremurături, apnee, cianoză, tahipnee, dificultăți de alimentație, vărsături, apatie, hipotonie, letargie, convulsii, comă
  - B. EEG relevă descărcări de unde lente în regiunile centrale
  - C. Tratamentul constă în administrarea de insulină
  - D. La nou-născuții cu risc înalt de hipoglicemie se poate administra ser fiziologic
  - E. Nu se va suspenda brusc aportul de glucoză intravenos
18. Hipocalcemia neonatală:
- A. Poate fi precoce, în primele 24-48 de ore de viață
  - B. Poate fi tardivă, atunci când se manifestă după prima lună de viață
  - C. Clinic se caracterizează prin crize focale sau multifocale care se repetă la un nou-născut conștient și hiperreactiv
  - D. Crizele sunt controlate de administrarea de glucoza 10%
  - E. Prezența unei hipocalcemii cu hiperfosfatemii la nou-născut impune investigarea unui hiperparatiroidism matern latent sau a sindromului DiGeorge
19. Epilepsia mioclonică benignă a sugarului:
- A. Debutează după vârsta de 12 luni
  - B. Debutează prin scurte mioclonii spontane sau provocate de zgomot sau contact
  - C. Nu asociază alte tipuri de crize cu excepția unor crize febrile simple
  - D. EEG evidențiază vârf-undă și polivârf-undă generalizate rapid în timpul crizei mioclonice
  - E. Prognosticul este rezervat cu răspuns slab la terapia antiepileptică
20. Epilepsia mioclonică severă a copilului:
- A. Debutează după primul an de viață la un copil anterior normal
  - B. Adesea există un istoric familial pozitiv pentru epilepsie și crize febrile în 53-71% din cazuri
  - C. În peste 50% din cazuri prima criză este de tip absență
  - D. EEG relevă aspect variabil în funcție de tipul de criză
  - E. Prognosticul este sever cu deces în 18%, retard neuromotor și mental grav în 60% din cazuri
21. Referitor la epilepsia copilului, sindromul West:
- A. Se caracterizează prin triada: spasme epileptice în flexie/extensie sau asimetrice, pluricotidiene, în salve, hipsartimie și oprire sau regres în dezvoltarea neuropsihomotorie
  - B. Etiologic se distinge o formă idiopatică și o formă simptomatică
  - C. EEG intercritic este reprezentat de profundă dezorganizare EEG cu prezența de vârfuri, vârfuri-undă sau unde lent polimorfe, ample, cu topografie variabilă, asincronă în cele două emisfere în absența ritmului de fond
  - D. Prognosticul în formele idiopatice este sever cu mortalitate 5-30%
  - E. Formele simptomatice au o evoluție și un prognostic favorabil cu regresia definitivă a sindromului

22. În cadrul manifestărilor epileptice la copii, sindromul Lennox-Gastaut:
- Este o encefalopatie epileptică cu debut în peste 2/3 din cazuri între 2-7 ani
  - Caracterizat prin spasme epileptice în flexie/extensie sau asimetrice, pluricotidiene, în salve, hipsartimie și oprire sau regres în dezvoltarea neuropsihomotorie
  - Se caracterizează prin crize epileptice polimorfe generalizate
  - Etiologia este variată: EHI, boli metabolice, encefalite, malformații cerebrale structurale severe, hidrocefalie, scleroză tuberoasă, traumatisme și tumori cerebrale
  - Prognosticul este bun
23. Convulsiile febrile la copil:
- Sunt prototipul crizelor epileptice ocazionale
  - Pot surveni la un copil cu vârsta peste 5 ani
  - Convulsiile febrile simple se manifestă clinic prin crize tonico-clonice bilaterale
  - Convulsiile febrile complexe se manifestă clinic prin crize tonico-clonice bilaterale
  - Durata convulsiilor febrile simple este mai mare de 15 minute
24. \* Care afirmație referitoare la convulsiile febrile ale copilului este falsă?
- Convulsia febrilă este definită ca o criză epileptică ce survine în cursul hiperpirexiei (>38.5°C)
  - Convulsiile febrile simple apar la creșterea bruscă a temperaturii peste 38.5°C și sunt unice în 24h
  - Convulsiile febrile complexe sunt unilaterale, durata este mai mare de 15 minute și se repetă de obicei în decursul unei zile
  - Convulsiile febrile apar la un copil cu vârsta cuprinsă între 3 luni - 5 ani
  - Convulsiile febrile apar pe fondul unei suferințe cerebrale acute
25. În epilepsia benigna a copilului cu vârful centro-temporal, este adevărat că:
- În majoritatea cazurilor conștiența este abolită pe durata crizei
  - Debutul crizelor se situează între 3-13 ani
  - Explorările neuroimagistice sunt utile pentru stabilirea diagnosticului
  - Apare predominant la sexul masculin
  - Clinic sunt prezente crize focale de tip motor
26. Epilepsia absență juvenilă:
- Debutează între 4-10 ani
  - Debutează la pubertate la un adolescent normal
  - Crizele au o apariție sporadică, mai puțin de o criză/zi
  - Crizele sunt de tip absențe tipice, câteva sute/zi
  - Prognosticul este mai bun comparativ cu epilepsia absență a copilului
27. Selectați răspunsurile corecte cu privire la crizele epileptice din tumorile cerebrale la copil:
- La vârsta copilăriei epilepsia este frecvent cauzată de tumori cerebrale
  - Explorările neuroimagistice, în principal IRM evidențiază prezența tumorii
  - Semiologia crizelor în tumorile cerebrale este în principal focală complexă sau motorie cu sau fără generalizare secundară
  - Cele mai epileptogene sunt tumorile cerebrale cu ritm rapid de evoluție
  - EEG relevă întotdeauna activitate epileptică focală la nivelul ariei tumorale
28. Care afirmații referitoare la sincopa copilului sunt corecte?
- Este caracterizată prin pierderea tranzitorie a conștienței și tonusului muscular
  - Apare întotdeauna ziua, aproape constant în ortostatism
  - Pierderea tonusului muscular este progresivă, rareori bruscă
  - Revenirea este în general lentă cu prezența fenomenelor postcritice

- E. Traseul EEG evidențiază vârf-undă și polivârf-undă generalizate rapid
29. \* Următoarele afirmații referitoare la sincopă sunt corecte, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- A. Este consecința unei insuficiențe pasagere a irigației cerebrale
  - B. Cauzele declanșatoare pot fi: emoții, durere minoră, frică, ortostatism prelungit, atmosferă închisă etc.
  - C. Apare predominant în timpul nopții, aproape constant în clinostatism
  - D. În timpul atacului bolnavul prezintă paloare, transpirații, puls periferic slab
  - E. Traseul EEG este normal
30. Referitor la spasmul hohotului de plâns al copilului, este adevărat că:
- A. Se întâlnește la copiii peste vârsta de 5 ani
  - B. În formele cianotice, plânsul în hohote antrenează inspirații superficiale cu fixarea toracelui în apnee, apariția cianozei, urmată de pierderea conștienței
  - C. Formele cianotice sunt constant provocate de frică, durere, frustrare
  - D. Formele palide sunt frecvente
  - E. Traseul EEG este normal
31. Selectați răspunsurile corecte referitoare la caracteristicile migrenei copilului:
- A. Este caracterizată prin simptome paroxistice de disfuncție a sistemului nervos central
  - B. Traseul nonepileptic pledează pentru migrenă
  - C. Lentoarea instalării simptomelor, prezența hemicraniei și anamneza pozitivă pentru migrenă pledează pentru acest diagnostic
  - D. Apare întotdeauna ziua, aproape constant în ortostatism
  - E. Apare predominant la sexul masculin
32. Sindromul de hemiplegie alternantă a sugarului:
- A. Este caracterizat prin crize tonice și alterarea mișcărilor oculare
  - B. Crizele sunt urmate de atacuri de hemiplegie
  - C. Rar sunt prezente fenomene neurovegetative
  - D. EEG din cursul crizei demonstrează prezența unei activități paroxistice
  - E. Atacurile de hemiplegie interesează alternativ cele două jumătăți ale corpului
33. Manifestările paroxistice nonepileptice de somn, la copil, sunt reprezentate de:
- A. Bruxism
  - B. Pavor nocturn
  - C. Drop attacks
  - D. Sindromul "sleep-apneea"
  - E. Atacuri ischemice tranzitorii
34. \* Selectați afirmația corectă cu privire la statusul epileptic al copilului:
- A. Este definit ca o criză de epilepsie care se repetă la intervale scurte de timp, pentru a crea o condiție epileptică fixă și durabilă
  - B. Statusul epileptic non-convulsiv se caracterizează clinic prin activitate motorie mioclonică, tonică și/sau clonică continuă sau paroxistică, asociată cu alterarea marcată a stării de conștiență
  - C. Statusul epileptic convulsiv se definește prin schimbarea comportamentului, a statusului mental al pacientului sau prezența unor manifestări psihice însoțite de descărcări EEG continue
  - D. Statusul epileptic non-convulsiv se caracterizează clinic prin comă însoțită de fenomene motorii reduse
  - E. Statusul epileptic convulsiv se clasifică în funcție de modificările EEG înregistrate ictal în: statusul epileptic de tip absență și statusul epileptic parțial complex
35. \* Care este afirmația falsă cu privire la tratamentul epilepsiilor la copii?

- A. Constă în tratament farmacologic, tratament chirurgical în formele farmacorezistente și asistență psihosocială
  - B. Măsurile generale de tratament: poziționarea pacientului, menținerea permeabilității căilor respiratorii
  - C. Măsurile farmacologice de tratament: diazepam 0.2-0.3 mg/kg i.v. sau 0.25-0.50 mg/kg intrarectal, fenobarbital 5-20 mg/kg i.v.
  - D. În epilepsie, tratamentul cronic cu medicație antiepileptică are drept scop obținerea controlului complet al crizelor cu efecte secundare minime
  - E. Alegerea medicației și durata tratamentului sunt independente de tipul sindromului epileptic
36. \* Medicamentul antiepileptic cu eficacitate demonstrată în epilepsia mioclonică benignă a copilului este:
- A. Acidul valproic
  - B. Carbamazepina
  - C. Fenitoina
  - D. Fenobarbitalul
  - E. Ethosuximidul
37. Complicațiile crizelor epileptice la copii sunt reprezentate de:
- A. Traumatisme cerebrale
  - B. Moarte subită
  - C. Accident vascular cerebral
  - D. Depresie
  - E. Abandon școlar
38. Selectați afirmațiile false referitoare la statusul epileptic al copilului:
- A. La copil, în 61% din cazuri, crizele recurente sunt secundare unei cauze infecțioase
  - B. Statusul epileptic poate fi non-convulsiv sau convulsiv
  - C. Statusul epileptic non-convulsiv se clasifică în funcție de modificările EEG înregistrate ictal în: status epileptic de tip absență și status epileptic parțial generalizat
  - D. Statusul epileptic non-convulsiv se definește prin schimbarea comportamentului, a statusului mintal sau prezența unor manifestări psihotice însoțite de descărcări EEG discontinue
  - E. Statusul epileptic convulsiv se poate caracteriza clinic prin comă însoțită de fenomene motorii reduse
39. Factorii precipitanți ai statusului epileptic la copil sunt:
- A. Sevrăjul medicației antiepileptice (MAE)
  - B. Accidentul vascular cerebral
  - C. Acidoza lactică congenitală
  - D. Deficitul de piridoxină
  - E. Administrarea de aspirină
40. \* Tratamentul crizei epileptice la copil este reprezentat de:
- A. Diazepam 0,2-0,3 mg/kg intravenos
  - B. Diazepam 5-20 mg/kg intravenos
  - C. Fenobarbital 0,2-0,3 mg/kg intravenos
  - D. Fenobarbital 5-20 mg/kg intramuscular
  - E. Clonazepam 0,5-1 mg/kg oral
41. Referitor la medicația anti-epileptică a copilului, selectați medicamentele care au eficacitate demonstrată în sindromul Lennox-Gastaut:
- A. Acidul valproic
  - B. Gabapentin

- C. Fenobarbital
  - D. Levetiracetam
  - E. Vigabatrin
42. \* Care din următoarele medicamentele antiepileptice are eficacitate demonstrată în convulsiile febrile ale copilului?
- A. Fenitoin
  - B. Fenobarbital
  - C. Carbamazepina
  - D. Gabapentin
  - E. Vigabatrin
43. \* Referitor la medicația anti-epileptică a copilului, medicamentul cu eficacitate clinică dovedită în sindromul Wes este:
- A. Fenobarbital
  - B. Fenitoin
  - C. Acid valproic
  - D. Carbamazepină
  - E. Ethosuximid
44. Care dintre următoarele afirmații referitoare la medicația antiepileptică a copilului sunt adevărate?
- A. Fenobarbitalul se administrează în doză de 3-6 mg/kg
  - B. Carbamazepina poate avea ca și efecte adverse: ataxia, tulburări psihice, vărsături, anorexie
  - C. Valproatul de sodiu poate avea ca și efecte adverse: creșterea în greutate, alopecie tranzitorie, trombocitopenie, tremor, hepatotoxicitate
  - D. Levetiracetamul se administrează în doză de 20 mg/kg
  - E. Topiramatul poate avea ca și efecte adverse: rash, sindrom Steven-Johnson
45. Care dintre următoarele afirmații privind decizia de întrerupere a medicației antiepileptice la copil sunt false?
- A. Decizia de întrerupere a medicației antiepileptice trebuie să fie stabilită și urmărită de către medicul de familie atunci când există o perioadă fără crize de cel puțin 2 ani
  - B. În cazul crizelor parțiale complexe sevrajul medicației antiepileptice se face după 4 ani de control total al crizelor sub tratament
  - C. Decizia de întrerupere a medicației antiepileptice nu este influențată de etiologia crizelor
  - D. Decizia de întrerupere a medicației antiepileptice este influențată de frecvența sau numărul crizelor anterioare introducerii medicației antiepileptice
  - E. Înaintea luării deciziei de întrerupere a medicației antiepileptice se va discuta cu pacientul sau familia/aparținătorii analizându-se riscul recurenței crizelor la oprirea medicației antiepileptice
46. Masurile generale ale tratamentului statusului epileptic la copil vizează:
- A. Monitorizarea funcțiilor vitale
  - B. Monitorizare EEG
  - C. Determinarea concentrației plasmatice a medicației antiepileptice (MAE)
  - D. Examen LCR
  - E. Radiografie de craniu
47. Tratamentul farmacologic al statusului epileptic constă în:
- A. Prima linie terapeutică: fenitoină 15-18 mg/kg i.v.
  - B. Prima linie terapeutică: diazepam 0,25-0,5 mg/kg i.v.
  - C. A doua linie terapeutică: lorazepam 0,1 mg/kg i.v.
  - D. A treia linie terapeutică: fenobarbital 20 mg/kg i.v.



- E. A patra linie terapeutică: propofol 2 mg/kg bolus i.v.
48. Este adevărat că prognosticul convulsiilor la copil:
- Este greu de apreciat deoarece acestea reprezintă expresia clinică a unui număr mare de tulburări cerebrale
  - Depinde de vârsta pacientului și de evoluția terapeutică
  - Nu depinde de etiologie
  - Este favorabil la pacienții care au prezentat status epileptic
  - În aprecierea prognosticului se va avea în vedere riscul de recurență după prima criză
49. În etiologia amigdalitei/faringitei acute la copil sunt incriminați următorii agenți patogeni:
- Streptococul de grup C, care reprezintă etiologia cea mai frecventă a anginei
  - Virusul sincițial respirator
  - Enterovirusul
  - Virusul Epstein-Baar
  - Klebsiella pneumoniae
50. Care dintre afirmațiile de mai jos referitoare la angina acută streptococică a copilului sunt adevărate?
- Reprezintă 37% din cazurile de faringite acute la copilul în vârstă de peste 5 ani
  - Este rară înaintea vârstei de 2-3 ani
  - Are un peak de incidență în primii ani de grădiniță
  - Este mai frecventă toamna și iarna
  - Simptomatologia cedează la 24 ore de la începerea antibioterapiei
51. \* Cel mai important agent infecțios bacterian incriminat în etiologia anginei acute streptococice la copil, este streptococul:
- Beta-hemolitic de grup A
  - Beta-hemolitic de grup B
  - Beta-hemolitic de grup C
  - Beta-hemolitic de grup D
  - Pneumoniae
52. Referitor la dozarea titrului de anticorpi antistreptolizină O (ASLO) în angina acută streptococică a copilului, este adevărat că:
- Se recomandă doar pentru depistarea infecției streptococice
  - Titrul crește la 80% dintre bolnavi
  - În faza acută, titrurile depășesc 200-300 UI/ml
  - Peak-ul seric este atins după 2-3 zile de la debut
  - Scăderea titrului este lentă (luni de zile)
53. Selectați afirmațiile false referitoare la angina acută streptococică a copilului:
- Debutul este lent, cu disfagie, febră înaltă și frison
  - Perioada de incubație este de 2-5 zile
  - În perioada de stare prezintă: hiperemie faringiană intensă, amigdale hipertrofice acoperite cu depozite albicioase
  - Printre explorările paraclinice se numără și radiografia pulmonară
  - Pentru diagnosticul infecției cu streptococ betahemolitic de grup A a fost propus scorul clinic Centor
54. \* Poate fi complicație a anginei acute streptococice la copil:
- Endocardita bacteriană
  - Meningita
  - Otita medie
  - Pielonefrita acută

- E. Artrita acută
55. Precizați care dintre următoarele afirmații referitoare la faringita recurentă a copilului sunt adevărate:
- Apare ca reinfecție cu streptococ beta-hemolitic de grup A (GABHS) la un membru al familiei
  - Diagnosticul se stabilește printr-o singură cultură
  - Diagnosticul se stabilește prin culturi repetate
  - Tonsilectomia se indică cu scopul de a reduce incidența faringitelor recurente dacă copilul a avut peste 5 episoade în ultimii 2 ani
  - În caz de abces periamigdalian tonsilectomia nu este indicată
56. Următoarele afirmații despre laringitele acute la copil sunt adevărate:
- Sunt infecții numai virale
  - Sunt infecții numai bacteriene
  - Sunt infecții virale sau bacteriene
  - Nu determină niciodată detresă și/sau insuficiență respiratorie
  - Determină detresă și/sau insuficiență respiratorie înaltă prin obstrucție laringiană
57. \* Care este afirmația falsă legată de laringita acută a copilului?:
- Vârsta de apariție a laringitei acute, mai ales a crupului este cuprinsă între 3 luni și 5 ani
  - Este mai frecventă la fete
  - Este mai frecventă la băieți
  - Poate să apară pe tot parcursul anului
  - Are un peak la vârsta de 2 ani
58. Formele clinice ale laringitei acute la copil sunt:
- Laringita acuta simpla
  - Laringite obstructive
  - Laringite neobstructive
  - Stridorul inspirator acut
  - Traheita bacteriană
59. \* Urmatoarele afirmații despre laringita acută simplă a copilului sunt false, cu excepția uneia. Care este aceasta?
- Este cea mai frecventă formă
  - Este cea mai rară formă
  - Etiologia este bacteriană
  - Debutul este printr-o infecție cronică de căi respiratorii superioare
  - Laringoscopic nu se poate evidentia edemul corzilor vocale sau al țesutului subglotic
60. Tabloul clinic al laringitei acute obstructive a copilului este caracterizat clinic prin:
- Stridor expirator acut
  - Stridor inspirator acut
  - Tuse lătrătoare
  - Disfonie
  - Dispnee expiratorie
61. Laringita acută edematoasă subglotică a copilului:
- Face parte din laringitele obstructive
  - Are etiologie virală
  - Apare frecvent la copilul între 3 - 6 ani
  - Mai este denumită și "crup"
  - Este un proces inflamator acut în care edemul nu cuprinde regiunile subglotice

62. Precizați care dintre următoarele afirmații referitoare la tabloul clinic al crupului la copil sunt adevărate:
- Cuprinde rinoree, tuse și febră moderată care durează 1-3 zile
  - Simptomatologia de laringită acută se instalează progresiv
  - Detresa respiratorie este manifestă în 1-2 zile de la apariția prodromului
  - Copilul prezintă tuse lătrătoare, disfonie, stridor expirator și dispnee expiratorie
  - Simptomatologia se agravează în timpul zilei
63. Diagnosticul diferențial al laringitei acute subglotice (crupului) la copil se face cu:
- Difteria
  - Abcesul retrofaringian
  - Traumatismele laringiene
  - Tumori sau malformații ale laringelui
  - Apendicita acută
64. \* Nu este o complicație a laringitei acute subglotice (crupului) la copil:
- Otita medie
  - Pneumonia
  - Bronșiolita
  - Șocul toxic
  - Apendicita acută
65. Laringita acută subglotică a copilului beneficiază de următoarele măsuri terapeutice:
- Hidratare
  - Antitermice în prezența febrei
  - În formele medii/severe, se recomandă aerosoli cu epinefrină racemică clasică în doza de 0,5-1 ml în 10 ml de ser fiziologic
  - Steroizi orali în formele ușoare de boală
  - Antibiotice în formele severe de boală
66. \* Este adevărat că epiglotita acută a copilului:
- Este o infecție bacteriană lent progresivă
  - Este un edem inflamator acut al epiglotei și hipofaringelui
  - Cuprinde regiunea de sub corzile vocale
  - Nu este considerată o urgență medicală
  - Nu apare decât la copii între 2 și 7 ani
67. Care dintre afirmațiile următoare referitoare la manifestările clinice ale epiglotitei acute a copilului sunt adevărate?
- Debutul bolii este progresiv
  - Debutul bolii este brusc
  - Se manifestă cu dispnee inspiratorie, anxietate
  - Starea generală este alterată
  - Obstrucția respiratorie se instalează rapid
68. În perioada de stare a epiglotitei acute, copilul prezintă:
- Febră înaltă cu stare generală alterată (letargie)
  - Aspect toxic
  - Poziție caracteristică cu capul în poziție flectată (în trepied)
  - Gura întredeschisă cu protruzia limbii când expiră
  - Dispnee expiratorie cu respirație aspră, zgomotoasă, cornaj
69. Următoarele afirmații referitoare la epiglotita acută a copilului sunt adevărate:
- Radiografia gâtului în incidență laterală delimitează bine epiglota
  - Investigațiile paraclinice evidențiază o leucocitoză de 15-25.000/mm<sup>3</sup> cu o neutrofilie marcată
  - Hemocultura este negativă pentru *Haemophilus influenzae* în peste 90% din cazuri

- D. Hemocultura este pozitivă pentru Haemophilus influenzae în peste 90% din cazuri
  - E. Nu este necesară administrarea de antibiotice
70. Diagnosticul diferențial în epiglotita acută a copilului se face cu:
- A. Traheita bacteriană
  - B. Aspirația de corp strain
  - C. Bronsiolita
  - D. Abcesul peritonsilar
  - E. Hemangiomul subglotic compresiv
71. Selectați afirmațiile adevărate privind tratamentul epiglotitei acute la copil:
- A. Necesită internare obligatorie într-o unitate de terapie intensivă
  - B. Necesită oxigenoterapie
  - C. Nu se recomandă intubarea nazotraheală a copilului în primele 48-72 ore
  - D. Adrenalina racemică și corticosteroizii sunt ineficienți
  - E. Tratamentul antibiotic nu este necesar după detubarea pacientului
72. \* Care dintre următoarele afirmații despre profilaxia infecției cu Haemophilus influenzae a copilului este adevărată?:
- A. Nu este necesară la toți membrii familiei dacă copilul bolnav este sub 4 ani și este incomplet imunizat
  - B. Profilaxia vizează și personalul medical aflat în anturajul copilului
  - C. Rifampicina nu este folosită în profilaxia infecției cu Haemophilus influenzae
  - D. Se face la toți membrii familiei dacă copilul bolnav este mai mare de 4 ani și este incomplet imunizat
  - E. Nu există măsuri de profilaxie
73. Traheita bacteriană a copilului este determinată de:
- A. Streptococ
  - B. Stafilococul auriu
  - C. Moraxella catarrhalis
  - D. Salmonella
  - E. Anaerobi
74. Selectați afirmațiile false referitoare la crupul spasmodic ( pseudocrup sau laringita striduloasă) la copil:
- A. Terenul alergic și factorii psihologici nu au un rol important
  - B. Afecțiți sunt copiii cu vârsta de 1-3 ani ,copiii cu paratrofie sau vegetații adenoide
  - C. Prodromul viral este absent
  - D. Debutul este acut, diurn, în plină stare de sănătate
  - E. Copiii se trezesc brusc din somn și prezintă răgușeală, tuse metalică, respirație îngreunată ,anxietate și detresă respiratorie
75. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate despre otita medie acută la copil?
- A. Reprezintă un proces inflamator acut sau cronic, întotdeauna fără acumulare de lichid la nivelul urechii medii
  - B. Poate fi catarală
  - C. Poate fi supurată
  - D. Poate fi exsudativă (seroasă)
  - E. Etiologia otitei medii acute la copil este întotdeauna bacteriană
76. \* Conform Academiei Americane de Pediatrie, este criteriu pentru definiția otitei medii acute la copil:
- A. Istoricul de boală cronică, trenantă
  - B. Absența exudatului la nivelul urechii medii
  - C. Depresia timpanului

- D. Prezența de nivele hidroaerice în spatele timpanului
  - E. Mobilitatea accentuată a timpanului
77. \* Care dintre următoarele afirmații este falsă despre otita medie acută la copil?
- A. Reprezintă cea mai frecventă boală bacteriană la sugar și copilul mic
  - B. Are maximum de incidență între 1 și 2 ani
  - C. Este una dintre cele mai frecvente afecțiuni tratate cu antibiotic
  - D. Riscul de a dezvolta otită medie a fost de 6% până la vârsta de 12 luni
  - E. Este o complicație frecventă a rinofaringitei acute la copilul sub 3 ani
78. Care sunt particularitățile anatomice caracteristice care cresc frecvența otitei la sugar?
- A. Trompa lui Eustachio scurtă
  - B. Trompa lui Eustachio largă
  - C. Poziția verticală a trompei lui Eustachio
  - D. Comunicarea largă a trompei lui Eustachio cu epitimpanul, aditusul și antrul
  - E. Comunicarea îngustă a trompei lui Eustachio cu cavitatea timpanică
79. Agenții bacterieni incriminați cel mai frecvent în etiologia otitei medii acute la nou născut sunt:
- A. Escherichia Coli
  - B. Klebsiella
  - C. Enterobacter cloacae
  - D. Mycoplasma pneumoniae
  - E. Haemophilus Influenzae
80. Factorii de risc cu rol dovedit în apariția otitei medii acute la copil sunt:
- A. Prematuritatea
  - B. Greutatea mică la naștere
  - C. Malformații cranio-faciale
  - D. Sezonul cald
  - E. Alimentația la sân
81. \* Care este afirmația adevărată despre otita medie acută catarală la copil?
- A. Este consecința unei inflamații care apare secundar blocajului trompei lui Eustachio
  - B. Se obiectivează prin existența unui lichid muco-purulent în urechea medie
  - C. Se obiectivează prin existența unui lichid suprainfectat în urechea medie
  - D. Semnul Vacher este cel mai important element de diagnostic, fiind întotdeauna concludent
  - E. Nu se însoțește niciodată de hipoacuzie
82. Următoarele afirmații sunt adevărate despre otita medie acută supurată la copil:
- A. Simptomul principal este otalgia violentă
  - B. Otalgia este pulsatilă și exagerată de masticatie și deglutiție
  - C. Tabloul clinic asociază hipoacuzie
  - D. Nu se asociază niciodată febră înaltă și convulsii
  - E. Perforarea timpanului duce la accentuarea durerii și ascensiune termică
83. \* Care dintre următoarele afirmații referitoare la otomastoidita sugarului este falsă?
- A. Forma manifestă apare la sugarii eutrofici
  - B. Debutul este brusc, cu hipertermie și manifestări generale intense (convulsii, meningism, diaree, vărsături)
  - C. Perforarea timpanului duce întotdeauna la agravarea simptomelor
  - D. Otomastoidita latentă apare mai ales la sugarii malnutriți, prematuri sau la cei cu deficite imune
  - E. Otomastoidita latentă poate apare și la sugarii eutrofici care au fost supuși unei antibioterapii necorespunzătoare, care nu a putut rezolva singură focarul, mascându-i doar simptomele

84. In caz de otită medie acută la copil, otoscopia poate arăta:
- Congestie izolată a timpanului în otita medie congestivă
  - Timpan intens congestionat care bombează
  - Reflexul luminos al timpanului este accentuat
  - În otita medie congestivă - timpanul este opac sau perforat, cu prezența de puroi
  - În otita medie seroasă- timpanului este translucid, cu acumulare de lichid în urechea medie
85. \* Nu este o complicație a unei otite la copil:
- Paralizia nervului facial
  - Otomastoidita
  - Meningita
  - Tromboflebita sinusului lateral
  - Cavernomul portal
86. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la otita medie acută la copil:
- În otita medie catarală cu otalgie ușoară, se recomandă analgezice
  - In otita medie acută supurată se recomandă Amoxicilină pe cale orală dacă pacientul nu a primit Amoxicilină în ultimele 30 de zile
  - La copiii la care se dorește acoperirea H. influenzae și M. Catarrhalis, se va iniția tratament cu amoxicilină/clavulanat pe cale orală
  - Clindamicina este antibioticul de primă intenție în otita medie catarală
  - În otita medie catarală se recomandă de primă intenție cefalosporine de generația a treia
87. Următoarele afirmații sunt adevărate referitoare la tratamentul otitei medii acute la copil:
- Conduita terapeutică nu trebuie să țină cont de vârsta copilului și forma de boală
  - Se recomandă antibioterapie ca și terapie de primă intenție în otita medie cu exudat
  - În otita medie cu exudat tratamentul antibiotic se recomandă dacă există exudat bilateral care persistă 3 luni
  - Clindamicina se poate folosi singură în otita medie acută supurată in cazurile suspecte de infecție cu S. pneumoniae rezistent la Penicilină
  - În otita medie catarală se recomandă de primă intenție Azitromicina
88. Următoarele afirmații sunt adevărate referitoare la tratamentul copiilor cu otită medie acută supurată care au primit antibioterapie inițială sau care au evoluat nefavorabil:
- Pentru pacienții tratați inițial cu antibiotic se recomandă amoxicilină/clavulanat
  - Pentru pacienții tratați inițial cu antibiotic cunoscuți cu alergie la Penicilină se recomandă Ceftriaxon
  - Pentru pacienții cu evoluție nefavorabilă după 48-72 de ore de la inițierea tratamentului antibiotic oral cu Amoxicilină se recomandă Ceftriaxon
  - Pentru pacienții cu alergie la Penicilină cu evoluție nefavorabilă după 48-72 de ore de la inițierea tratamentului antibiotic oral cu Amoxicilină se recomandă cefalosporine de generația I
  - Timpanocenteza nu face parte din tratamentul copiilor cu otită medie acută supurată care au primit antibioterapie inițială și au evoluat nefavorabil
89. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate referitoare la monitorizarea și profilaxia otitei medii acute la copil?
- Peristența unui exudat la nivelul urechii medii este neobișnuită, fiind un semn de complicații severe

- B. Prezența exudatului în urechea medie fără simptome (otita medie exudativă), necesită monitorizare sistematică, nu antibioterapie
  - C. La copiii asimptomatici, cu exudat la nivelul urechii medii timp îndelungat, se recomandă întotdeauna antibioterapie profilactică
  - D. Alimentația naturală contribuie la prevenirea otitei medii acute la sugari
  - E. Alimentarea în poziție culcată a sugarului contribuie la prevenirea otitei medii acute la sugari
90. \* Necesarul de lichide in perioada de nou-născut este de :
- A. 100-140 ml/kg
  - B. 100-120 ml/kg
  - C. 160-180 ml/kg
  - D. Doar 100 ml/kg
  - E. Doar 120 ml/kg
91. \* Referitor la necesarul de glucide la copil, este adevărat că :
- A. Acesta este de 18 g/kg/zi la sugar și la copilul mare
  - B. Reprezintă aproximativ 40-50% din valoarea calorică
  - C. Aportul principal este lactoza din laptele praf
  - D. După vârsta de 3 ani, crește până la 17 g/zi
  - E. Este vorba despre același necesar de glucide la orice vârstă
92. \* Selectați afirmația adevărată despre formulele de start pentru sugari:
- A. Nu sunt formule de lapte concepute special pentru nutriția sugarului
  - B. Sursa de proteine este reprezentată de laptele matern
  - C. Formulele de lapte sunt îmbogațite cu oligoelemente și vitamine: Fier, Zinc
  - D. Sărurile minerale sunt în cantități crescute
  - E. Raportul Ca/P este menținut de valori de 3,3/2,2 asemănător cu cel din laptele matern
93. \* Deficitul alimentar cantitativ al copilului poate fi cauzat de:
- A. Rahitism
  - B. Boli endocrine
  - C. Hipogalactie maternă
  - D. Aportul prea mare de lapte
  - E. Diversificarea tardivă a alimentației sugarului
94. \* Parazitozele, ca și cauză de malnutriție a copilului, determină un tablou clinic caracterizat prin:
- A. Apetit exagerat
  - B. Diaree și malabsorbție
  - C. Febră
  - D. Tegumente marmorate
  - E. Disfagie
95. \* Referitor la indicele ponderal (IP) la copil, este adevărat că:
- A. Reprezintă raportul dintre talie și greutate
  - B. In funcție de indicele ponderal se cunosc 5 grade de distrofie
  - C. În gradul I de distrofie:  $IP = 0,89/0,76$
  - D. În gradul III de distrofie :  $IP > 0,60$
  - E. Distrofia de gradul I corespunde unui deficit ponderal de 25-40%
96. \* Este adevărat că marasmul nutrițional al copilului:
- A. Este datorat unei carențe globale care apare la sugar
  - B. Este o formă minora de boală cu deficite majore nutriționale
  - C. In mecanismul de producere al bolii sunt implicate și tulburări acute de absorbție
  - D. Este datorat unei carențe minore

- E. Se datorează unui aport alimentar crescut
97. \* Este o formă de malnutriție la copil:
- Distofia laptelui de vacă
  - Distofia prin carența de făinos
  - Distrofia de război care apare prin supraalimentare
  - Malabsorbția edematoasă cauzată de sindroamele acute de malabsorbție: boală celiacă, fibroza chistică
  - Distrofia prin exces de făinos, care induce o malnutriție glucidică
98. \* Necesarul de vitamina D la copil, este în medie de:
- 500 de ui/zi ( 400-800 ui/zi), indiferent de vârstă
  - 500 de ui/zi ( 400-800 ui/zi), în funcție de vârstă
  - 300 de ui/i ( 200-600 ui/zi), indiferent de vârstă
  - 1000 ui/zi ( 1500-2000 ui/zi), în funcție de vârstă
  - 1000 ui/zi (1500-2000 ui/), indiferent de vârstă
99. \* Acțiunea vitaminei D la nivel osos este de a:
- Crește reabsorbția fosforului, aminoacizilor și a calciului la nivel tubular
  - Crește conținutul de citrat al lichidelor extracelulare, acidul citric inactivează ionii de calciu formând săruri complexe care permit mișcarea calciului în țesuturi fără modificari majore în homeostazia acestuia
  - Stimula mineralizarea țesutului osteoid prin depunerea de calciu și fosfor sub formă de cristale de hidroxiapatită, stimulează maturarea și diferențierea osteoblaștilor
  - Crește absorbția calciului, crește permeabilitatea celulelor epiteliale, intestinale pentru calciu prin stimularea sintezei unei proteine transportoare a calciului
  - Stimula demineralizarea țesutului osteoid prin depunerea de calciu și fosfor sub formă de cristale de hidroxiapatită, stimulează maturarea și diferențierea osteoblaștilor
100. \* Acțiunea parathormonului la nivel renal constă în:
- Creșterea absorbției de calciu cu reducerea calciuriei și scăderea reabsorbției de fosfor cu creșterea fosfaturiei
  - Scăderea absorbției de calciu cu creșterea calciuriei și scăderea reabsorbției de fosfor cu creșterea fosfaturiei
  - Creșterea absorbției de calciu cu reducerea calciuriei și creșterea reabsorbției de fosfor cu scăderea fosfaturiei
  - Creșterea extracției calciului prin depolimerizarea substanței fundamentale, creșterea activității osteoclastelor și osteoblastelor cu creșterea fosfatazei alcaline
  - Scăderea extracției calciului prin depolimerizarea substanței fundamentale, creșterea activității osteoclastelor și osteoblastelor cu creșterea fosfatazei alcaline
101. \* Modificarea cutiei craniene, care apare în rahitismul carențial la copil, constă în:
- Mătăniile costale, șanț submamar Harrison, torace evazat la bază
  - Craniotabes după vârsta de 3 luni, baze parietale și frontale, frunte olimbiană, proeminentă occipitală, plagiocefalie, macrocranie, fontanelă anterioară larg deschisă după vârsta de 8 luni sau persistența acesteia după vârsta de 18 luni
  - Prezența sternului infundat sau proeminent, aplatizarea laterală a toracelui în jumătatea superioară, deformarea claviculelor și fracturi costale
  - Cifoasă dorsală, lordoză, micșorarea diametrului antero-posterior și lateral al bazinului, coxa vara, coxa valga



- E. Craniotabes după vârsta de 6 luni, bose parietale și frontale, fruntea olimpiantă, proeminența occipitală, plagiocefalie, macrocranie, fontanelă anterioară larg deschisă după vârsta de 8 luni sau persistența acesteia după vârsta de 18 luni
102. \* Simptomatologia clinică în anemia feriprivă a copilului constă în:
- A. Tulburări digestive, exprimându-se prin creșterea apetitului, creșterea acidității gastrice, sindrom de malabsorbție
  - B. Creșterea apărării antiinfecțioase
  - C. Semne de afectare a sistemului nervos: creșterea concentrării și a atenției, tulburări neuropsihice
  - D. Paloare, fatigabilitate, apetit capricios, palpitații și dispnee, ușoară splenomegalie prezentă în circa 10-15 % din cazuri
  - E. Atrofii musculare
103. \* Explorările praclinice în anemia feriprivă a copilului evidențiază:
- A. Medulograma cu rezerve de fier medular normale sau crescute
  - B. Măduva osoasă hipoplazică
  - C. Sideremie scăzută ( fier seric sub 50 de g/100 ml), asociată cu creșterea capacității de fixare a fierului, coeficientul de saturare al transferinei mai mic de 16%, feritina serică scăzută mai mică de 10 ng/ml
  - D. Reticulocitele crescute
  - E. Sideremie scăzută (fier seric sub 50g/100ml), asociată cu scăderea capacității de fixare a fierului, coeficientul de saturare al transferinei este de mai mare de 16%, feritina serică este scăzută < 10 ng/ml
104. \* Referitor la tratamentul medicamentos al anemiei feriprive la copil, este adevărat că :
- A. Se administrează de elecție intramuscular
  - B. Se recomandă administrarea de săruri feroase
  - C. Se recomandă administrarea de săruri neferoase
  - D. Durata tratamentului medicamentos este de 3 săptămâni
  - E. Administrarea se face într-o singură priză, în asociere cu vitamina C și săruri de Cu și Zn
105. Marasmul sever al copilului se caracterizează prin:
- A. Hipoglicemie care determină hipoinsulinism
  - B. Scăderea proceselor de gluconeogeneză
  - C. Reducerea metabolismului bazal cu hipotonie, bradicardie
  - D. Hiponatremie, deshidratare celulară
  - E. Accelerarea creșterii în lungime
106. Referitor la indicele ponderal (IP) în pediatrie, este adevărat că:
- A. Nu se utilizează în practica medicală
  - B. Reprezintă raportul dintre greutatea ideală și talie
  - C. Reprezintă raportul dintre greutatea actuală și greutatea ideală pentru vârsta și sex
  - D. În funcție de indicele ponderal se cunosc trei grade de distrofie
  - E. Distrofia de gradul I corespunde unui deficit ponderal de 5-10%
107. Referitor la indicele nutrițional ( IN) în pediatrie, este adevărat că:
- A. Se raportează la suprafața corporală și metabolismul bazal
  - B. Este cel mai fidel indicator de apreciere a distrofiei
  - C. Reprezintă raportul dintre greutatea ideală și talie
  - D. În funcție de IN distrofia se clasifică pe patru grade de distrofie
  - E. Pentru aprecierea stării de nutriție, IN nu este deloc fidel
108. Din categoria "alte criterii de apreciere a stării de nutriție" la copil, fac parte:
- A. Circumferința brațului

- B. Circumferința capului
  - C. Pliul cutanat tricipital
  - D. Pliul cutanat subscapular
  - E. Circumferința trunchiului
109. Selectați afirmațiile adevărate în malnutriția protein-calorică de gradul III a copilului:
- A. Indice ponderal  $>0,6$
  - B. Indice ponderal  $<0,6$
  - C. Deficit ponderal  $>40\%$
  - D. Deficit ponderal  $<40\%$
  - E. Piele sbârcită, eritem fesier, escare
110. Referitor la marasmul nutrițional al copilului, este adevărat că:
- A. În mecanismul de producere al bolii sunt implicate și tulburări cronice de absorbție
  - B. Examenul clinic evidențiază abdomen escavat, scobit, tegumente uscate, față triunghiulară, aspect "de bătrân"
  - C. Termoreglarea nu este afectată
  - D. Tensiunea arterială este crescută, există hipoglicemie
  - E. Tensiune arterială este scăzută, există hipoglicemie
111. Despre Kwashiorkor la copil, este adevărat că:
- A. Este cea mai severă formă de malnutriție glucidică
  - B. Interesează în special metabolismul lipidic
  - C. Interesează în special metabolismul proteic
  - D. Abdomenul este escavat, scobit
  - E. Copilul prezintă diaree, apatie, facies suferind, musculatura atrofică
112. Marasmul grav la copil se caracterizează prin:
- A. Hiperglicemie care determină hipoinsulinism
  - B. Hiperonatremie, deshidratare celulară
  - C. Hipernatremie
  - D. Hipotonie, bradicardie, tendința la colaps, hiporeactivitate
  - E. Creștere exagerată în lungime
113. Referitor la tratamentul deficitului nutrițional al copilului, este adevărat că:
- A. Tratamentul profilactic cuprinde totalitatea măsurilor de prevenire a malnutriției: promovarea alimentației naturale, diversificarea corectă, adaptarea alimentației sugarului în funcție de particularitățile fizice și psihice ale acestuia
  - B. Tratamentul curativ constă în asigurarea unui necesar proteic de 1-2 g/kg/zi
  - C. Se recomandă un aport glucidic crescut, ajungând până la 10-15g/kg/zi
  - D. Se utilizează formule de lapte lactozate
  - E. Se utilizează formule dietetice speciale, total sau parțial delactozate, având în vedere că un copil cu malnutriție poate să dezvolte intoleranță la lactoză
114. Criteriile de evaluare a eficienței tratamentului în deficitul nutrițional la copil, sunt:
- A. Normalizarea tranzitului intestinal
  - B. Dublarea greutății
  - C. Redresarea imună
  - D. Normalizarea psihică și motorie
  - E. Recuperarea indicelui ponderal
115. Cele mai frecvente cauze infecțioase ale tulburărilor nutriționale în perioada copilăriei sunt:
- A. Otită acută medie
  - B. Alergodermiile
  - C. Meningitele

- D. Parazitozele
  - E. Hidrocefalia
116. În etiopatogenia malnutriției copilului, intervin următoarele cauze favorizante
- A. Prematuritatea
  - B. Postmaturitatea
  - C. Gemelariitatea
  - D. Retardul neuropsihomotor
  - E. Enzimopatiile postnatale
117. Modalitățile prin care poate să apară deficitul calitativ nutrițional la copil, sunt:
- A. Diversificarea precoce sau tardivă în raport cu vârsta cronologică a sugarului
  - B. Consumul excesiv de făinos
  - C. Alimentație exclusivă sau prelungită cu lapte de vacă (nediluat corespunzător)
  - D. Tulburări de absorbție intestinală (atrofia mucoasei intestinale, sindrom de malabsorbție)
  - E. Tulburări de aport, consecința a tulburărilor de deglutiție, a vărsăturilor recurente, regurgitații abundente
118. Malnutriția copilului prin deficit cantitativ alimentar, are ca cele mai frecvente cauze:
- A. Hipogalactia materna
  - B. Diluțiile necorespunzătoare de lapte praf
  - C. Diversificarea alimentației precoce sau tardivă
  - D. Consumul excesiv de făinos
  - E. Regimurile vegetariene
119. Malnutriția copilului produsă prin boli organice sau cronice, are drept cele mai frecvente cauze malformațiile:
- A. Digestive ( cheilognatopalatoshizis, stenoze esofagiene, atrezii duodenale)
  - B. Cardiace, cianogene sau necianogene
  - C. Aparatului respirator (atrezie coanală, agenezie pulmonară, hipoplazie pulmonară)
  - D. Renale
  - E. Urinare
120. Referitor la alimentația naturală a copilului, este adevărat că:
- A. Reprezintă alimentația cu lapte matern a nou-născutului și sugarului în primii 2 ani de viață
  - B. Laptele uman oferă protecție antiinfecțioasă și antialergică
  - C. Laptele uman conferă protecție anticarcinomatoasă femeii care alăptează (previne apariția cancerului de sân)
  - D. Colostrul se secretă după zece zile de la naștere, în cantitate de 10-100ml/zi
  - E. Cel mai bun criteriu al unei alimentații corecte îl reprezintă curba ponderală care trebuie să se mențină constant ascendentă cu un spor zilnic de 20-30g
121. Selectați afirmațiile corecte privind formulele de start pentru sugari:
- A. Sursa de proteină este laptele de vacă cu compoziție apropiată de cea a laptelui de mamă
  - B. Sărurile minerale sunt crescute, ceea ce asigură o osmolaritate mare (peste 400 mOsm/l)
  - C. Cantitatea de calciu este de 70-80mg/dl, iar raportul Ca/P este menținut la valori de 1,2-2,2 asemănător cu cel din laptele matern
  - D. Nu conțin adaos de fier
  - E. Sărurile minerale sunt reduse, ceea ce asigură o osmolaritate mică (<400mOsm/l)
122. Referitor la formulele pentru prematuri, este adevărat că:

- A. Sunt îmbogățite caloric ( 20-24 de kcal/30ml) și conțin proteine în cantitate mai mare (1,8-2,4 g/100ml)
  - B. Sunt emulsionate, ceea ce simplifică procesele de digestie și absorbție
  - C. Cantitatea de lactoză este crescută cu 50%
  - D. Sunt fără adaos de lipide emulsionate
  - E. Cantitatea de lactoză este scăzută cu 50%, ceea ce compensează intoleranța la lactoză a nou-născutului prematur
123. Referitor la necesarul de electroliți și oligoelemente în rația alimentară optimă, acesta este:
- A. Pentru sodiu, 2-5 mmol/kg la nou-născut și 0,7 mmol/kg la adult
  - B. Pentru sodiu, 7-9 mmol/kg la nou-născut și 0,7 mmol/kg la adult
  - C. Potasiu (1-2g sau 1,5 mEq/kg/zi)
  - D. Pentru magneziu, 60 mg/zi la sugar și 300-400mg/zi la adolescent
  - E. Pentru fier, 16 mg/zi în primele 6 luni și 100mg/zi până la vârsta de 1 an
124. Referitor la alimentația naturală a sugarului, este adevărat că:
- A. Compoziția laptelui uman este independentă de stadiul lactației, nașterea prematură, vârsta mamei
  - B. Colostrul este bogat în vitamine liposolubile și imunoglobuline, având o valoare calorică de 520-570 kcal/l
  - C. Flora intestinală a sugarului alimentat natural conține Bacillus Bifidus, bacterie care produce acid lactic și acid acetic, cu ajutorul cărora crește pH-ul scaunelor
  - D. Laptele de mamă conține modulatori ai creșterii
  - E. Laptele uman nu este adaptat nevoilor nutriționale ale sugarului din primele 6 luni de viață
125. Despre fortifianții de lapte matern (HMF, Human milk fortifiers), este adevărat că:
- A. Sunt folosiți doar la copii alimentați artificial cu o greutate la naștere mai mică de 1800 de g
  - B. Pot produce o modificare a tranzitului intestinal prin creșterea sarcinii osmotice
  - C. Au un conținut scăzut de hidrocarbonați cu moleculă simplă, ușor absorbabili
  - D. Reprezintă un concentrat de substanțe nutritive, săruri minerale și vitamine folosite doar la copii alimentați natural
  - E. Se pot folosi doar la copii cu o greutate la naștere peste 3600 g
126. Formulele de continuare a alimentației sugarului:
- A. Au ca sursă de proteine laptele de vacă
  - B. Sunt recomandate sugarilor sub 4-6 luni
  - C. Sunt recomandate sugarilor peste 4-6 luni
  - D. Se pot administra în paralel cu alimentația diversificată
  - E. Se recomandă administrarea exclusivă
127. Referitor la vitamina D, este adevărat că:
- A. Este obținută din alimentație și prin transformarea provitaminei D din piele sub acțiunea razelor solare
  - B. Este denumirea generică pentru un grup de 10 compuși sterolici, cei mai importanți fiind vitamina D2-ergocalciferol și vitamina D3 – colecalciferol
  - C. În exces, este una dintre cauzele rahitismului carential
  - D. Necesarul de vitamina D este de 500 UI/zi ( 400-800 U i /zi) în funcție de vârstă
  - E. Este o vitamină hidrosolubilă
128. Referitor la acțiunea vitaminei D, este adevărat ca la nivel:

- A. Osos stimulează mineralizarea țesutului osteoid prin depunerea de calciu și fosfor sub formă de cristale de hidroxiapatită, stimulează maturarea și diferențierea osteoblaștilor
  - B. Renal crește reabsorbția tubulară a fosforului, aminoacizilor și calciului
  - C. Intestinal scade absorbția calciului și scade permeabilitatea celulelor epiteliale intestinale pentru calciu prin stimularea sintezei unei proteine transportoare a calciului
  - D. Intestinal crește absorbția calciului și crește permeabilitatea celulelor epiteliale intestinale pentru calciu prin stimularea sintezei unei proteine transportoare a calciului
  - E. Renal scade reabsorbția tubulară a fosforului, aminoacizilor și calciului
129. Parathormonul (PTH) acționează astfel:
- A. La nivel intestinal, scade absorbția de calciu
  - B. La nivel renal, crește absorbția de calciu cu reducerea calciuriei și scade reabsorbția de fosfor cu creșterea fosfaturiei
  - C. La nivel intestinal, crește absorbția de calciu
  - D. La nivel osos, scade excreția de calciu, scade activitatea osteoclastelor și osteoblastelor
  - E. La nivel osos, crește excreția de calciu prin depolimerizarea substanței fundamentale, crește activitatea osteoclastelor și osteoblastelor cu creșterea fosfatazei alcaline
130. Modificările cutiei craniene în rahitismul carențial al copilului sunt:
- A. Craniotabes la naștere
  - B. Baze temporale și frontale
  - C. Frunte "olimpiană"
  - D. Plagiocefalie
  - E. Fontanela anterioară larg deschisă după vârsta de 8 luni sau persistența acesteia după vârsta de 18 luni
131. Toracele rahitic al copilului se caracterizează prin:
- A. Mătăanii costale
  - B. Șanț retromamar
  - C. Torace evazat la bază sau în formă de clopot
  - D. Stern înfundat sau proeminent
  - E. Creșterea diametrului antero-posterior al toracelui
132. Modificările coloanei vertebrale și bazinului în rahitismul carențial al copilului constau în:
- A. Modificarea ordinii de apariției a dinților
  - B. Cifoză dorsală
  - C. Genu varum
  - D. Modificarea diametrului antero-posterior și lateral al bazinului
  - E. Brățări rahitice
133. Semnele extraosoase în rahitismul carențial al copilului sunt reprezentate de:
- A. Semne respiratorii ( plămânul rahitic )
  - B. EKG cu semne de hipocalcemie
  - C. Semne musculo-ligamentare (hipotonie musculară, hiperlaxitate ligamentară)
  - D. Hiperexcitabilitate neuro-musculară , stridor laringian, convulsii, tresăriri frecvente, spontane sau la zgomote mici, tremurături ale extremităților
  - E. Stern înfundat sau proeminent
134. Selectați modificările biochimice serice în rahitismul carențial al copilului:
- A. Calcemia poate avea valori normale sau scăzute
  - B. Fosfatemia este scăzută

- C. Fosfataza alcalină este scăzută
  - D. Calcemia are valori crescute
  - E. Fosfataza alcalină este mult crescută
135. Stadializarea rahitismului la copil se face în funcție de:
- A. Fosfatemie
  - B. Calcemie
  - C. Vitamina D
  - D. Fosfataza alcalină serică
  - E. Calciurie
136. Semnele patognomonice privind modificările radiologice osoase din rahitismul carențial la copil sunt:
- A. Lățirea epifizelor oaselor scurte, care iau aspect de "cupă"
  - B. Prezența spicuilor laterali
  - C. Întârzierea de osificare a nucleilor de creștere a diafizelor oaselor lungi și a coastelor, care sunt slab mineralizate, radiotransparente, uneori cu fracturi
  - D. Îngustarea metafizelor oaselor lungi care iau aspect de "cupă"
  - E. Lățirea metafizelor oaselor lungi care iau aspect de cupă cu linia metafizară concava neregulată, estompată și franjurată
137. Pentru profilaxia post-natală a rahitismului la copil se recomandă:
- A. Alăptare exclusivă în primele 6 luni de viață
  - B. Alăptare exclusivă în primele 12 luni de viață
  - C. Alimentația sugarului cu formule specifice vârstei și evitarea folosirii laptelui de vacă
  - D. Alimentația mamei care alăptează: alimente bogate în vitamina D sau oral 600 de UI de vitamină D3/zi
  - E. Expunere echilibrată la soare, facilitarea curei heliomarine la copii peste 1 an cu o durată de minim 10 zile, înainte de ora 10 :00 și după ora 16:00
138. Tratamentul curativ al rahitismului la copil se face cu vitamina D:
- A. Oral, 2000-4000UI D3/zi timp de 6-8 săptămâni, după care se revine la dozele profilactice maxime de 800 UI de D3/ zi, timp de 6 luni
  - B. Intramuscular, doze de depozit inițial 3 doze de câte 100.000 UI de D3 la interval de 3 zile, urmate după 30 de zile de o doză de 200.000 UI de D3
  - C. În doză unică de 600.000 UI de D3, apoi la interval de 30 de zile se revine la dozele profilactice
  - D. În doză unică de 100.000 UI de D3, apoi la 30 de zile se revine la dozele profilactice
  - E. Oral, 4000-6000 UI de D3 (4-8 picături) timp de 6 -8 săptămâni, după care se revine la dozele profilactice de maxime de 800 UI de D3/zi, timp de 1-2 ani
139. Anemia feriprivă a copilului este:
- A. Normocromă
  - B. Microcitară, cu VEM = 100  $\mu\text{m}^3$
  - C. Hiposideremică, cu fier seric <60 micrograme/100 de ml)
  - D. Hipocromă, cu HEM sub 25 pg
  - E. Cu CHEM <30%
140. Carența de fier la copil poate fi determinată prin următoarele mecanisme:
- A. Aport redus
  - B. Pierderi crescute
  - C. Epuizarea rapidă a unor rezerve calitativ reduse
  - D. Tulburări de absorbție și digestie
  - E. Necesitar scăzut
141. Tulburările digestive din anemia feriprivă a copilului se manifestă prin:

- A. Perturbare sau pervertire a apetitului (sindrom Pica)
  - B. Scăderea indexului de permeabilitate intestinală
  - C. Sindrom de malabsorbție (pentru fier, proteine, cupru, calciu)
  - D. Creșterea acidității gastrice
  - E. Reducerea acidității gastrice
142. Semnele de deficit tisular de fier din anemia feriprivă a copilului sunt:
- A. Tulburările de creștere la 50% din copii
  - B. Tahicardia
  - C. Creșterea acidității gastrice
  - D. Tulburările trofice ale tegumentelor și mucoaselor-uscăciunea mucoaselor și pielii, ragade comisurale, friabilitatea unghiilor
  - E. Oboseala
143. Semnele de afectare a sistemului nervos din anemia feriprivă a copilului sunt:
- A. Tulburările musculare (pseudomiopatie)
  - B. Iritabilitatea, oboseala
  - C. Reducerea acidității gastrice
  - D. Reducerea atenției, a concentrării, reducerea performanțelor școlare
  - E. Tulburările neuro psihice
144. În anemia feriprivă a copilului, pe frotiul de sânge periferic se observă:
- A. Hipocromie marcată
  - B. Normocromie
  - C. Într-un stadiu mai tardiv microcitoză cu prezența de anulocite
  - D. Rare hematii "în semn de tras la țintă"
  - E. Rezerve de fier medulare diminuate sau absente
145. În anemia feriprivă a copilului se evidențiază:
- A. Sideremie crescută
  - B. Creșterea capacității de fixare a fierului
  - C. Feritina serică este scăzută sub 10g/ml
  - D. Feritina serică este crescută peste 10 ng/ml
  - E. Coeficientul de saturare al transferinei este mai mic de 16%
146. Diagnosticul diferențial al anemiei feriprive la copil se face cu:
- A. Anemia intrainfecțioasă
  - B. Intoxicațiile cronice cu nitriți
  - C. Sindroamele talasemice
  - D. Sindroamele mieloproliferative
  - E. Anemii sideroblastice congenitale sau dobândite
147. Netratată, carența de fier la copil poate determina ca și complicații:
- A. Tulburări de concentrație și atenție
  - B. Deficit imunitar însoțit de susceptibilitate crescută la infecții
  - C. Tulburări gastrointestinale până la malabsorbție și enteropatie exsudativă
  - D. Insuficiență cardiacă, frecventă în formele moderate
  - E. Creșterea acidității gastrice
148. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la tratamentul medicamentos în anemia feriprivă la copil:
- A. Calea de elecție pentru administrarea fierului este cea orală
  - B. Se recomandă administrarea de săruri feroase în doze de 4-6 mg/kg/zi Fe elemental, maxim 180 mg/zi
  - C. Durata tratamentului medicamentos este de 3 săptămâni
  - D. Durata tratamentului medicamentos este de 3 luni
  - E. Administrarea de fier se face într-o singură priză în asocieră cu vitamina C și săruri de Cu și Zn

149. Răspunsul la tratamentul cu fier din anemia feriprivă a copilului se materializează prin:
- Normalizarea depozitelor de fier după 3-6 săptămâni
  - Refacerea enzimelor tusulare din a doua zi
  - Inițierea răspunsului medular din prima zi
  - Apariția răspunsului reticulocitar din a 3-a zi până la sfârșitul primei săptămâni
  - Creșterea progresivă a valorii hemoglobinei serice, care se normalizează într-o lună
150. Referitor la infecțiile perinatale, selectați afirmațiile adevărate:
- Ele se pot produce doar în timpul nașterii sau în primele 7 zile postnatal
  - Infecțiile perinatale/congenitale sunt o cauză majoră de morbiditate și mortalitate fetală și neonatală
  - Severitatea infecției la mamă se corelează cu severitatea infecției la făt
  - Diagnosticul etiologic al infecției perinatale se face prin izolarea în cultură a microorganismului și identificarea antigenului sau a genomului agentului infecțios în produsele biologice
  - Transmiterea infecțiilor perinatale se poate face: hematogen – transplacentar, ascendent – din vaginul superior, în momentul nașterii – la trecerea fătului prin canalul vaginal infectat sau postnatal – de la mamă (prin laptele matern, secreția salivară)
151. Infecția congenitală cu citomegalovirus:
- Este cea mai frecventă infecție congenitală în țările dezvoltate
  - Infecția intranatală sau postnatală produce întotdeauna manifestări clinice sau sechele neurologice
  - Poate fi complet asimptomatică
  - Este principala cauză de hipoacuzie neurosenzorială, retard mental, retinopatie și paralizie cerebrală
  - Este o cauză importantă de malformații cardiace
152. Acronimul TORCH se referă la:
- Un virus nou depistat
  - Treponema palidum, Rujeola, Coxsakie, HIV, altele (Others)
  - Toxoplasma, Rubeola, Citomegalovirus, Herpes simplex, altele (Others)
  - Numele unei boli dobândite în mica copilărie
  - Infecții achiziționate de făt prin transmitere transplacentară
153. Cele mai frecvente manifestări clinice în rubeola congenitală sunt:
- Oculare (cataractă, retinopatie, glaucom, microftalmie)
  - Cardiace
  - Calcificări intracraniene
  - Hidrops fetal
  - Dinți Hutchinson
154. Este adevărat că rubeola congenitală:
- Este frecventă în țările dezvoltate
  - Se produce prin transmiterea virusului rubeolic transplacentar embrionului/fătului
  - Are risc teratogen mai mare dacă infecția maternă se produce în timpul organogenezei
  - Este ușor de confirmat serologic prin determinarea anticorpilor antirubeolici de tip IgG
  - Necesită evaluare multidisciplinară: oftalmologică, audiologică, cardiologică și neurologică
155. Diagnosticul pozitiv al infecției congenitale cu citomegalovirus se bazează pe:
- Identificarea anticorpilor IgG specifici



- B. Detectarea virusului în urină
  - C. Detectarea virusului în salivă
  - D. Detectarea virusului prin culturi sau prin tehnica PCR în primele două săptămâni după naștere
  - E. Aspectul clinic specific
156. Triada Hutchinson, patognomonică pentru sifilisul congenital, este reprezentată de:
- A. Microcefalie
  - B. Keratită interstițială
  - C. Surditate datorată afectării nervului cranian VIII
  - D. Tibia „în iatagan”
  - E. Dinți Hutchinson
157. Infecția congenitală cu citomegalovirus se manifestă clinic prin:
- A. Erupecție veziculară cutanată
  - B. Microcefalie
  - C. Calcificări intracraniene priventriculare
  - D. Nas „în șă”
  - E. Retard de creștere intrauterină
158. Sugarii cu rubeolă congenitală:
- A. Au infecție cronică
  - B. Au infecție acută
  - C. Elimină virusul în urină, scaun și secreții respiratorii timp de o lună
  - D. Elimină virusul în urină, scaun și secreții respiratorii timp de un an
  - E. Pot intra în contact cu gravidele vaccinate antirubeolă
159. Tratamentul în infecția perinatală cu *Neisseria gonorrhoeae* se face astfel:
- A. În infecția localizată se administrează o doză unică de ceftriaxonă parenteral
  - B. În infecția localizată ocular se administrează o doză unică de ceftriaxonă prin instilație în sacul conjunctival
  - C. În boala diseminată, fără meningită, se administrează Ganciclovir parenteral 7 zile
  - D. În boala diseminată, fără meningită, se administrează ceftriaxonă/cefotaximă parenteral 7 zile
  - E. Nu există tratament pentru infecția cu *Neisseria gonorrhoeae*
160. Infecția neonatală cu virus Herpes simplex:
- A. Este transmisă de la mamă pe cale ascendentă
  - B. Favorizează nașterea prematură
  - C. Nu poate fi contactată în maternitate de la alt nou născut infectat
  - D. Este favorizată de nașterea pe cale vaginală din mamă cu herpes genital primar
  - E. Este transmisă cel mai frecvent transplacentar
161. Tabloul clinic al infecției perinatale cu virus Herpes simplex la nou născut:
- A. Debutează cel mai frecvent în primele ore după naștere
  - B. Poate consta în manifestări neurologice (febră, convulsii), debutând după 14-28 zile de viață
  - C. Poate consta în manifestări localizate cutanate, oculare sau la nivelul cavității bucale
  - D. Manifestările clinice pot apărea oricând între naștere și 4 săptămâni de viață
  - E. Se caracterizează prin erupție descuamativă localizată palmar, plantar, peribucal și anal
162. Tratamentul de elecție al infecției neonatale cu virus Herpes simplex constă în:
- A. 21 zile Aciclovir oral
  - B. 14 zile Aciclovir parenteral în formele cu infecție localizată

- C. 10 zile Penicilină G parenteral
  - D. 21 zile Aciclovir parenteral în formele diseminate
  - E. 14 zile Valganciclovir oral
163. Manifestările clinice ale infecției neonatale cu Chlamydia trachomatis constau în:
- A. Conjunctivită bilaterală
  - B. Tuse sacadată, polipnee și raluri, cu debut la 2-19 săptămâni postnatal
  - C. Pneumonie cu febră înaltă
  - D. Adenopatii preauriculare întotdeauna
  - E. Obstrucție nazală
164. Tratamentul pneumoniei neonatale cu Chlamydia trachomatis constă în:
- A. Administrarea parenterală de ceftriaxonă în doză unică
  - B. Eritromicină oral timp de 14 zile
  - C. Azitromicină oral timp de 14 zile
  - D. Aciclovir oral timp de 14 zile
  - E. Azitromicină oral timp de 5 zile
165. Următoarele afirmații în legătură cu sifilisul congenital sunt adevărate:
- A. Se transmite transplacentar în orice moment al sarcinii
  - B. Infecția se poate transmite intranatal prin contactul nou născutului cu șancrul mamei
  - C. Sifilisul precoce (înainte de vârsta de 2 ani) se caracterizează prin: afectarea SNC, a sistemului osteo-articular și a dentinei
  - D. Rinita sifilitică, inapetența, leziunile tegumentare descuamative palmare, plantare, peribucal și perianal sunt manifestările sifilisului precoce
  - E. Pentru sifilisul precoce este patognomonică triada Hutchinson (keratită interstițială, surditate și dinți Hutchinson)
166. Diagnosticul pozitiv de sifilis congenital este susținut de:
- A. Testele serologice treponemice pentru anticorpi de tip IgM la nou născut
  - B. Vizualizarea treponemelor prin microscopie în câmp întunecat
  - C. Testele treponemice pentru anticorpi de tip IgG la nou născut
  - D. Titrul anticorpilor la testele nontreponemice de 4 ori mai mare la nou născut decât la mamă
  - E. Titrul anticorpilor la testele nontreponemice la nou născut egal cu cel al mamei
167. Nou născutul/sugarul trebuie supus unei evaluări complete pentru sifilis congenital în următoarele situații:
- A. În prezența manifestărilor clinice sugestive la mamă sau la nou născut
  - B. Când tratamentul gravidei cu sifilis s-a efectuat cu mai puțin de 30 zile înainte de naștere
  - C. Când titrul seric al mamei a scăzut de 4 ori după tratament
  - D. Titrul seric al anticorpilor nontreponemici la nou născut este de 4 ori mai mare decât la mamă
  - E. Titrul anticorpilor treponemici cantitativ la nou născut este de patru ori mai mic comparativ cu al mamei
168. Consecințele infecției congenitale cu Toxoplasma gondii sunt:
- A. Naștere prematură
  - B. Deces fetal mai ales dacă infecția a apărut în trimestrul 3 de sarcină
  - C. Retard de creștere intrauterină
  - D. Malformații renale
  - E. Hidrocefalie
169. Diagnosticul pozitiv al toxoplasmozei congenitale este susținut de:
- A. Corioretinită, hidrocefalie, calcificări intracerebrale
  - B. Prezența anticorpilor de tip IgM în primele 6 luni de viață

- C. Persistența anticorpilor de tip IgG în primele 6 luni de viață
  - D. Prezența anticorpilor de tip IgA în primele 6 luni de viață
  - E. Erupecie maculopapulară generalizată
170. \* Tratamentul toxoplasmozei congenitale constă în:
- A. Pirimetamină 14 zile
  - B. Penicilină G parenteral 14 zile
  - C. Pirimetamină asociată cu sulfadiazină timp de un an
  - D. Spiramicină timp de un an
  - E. Eritromicină 14 zile
171. \* Tratamentul specific în rubeola congenitală este:
- A. Aciclovir parenteral, timp de 21 zile
  - B. Ganciclovir parenteral, 7 zile
  - C. Penicilina G parenteral, 10-14 zile
  - D. Fitomenadion parenteral, 7 zile
  - E. Nu există tratament specific
172. \* Nu este o manifestare clinică comună a infecțiilor congenitale:
- A. Retardul de creștere intrauterină
  - B. Hepatosplenomegalia
  - C. Hidropsul fetal
  - D. Macrocefalia
  - E. Corioretinita
173. \* Care dintre următoarele afirmații referitoare la rubeola congenitală este falsă?
- A. Dacă infecția maternă cu virusul rubeolic se produce în primele săptămâni de sarcină, riscul teratogen este mare
  - B. Infecția rubeolică în primele patru săptămâni de gestație duce în 40% din cazuri la avort sau deces fetal intrauterin
  - C. Vaccinarea antirubeolică nu se recomandă la fete
  - D. Singura gazdă naturală a virusului rubeolic este omul
  - E. Sugarii cu rubeolă congenitală au infecție cronică și elimină virusul în urină, scaun și secreții respiratorii timp de un an
174. \* Infecția congenitală cea mai frecventă în țările dezvoltate este infecția cu:
- A. Virusul rubeolic
  - B. Virusul Herpes simplex
  - C. Chlamydia trachomatis
  - D. Citomegalovirus
  - E. Toxoplasma gondii
175. \* Tabloul clinic al bolii diseminate în infecția perinatală cu virus Herpes simplex include:
- A. Letargie, febră, convulsii
  - B. Pneumonie, hepatită, șoc
  - C. Hepatosplenomegalie, microcefalie
  - D. Erupecie cutanată, oculară, labială
  - E. Conjunctivită purulentă
176. \* Profilaxia infecției neonatale cu virus Herpes simplex se face prin:
- A. Naștere prin operație cezariană în interval de 24 ore de la ruperea membranelor amniotice
  - B. Naștere naturală la mame cu leziuni active de herpes
  - C. Contraindicarea nașterii naturale la mamele care elimină virusul în timpul nașterii
  - D. Administrarea de nitrat de argint local, intraocular, la toți nou născuții
  - E. Tratamentul infecției primare la mamă cu Spiramicină

177. \* Infecția cu *Neisseria gonorrhoeae* la nou născut:
- A. Afectează în special sistemul nervos
  - B. Se caracterizează prin: icter, hepatosplenomegalie, adenopatii
  - C. Afectează în special ochii, debutând după 3-7 zile de viață prin secreții conjunctivale apoase care devin rapid purulente
  - D. Frecvent se manifestă cu secreție conjunctivală seroasă unilaterală, persistentă
  - E. Netratată duce la retard mental
178. \* Terapia de elecție în sifilisul congenital constă în:
- A. Azitromicină per os 5 zile
  - B. Penicilina G parenteral 10-14 zile
  - C. Ceftriaxonă per os 7 zile
  - D. Cefotaximă parenteral 10-14 zile
  - E. Penicilina V per os 10-14 zile
179. \* Transmiterea infecției cu *Toxoplasma gondii* de la mama la făt este:
- A. Transplacentară
  - B. Consecința frecventă a reactivării infecției materne, secundar unei imonodeficiențe materne
  - C. Cu o rată scăzută de transmitere la făt, în cazul în care infecția acută maternă are loc în apropierea termenului
  - D. Fără consecințe în dezvoltarea fetală intrauterină
  - E. De obicei intranatală

## Răspunsuri Pediatrie

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

- 142. A, D
- 143. B, D, E
- 144. A, C, D
- 145. B, C, E
- 146. A, C, E
- 147. A, B, C
- 148. A, B, D
- 149. D, E
- 150. B, D, E
- 151. A, C, D
- 152. C, E
- 153. A, B
- 154. B, C, E
- 155. B, C, D
- 156. B, C, E
- 157. B, C, E
- 158. A, D, E
- 159. A, D
- 160. A, B, D
- 161. B, C, D
- 162. B, D
- 163. A, B, E
- 164. B, E
- 165. A, B, D
- 166. A, B, D
- 167. A, B, D
- 168. A, C, E
- 169. A, B, D
- 170. C
- 171. E
- 172. D
- 173. C
- 174. D
- 175. B
- 176. C
- 177. C
- 178. B
- 179. A

## Neurologie

1. Diagnosticul accidentului vascular cerebral (AVC) hemoragic se bazează pe:
  - A. Examen clinic neurologic
  - B. Trombectomie
  - C. Examenul imagistic - computer tomografie (CT) cerebrală, obligatoriu
  - D. Tromboliză
  - E. Ecografie
2. Examenul clinic neurologic în accidentului vascular cerebral (AVC) hemoragic constată:
  - A. Istoric cu debut brusc cel mai adesea, cu cefalee intensă
  - B. Apariția unui deficit neurologic
  - C. Semne de hipertensiune intracraniană
  - D. Raluri bronșice
  - E. Suflu sistolic pe o arteră carotidă
3. \* In cazul unui accidentului vascular cerebral (AVC) hemoragic, la computer-tomografie (CT) se observă:
  - A. Revărsat sanguin hiperdens
  - B. Hipodensitate în teritoriul arterei cerebrale medii
  - C. Formațiuni tumorală cerebrală
  - D. Lacună cerebrală
  - E. Fractură de bază de craniu
4. Măsurile terapeutice generale, in cazul unui accident vascular cerebral (AVC) hemoragic, includ
  - A. Scăderea promptă a tensiunii arteriale (TA), daca valorile depășesc 180/110 mmHg
  - B. Trebuie menținută o perfuzie cerebrală peste 60 mmHg
  - C. Valorile TA trebuie constant controlate pentru prevenția secundară a recurențelor hemoragice
  - D. Valorile TA nu au nicio importanță în cazul unui AVC hemoragic
  - E. Valorile TA trebuie menținute peste 180/110 mmHg
5. \* Principalele recomandări pentru tratamentul medical al unui accident vascular cerebral (AVC) hemoragic sunt:
  - A. Pacienții cu tulburări severe de coagulare trebuie sa primească tratament de substituție corespunzător
  - B. Nu trebuie să primească tratament cu factori de coagulare daca au INR crescut excesiv
  - C. Nu se administrează niciodata doze mici de heparină cu greutate moleculară mică
  - D. Tratamentul antiagregant plachetar este obligatoriu
  - E. Tratamentul trombolitic trebuie administrat de urgență
6. In privința tratamentului chirurgical, în cazul unui accident vascular cerebral (AVC) hemoragic, principalele recomandări prevăd:
  - A. La pacienții cu hidrocefalie secundară și cu alterarea stării de conștiență se poate face drenaj ventricular
  - B. Se poate lua în considerație evacuarea hematoamelor mai mari de 30 ml, localizate la mai puțin de 1 cm profunzime față de scoarță
  - C. Valorile TA nu au nici o importanță în cazul unui AVC hemoragic

- D. Rata mortalității este mai scăzută la pacienții la care nu s-a făcut evacuarea precoce a hematomului
  - E. Craniectomia largă decompresivă nu este niciodată recomandată la pacienții cu edem cerebral foarte mare
7. Hemoragia subarahnoidiană:
- A. Se referă la apariția unui revărsat sanguin în spațiul subarahnoidian
  - B. Poate fi traumatică și non-traumatică
  - C. De obicei este localizată intraparenchimos
  - D. Poate apare ca o complicație a endocarditei infecțioase
  - E. Cea perimezencefalică are un prognostic mai grav decât cea anevrismală
8. \* Cea mai frecventă cauză a hemoragiilor subarahnoidiene este reprezentată de:
- A. Obstrucția unei artere mari cerebrale
  - B. Boala moya-moya
  - C. Aneurismele arteriale intracraniene saculare rupte
  - D. Vasospasmul cerebral
  - E. Aneurismele arteriale micotice
9. Diagnosticul hemoragiei subarahnoidiene se bazează pe:
- A. Tablou clinic caracteristic (cefalee instalată brusc-descrisă drept "cea mai intensă durere de cap din viață", însoțită de fotofobie și de semne de iritație meningeană)
  - B. Examenul clinic obiectiv neurologic și general
  - C. Computer-tomografie (CT) cranio-cerebrală nativă
  - D. Ecografia craniană
  - E. Probele de biochimie sanguină
10. Tratamentul hemoragiei subarahnoidiene include:
- A. Controlul și monitorizarea tensiunii arteriale
  - B. Tratamentul vasospasmului cerebral
  - C. Cliparea chirurgicală a anevrismului rupt sau embolizarea endovasculară a anevrismului rupt
  - D. Tratamentul antiagregant plachetar
  - E. Tratamentul cu imunoglobuline
11. Cauze mai rare de hemoragie subarahnoidiană non-traumatică sunt:
- A. Accidentul vascular ischemic
  - B. Malformații arterio-venoase (MAV) intracraniene sau spinale
  - C. Boala moya-moya
  - D. Hemoragia lobară
  - E. Vasospasmul cerebral
12. \* Cea mai frecventă localizare a anevrismelor arteriale intracraniene este la nivelul:
- A. Venelor cerebrale
  - B. Mezencefalului
  - C. Părții anterioare poligonului Willis (artera comunicantă anterioară, artera cerebrală anterioară)
  - D. Sinusurilor anterioare ale feței
  - E. Sinusului transvers
13. Cele mai frecvente cauze ale accidentelor vasculare cerebrale (AVC) hemoragice, intracerebrale, sunt:
- A. Hipertensiunea arterială sistemică cronică
  - B. Angiopatia amiloidă
  - C. Malformațiile vasculare
  - D. Trombozele venoase profunde
  - E. Infarctele cerebrale



14. Accidentele vasculare cerebrale (AVC) hemoragice recunosc două categorii mari de entități clinice:
  - A. Hemoragiile cerebrale intraparenchimotoase
  - B. Hemoragiile subarahnoidiene
  - C. Infarctele cerbrale
  - D. Tromboflebitele cerebrale
  - E. Accidentele ischemice tranzitorii
15. Sindroamele clinice determinate de accidentele vasculare cerebrale (AVC) ischemice se clasifică în funcție de:
  - A. Tipul de artere (mari sau mici)
  - B. Tipul de vene
  - C. Localizarea lor in raport cu structurile cerebrale (profunde sau corticale)
  - D. Mecanisme neurogene ale autoreglării circulației cerebrale
  - E. Mecanisme metabolice ale autoreglării circulației cerebrale
16. Sindroamele lacunare cerebrale pot fi subdivizate în:
  - A. Hemianopsie homonimă
  - B. Hemianopsie heteromimă
  - C. Hemihipoestezie pură
  - D. Sindrom dizartrie-mână inabilă
  - E. Hemipareză ataxică
17. Sindromul de arteră coroidiană anterioară determină:
  - A. Hemipareză
  - B. Afazie
  - C. Agrafie
  - D. Hemihipoestezie
  - E. Hemianopsie homonimă controlaterală
18. \* Sindromul de artera cerebrală anterioară prezintă ca element clinic sugestiv:
  - A. Hemihipoestezie controlaterală predominant crurală și proximal brahială
  - B. Hemipareză controlaterală predominant crurală și proximal brahială
  - C. Hemipareză controlaterală relativ uniform distribuită
  - D. Hemipareză controlaterală predominant facio-brahială
  - E. Hemipareză controlaterală predominant brahială
19. Sindromul frontal cerebral are ca manifestări:
  - A. Abulia
  - B. Mutismul
  - C. Apatia
  - D. Astazo-abazia
  - E. Alexia
20. Sindromul de arteră cerebrală medie (sylviană) totală se poate manifesta cu:
  - A. Comă profundă
  - B. Hemiplegie totală proporțională de tip capsular
  - C. Hemipareză predominant facio-brahială
  - D. Hemianestezie
  - E. Hemianopsie heteronimă
21. Sindromul de arteră cerebrală medie (sylviană) – ramuri corticale inferioare, se prezintă clinic prin:
  - A. Neglijarea hemispațiului controlateral (în leziuni de emisfer dominant)
  - B. Neglijarea hemispațiului controlateral (în leziuni de emisfer non-dominant)
  - C. Tulburari afazice-mai frecvent de tip Wernicke (în leziuni de emisfer non-dominant)
  - D. Tulburari afazice-mai frecvent de tip Wernicke (în leziuni de emisfer dominant)

- E. Tulburari afazice-mai frecvent de tip Broca (in leziuni de emisfer non-dominant)
22. Sistemul arterial vertebro-bazilar irigă:
- A. Trunchiul cerebral
  - B. Cerebelul
  - C. 1/3 mijlocie din emisferale cerebrale
  - D. Diencefalul
  - E. Teritoriul cerebral anterior
23. \* Sindromul Wallenberg este un sindrom:
- A. Pre-olivar
  - B. Retro-olivar
  - C. Pontin
  - D. Mezencefalic
  - E. Asociat cu tulburare de sensibilitate termo-algezică trigeminală controlaterală
24. Sindromul Wallenberg se caracterizează prin:
- A. Tulburare alternă de sensibilitate termo-algezică (trigeminal ipsilateral, spino-talamică controlateral)
  - B. Tulburare alternă de sensibilitate termo-algezica (trigeminal ipsilateral, spino-talamică ipsilateral)
  - C. Sindrom vestibular
  - D. Disfagie
  - E. Absența tulburărilor de sensibilitate
25. Sindromul de arteră cerebeloasă postero-inferioară se poate manifesta prin:
- A. Vertij
  - B. Nistagmus
  - C. Ataxie
  - D. Absența tulburărilor de limbaj
  - E. Sindrom Horner controlateral
26. In cazul sindromului de arteră cerebrală posterioară pot apărea:
- A. Sindromul de „top de bazilară”
  - B. Agrafia
  - C. Alexia
  - D. Hemihipo-/anestezia ipsilaterală
  - E. Tulburările de memorie
27. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la pacienții cu suspiciune de accident vascular cerebral/accident ischemic tranzitor (AVC/AIT):
- A. Trebuie sa aiba acces imediat la examinarea CT cerebrală
  - B. Trebuie sa aiba acces imediat la examinarea IRM cerebrală
  - C. In cazul examinării CT cerebrale, se recomandă utilizarea secvențelor de difuziune și de perfuzie
  - D. In cazul examinării IRM cerebrale, se recomandă utilizarea secvențelor de difuziune și de perfuzie
  - E. Nu se recomanda prelevarea de probe biologice
28. În cazul pacientului cu suspiciune de accident vascular cerebral (AVC) ischemic acut, CT cerebrală de urgență poate exclude:
- A. Un AVC hemoragic
  - B. Un AVC ischemic dacă CT cerebral este aparent "normal"
  - C. O tumoră cerebrală
  - D. Tromboza carotidiană
  - E. Stenoza carotidiană aterosclerotică
29. CT cerebrală confirmă natura ischemică a accidentului vascular cerebral (AVC) prin:

- A. Hipersemnal în T2
  - B. Ștergerea girațiilor corticale într-o zonă a unui emisfer cerebral
  - C. Ștergerea liniei de demarcație între cortex și substanța albă subcorticală
  - D. Scăderea discretă a densității într-o zonă a creierului superpozabilă pe un teritoriu vascular
  - E. Absența contrastului spontan la nivelul arterei cerebrale medii lezate, corespunzătoare tabloului clinic
30. \* Este adevărat că edemul cerebral:
- A. Nu poate determina efect de masă
  - B. Nu se poate observa la CT decât dacă este de sever
  - C. Forma malignă nu cedează la tratamentul medicamentos
  - D. Forma malignă nu impune craniectomie largă decompresivă de urgență
  - E. Forma malignă nu beneficiază de craniectomia largă decompresivă de urgență
31. În accident vascular cerebral (AVC) ischemic acut, este adevărat că:
- A. Vizualizarea unor elemente hemoragice în zona de infarct cerebral va contraindica o terapie de reperfuzie rapidă
  - B. Vizualizarea unor elemente hemoragice în zona de infarct cerebral nu va contraindica o terapie de reperfuzie rapidă
  - C. Nu trebuie să se realizeze de urgență un examen electrocardiografic
  - D. Examenul ultrasonografic echo-Doppler al vaselor cervico-cerebrale se impune ca urgență de linia I
  - E. Examenul clinic general este de maximă importanță
32. Examenul ultrasonografic echo-Doppler al vaselor cervico-cerebrale în accidentul vascular cerebral ischemic acut:
- A. Presupune numai examinarea arterelor carotide interne în segmentul cervical
  - B. Presupune mai mult decât examinarea arterelor carotide interne în segmentul cervical
  - C. Presupune și examinarea arterelor carotide externe
  - D. Presupune și examinarea arterelor vertebrale
  - E. Trebuie obligatoriu completat cu examenul Doppler transcranian (TCD)
33. \* În ceea ce privește imagistica pentru diagnosticul accidentelor vasculare cerebrale (AVC) / accidentelor ischemice tranzitorii (AIT), selectați afirmația adevărată:
- A. Ultrasonografia echo-Doppler a vaselor cervico-cerebrale nu este utilă în urgență în cazurile de AIT
  - B. Ultrasonografia echo-Doppler a vaselor cervico-cerebrale nu poate evidenția leziuni majore ale peretelui vascular
  - C. Angiografia cu substanță de contrast prin cateterism arterial nu este o investigație invazivă
  - D. Metoda imagistică de elecție este IRM standard în regiunea gâtului în cazul suspiciunii de disecție arterială
  - E. Echocardiografia transtoracică și transesofagiană se recomandă în toate cazurile
34. Sunt măsuri terapeutice generale în terapia de urgență a accidentului vascular cerebral ischemic:
- A. Terapia de reperfuzie cu rt-PA
  - B. Monitorizarea intermitentă a statusului neurologic
  - C. Se recomandă profilaxia cu antibiotice la bolnavii imunocompetenți
  - D. Administrarea de oxigen dacă saturația scade sub 95 %
  - E. Administrarea de Aspirină 300 mg oral în toate cazurile
35. În terapia de urgență a accidentului vascular cerebral (AVC) ischemic, este adevărat că:

- A. Se folosește doar soluție salină 0,9 % pentru menținerea echilibrului hidric
  - B. Nu se folosesc soluții glucozate
  - C. Se folosesc doar soluții glucozate
  - D. În primele 48 ore de la producerea unui AVC ischemic se recomandă aspirină pe cale orală în doză de 300 mg
  - E. În primele 48 ore de la producerea unui AVC ischemic se recomandă aspirină pe cale orală în doză de 100 mg
36. Măsurile terapeutice generale în terapia de urgență a accidentului vascular cerebral ischemic sunt:
- A. Dacă glicemia este scăzută sub 50 mg/dl se va administra intravenos dextroză sau soluție de glucoză 10-20 %
  - B. Dacă glicemia este scăzută sub 50 mg/dl se va administra intravenos dextroză sau soluție de glucoză 5 %
  - C. În caz de febră (peste 36,5 °C) se va institui tratament de scădere a acesteia și se va căuta o infecție comorbidă
  - D. În caz de febră (peste 37,5 °C) se va institui tratament de scădere a acesteia și se va căuta o infecție comorbidă
  - E. Intotdeauna se administrează profilactic anticonvulsivante
37. \* În accidentului vascular cerebral ischemic acut, este adevărat că:
- A. Valorile tensiunii arteriale (TA) trebuie scăzute brusc
  - B. Se recomandă scăderea de rutină a TA
  - C. Nu se recomandă scăderea TA dacă pacientul are indicație de terapie de reperfuție prin fibrinoliză
  - D. La pacienții cu disfagie importantă se recomandă inițierea realimentării cât mai precoce prin sondă naso-gastrică
  - E. Gastrostomia enterală percutană (PEG) poate fi luată în discuție mai devreme de 2 săptămâni de la producerea AVC
38. Selectați afirmațiile adevărate privind terapia de reperfuție cu rt-PA administrat intravenos în tratamentul accidentului vascular cerebral ischemic:
- A. Se instituie într-o fereastră terapeutică de maximum 5,5 ore
  - B. Se instituie într-o fereastră terapeutică de maximum 4,5 ore
  - C. Se instituie într-o fereastră terapeutică de maximum 5 ore
  - D. Înainte de fibrinoliză trebuie scăzute valorile tensionale sub 165/95 mm Hg
  - E. Înainte de fibrinoliză trebuie scăzute valorile tensionale sub 185/110 mm Hg
39. Selectați măsurile terapeutice specifice în accidentul vascular cerebral (AVC) ischemic acut:
- A. Pentru ocluzia de artera bazilară, se poate face fibrinoliza prin administrare direct intraarterial
  - B. Se poate face reperfuția printr-o procedură intervențională neuroradiologică endovasculară într-o fereastră terapeutică de maximum 6 ore
  - C. În cazurile în care se decide fibrinoliza, se administrează și aspirină
  - D. În cazurile în care se decide fibrinoliza, nu se administrează aspirină
  - E. Heparinele cu greutate moleculară mică nu sunt recomandate după 24-72 ore de la debutul AVC
40. Despre neuroreabilitarea precoce după accidentul vascular cerebral, se poate spune că:
- A. Trebuie pusă în practică imediat după ce pacienții devin stabili din punct de vedere neurologic și sistemic
  - B. Trebuie începută după un program individualizat
  - C. Continuă pe termen îndelungat, cu ajutorul unei echipe multidisciplinare
  - D. Se referă doar la recuperarea deficitului motor

- E. Nu este un domeniu care în prezent cunoaște o mare dezvoltare
41. Referitor la prevenția secundară după accidentul vascular cerebral ischemic, este adevărat că:
- Scăderea TA sub 110/70 mm Hg
  - Ținta TA să fie 120/80 mm Hg
  - Scăderea TA sub 110/70 mm Hg crește riscul de evenimente vasculare
  - Scăderea TA sub 110/70 mm Hg crește riscul de apariție al demențelor
  - LDL colesterolul trebuie scăzut sub 100 mg/dl
42. Referitor la prevenția secundară după accidentul vascular cerebral ischemic, este adevărat că:
- Se recomandă dietă hiposodată, cu un conținut scăzut de grăsimi polinesaturate, bogată în fructe și alte vegetale conservate
  - Este utilă scăderea LDL colesterolului cu ajutorul unei statine de generație nouă (atorvastatina, fenofibrat)
  - Terapia antitrombotică nu este obligatorie
  - Terapia antiagregantă plachetară este practica obligatorie, dacă pacientul nu are indicație de tratament anticoagulant
  - Terapia combinată clopidogrel plus aspirină nu este recomandată
43. \* În prevenția secundară după accidentul vascular cerebral ischemic, referitor la terapia antiagregantă plachetară, este adevărat că:
- Se preferă clopidogrelul singur
  - În unele situații se asociază aspirină în doză mare și dipiridamol cu eliberare controlată în doză mică
  - Se recomandă întotdeauna clopidogrel plus aspirină
  - Nu se folosește clopidogrel plus aspirină la pacienții care au angină instabilă
  - Nu se folosește clopidogrel plus aspirină la pacienții cu stenoze carotidiene semnificative, cu potențial emboligen, în etapa preintervențională
44. Terapia anticoagulantă în prevenția secundară post accident vascular cerebral ischemic, este adevărat că:
- Se face cu dicumarinice sau cu anticoagulante non-anti vitamina K (antitromboticele noi)
  - Se face cu dipiridamol
  - Este recomandare de linia I la pacienții cu fibrilație atrială
  - Nu este recomandată în aneurismele fusiforme de arteră bazilară
  - Este recomandată în disecțiile de artere cervicale cu risc mare de recurență
45. Selectați afirmațiile adevărate despre endarterectomie:
- Este metoda de elecție în cazul stenozelor extracraniene simptomatice de arteră carotidă internă, între 50-69 %
  - Este metoda de elecție în cazul stenozelor extracraniene simptomatice de arteră carotidă internă, între 70-99 %
  - Pre - și postoperator se recomandă ca acești pacienți să rămână pe medicație anticoagulantă
  - Nu se recomandă în stenoze arteriale carotidiene asimptomatice
  - Se recomandă în stenoza asimptomatică semnificativă hemodinamic, la tineri fără alți factori de risc vascular semnificativi
46. \* În care dintre următoarele situații nu are indicație angioplastia carotidiană percutanată endovasculară, cu sau fără stent?
- În stenozele localizate într-o poziție inaccesibilă procedurii chirurgicale
  - La pacienții cu contraindicație la endarterectomie
  - La pacienții cu restenoză după o endarterectomie anterioară
  - La cei cu stenoze post-iradiere

- E. În stenozele simptomatice intracraniene
47. Este adevărat că infarctele care se produc prin tromboza de ax arterial vertebr-bazilar:
- A. Au o mortalitate scăzută
  - B. Sunt de extremă gravitate
  - C. Se manifestă prin deficite neurologice bilaterale
  - D. Sunt însoțite de alterarea stării de conștiență
  - E. Nu sunt însoțite de alterarea funcțiilor nervilor cranieni
48. Este adevărat că accidentele vasculare cerebrale (AVC) :
- A. Apar ca urmare a scăderii debitului sanguin cerebral în teritoriul unui vas cerebral ( AVC ischemice)
  - B. Sunt consecința obstrucției unui vas abdominal
  - C. Nu pot sa apară în teritoriul venelor sau sinusurilor venoase cerebrale
  - D. Se refera la apariția unor leziuni specifice in țesutul cerebral
  - E. Apar ca urmare a efracției unui vas sanguin intracranian ( AVC hemoragice)
49. Cauze de accidente vasculare cerebrale pot fi
- A. Emboliile cerebrale cardiogene
  - B. Rupturile vaselor abdominale
  - C. Insuficienta respiratorie acuta
  - D. Trombofiliiile
  - E. Diatezele hemoragice
50. \* Este adevărat că accidentele vasculare cerebrale:
- A. Reprezintă una din primele trei cauze la nivel populațional de morbiditate la nivel populațional
  - B. Sunt cauzate de ruperea unui vas sanguin abdominal
  - C. Nu pot sa apară în teritoriul venelor sau sinusurilor venoase cerebrale
  - D. Nu sunt însoțite de alterarea funcțiilor nervilor cranieni
  - E. Nu beneficiază de tratament medicamentos specific
51. Circulația cerebrală de aport arterial are la origine două sisteme arteriale, și anume:
- A. Cele doua artere carotide
  - B. Aorta abdominala
  - C. Arterele coronare
  - D. Cele doua artere vertebrale
  - E. Artera femurala
52. \* Artera carotidă internă provine din:
- A. Bifurcația arterei carotide comune
  - B. Artera vertebrala
  - C. Artera carotida externa
  - D. Artera bazilara
  - E. Artera subclaviculară
53. \* Artera vertebrală provine din:
- A. Artera carotida comuna
  - B. Aorta toracică
  - C. Porțiunea proximală a arterei subclavii
  - D. Artera carotidă internă
  - E. Artera carotidă externă
54. Artera subclavie provine:
- A. Direct din arcul aortic in stanga
  - B. Din bifurcația trunchiului arterial brahiocefalic în dreapta
  - C. Din artera carotidă comună
  - D. Din artera bazilară

- E. Din artera vertebrală
55. Este adevărat că artera bazilară:
- A. Provine din unirea celor doua artere vertebrale
  - B. Asigura irigația tuturor structurilor encefalice din fosa posterioară
  - C. Asigura irigația porțiunii posterioare și postero-bazale a emisferelor cerebrale
  - D. Provine din artera carotidă comună
  - E. Provine direct din aorta toracică
56. \* Selectați afirmația adevărată referitoare la sistemul arterial vertebro-bazilar:
- A. Nu asigură irigația tuturor structurilor encefalice din fosa posterioară
  - B. Provine din artera carotidă comună
  - C. Este format din arterele vertebrale și artera bazilară, împreună cu ramurile lor
  - D. Nu asigură irigația porțiunii posterioare și postero-bazale a emisferelor cerebrale
  - E. Nu are importanță funcțională în irigarea creierului
57. \* Referitor la arterele care asigură irigația creierului, este adevărat că toate:
- A. Iși au originea în arcul aortic ( prin trunchiul brahiocefalic, artera carotidă comună stângă și artera subclavie stângă)
  - B. Nu provin din arcul aortic, ci din trunchiul bazilar
  - C. Provin din arterele mezenterice
  - D. Provin din artera carotidă comună
  - E. Contribuie la realizare poligonului Willis
58. \* Cel mai important sistem anastomotoc pentru hemodinamica encefalului este
- A. Poligonul Willis
  - B. Artera carotidă internă
  - C. Artera carotidă comună
  - D. Artera vertebrală
  - E. Artera carotida externă
59. Porțiunea anterioara a poligonului Willis este formată de:
- A. Arterele carotide interne
  - B. Arterele cerebrale anterioare
  - C. Artera comunicantă anterioară
  - D. Artera bazilară
  - E. Artera cerebrală posterioară
60. Partea posterioară a poligonului Willis este formată de:
- A. Capătul distal al arterei bazilare
  - B. Porțiunea proximală a arterelor cerebrale posterioare
  - C. Arterele carotide interne
  - D. Artera carotidă comună
  - E. Artera carotida externă
61. \* Arterele comunicante posterioare aparțin din punct de vedere hemodinamic de:
- A. Artera carotidă comună
  - B. Arterele carotide interne
  - C. Sistemul bazilar
  - D. Artera carotidă externă
  - E. Arcul aortic
62. Ramurile terminale ale arterelor carotide interne sunt
- A. Arterele cerebrale anterioare
  - B. Arterele cerebrale medii (sylviene)
  - C. Arterele coroidiene anterioare
  - D. Sistemul bazilar
  - E. Arterele cerebrale posterioare

63. \* Cea mai importantă ramură terminală a arterei carotide interne este artera:
- Cerebrala anterioara
  - Cerebrala posterioara
  - Coroidiana anterioara
  - Cerebrala medie
  - Comunicanta anterioara
64. \*Cea mai importantă colaterală a arterei carotide interne este artera:
- Oftalmică
  - Cerebrala anterioară
  - Cerebrala posterioară
  - Cerebrala medie
  - Bazilara
65. Funcțiile majore ale barierei hematoencefalice sunt:
- Asigurarea în condiții optime a nutriției țesutului nervos
  - Permiterea evacuării spre circulația venoasă a substanțelor rezultate din metabolismul celular
  - Nu permite trecerea din sânge către țesutul cerebral a substanțelor toxice
  - Reglarea vegetativă a circulației cerebrale
  - Evacuării spre circulația arteriolară a substanțelor rezultate din metabolismul celular
66. Autoreglarea circulației cerebrale se realizează prin următoarele mecanisme:
- Autoimune
  - Endocrine
  - Neurogene
  - Metabolice
  - Reglarea dependentă de funcția endotelială
67. Este adevărat că atacul ischemic tranzitor:
- Este o formă de accident vascular cerebral ischemic
  - Se diferențiază de accidentul vascular ischemic prin reversibilitatea clinică totală într-un interval de timp limitat și suficient de scurt pentru a nu determina leziuni în țesutul cerebral
  - Are aceiași factori de risc și cauze ca și infarctul cerebral
  - Simptomatologia clinică nu se remite în totalitate
  - Nu are aceiași factori de risc și cauze ca și infarctul cerebral
68. Etiologia accidentului vascular cerebral ischemic presupune:
- O afectare prealabilă a peretelui vascular
  - Existența unei surse emboligene
  - O afecțiune hematologică
  - Ruperea unui anevrism intracranian
  - Transformarea unui accident vascular hemoragic
69. Mecanismul de producere al accidentului vascular cerebral ischemic poate fi:
- Un proces trombotic local intraarterial
  - O embolie dintr-o sursă emboligenă intraarterială sau de la distanță față de vasul afectat
  - Hemodinamic
  - Ruperea peretelui arterial cu extravazarea sângelui în țesuturi
  - Izolată, de regulă (fără intricare cu alte mecanisme)
70. Selectați entitățile majore, din punct de vedere al expresiei clinice și al leziunilor produse în țesutul cerebral, ale accidentele vasculare cerebrale ischemice:
- Hemoragia cerebrală
  - Anvrismul arterial



- C. Ateroscleroza vasculară
  - D. Atacul ischemic tranzitor
  - E. Infarctul cerebral
71. Din punct de vedere al dimensiunilor și localizării infarctelor cerebrale, se pot identifica:
- A. Infarcte cerebrale majore
  - B. Infarcte lacunare
  - C. Microinfarctele cerebrale
  - D. Accidentul ischemic tranzitor
  - E. Atrofia corticală
72. Referitor la accidentele vasculare cerebrale ischemice aterotrombotice, este adevărat că:
- A. Sunt consecința procesului de ateroscleroză
  - B. Sunt afectate arterele cervico-cerebrale (artera carotidă internă, artera vertebrală, trunchiul bazilar)
  - C. Pot fi afectate arterele carotide comune și arterele subclavii
  - D. Nu sunt consecința procesului de ateroscleroză
  - E. Sunt consecința microangiopatiilor, de obicei inflamatorii
73. Selectați factorii de risc pentru accidentele vasculare cerebrale ischemice aterotrombotice:
- A. HTA cronică
  - B. Diabetul zaharat
  - C. Fumatul
  - D. Fibrilația atrială
  - E. Aneurismul cerebral
74. Mecanismul de producere al accidentului vascular cerebral ischemic aterotrombotic este legat de existența unor plăci de aterom instabile, la nivelul:
- A. Segmentului extracranian al arterei carotide interne
  - B. Segmentelor intracraniene ale sistemului vertebro-bazilar
  - C. Arterelor mari intracraniene
  - D. Aortei descendente
  - E. Arterelor coronare
75. Despre accidentele vasculare cerebrale (AVC) lacunare, este adevărat că:
- A. Se referă la AVC de mari dimensiuni
  - B. Nu pot fi niciodată hemoragice
  - C. De obicei sunt hemoragice
  - D. Reprezintă o entitate clinico-imagistică, care se referă la AVC de mici dimensiuni
  - E. Cel mai adesea sunt ischemice
76. Accidentele vasculare cerebrale lacunare sunt consecința:
- A. Bolii de vase mici hipertensive (în 85% din cazuri)
  - B. Emboliilor de tip aterotrombotic (10-15% din cazuri)
  - C. Infarctelor cerebrale
  - D. Hemoragiilor cerebrale
  - E. Fumatului
77. Accidentele vasculare cerebrale lacunare:
- A. Se pot manifesta clinic prin sindroame neurologice relativ caracteristice
  - B. Pot fi silențioase clinic în momentul producerii lor
  - C. HTA cronică nu este un factor de risc pentru aceste infarcte
  - D. Nu sunt niciodată silențioase clinic
  - E. Nu pot duce la demență

78. Accidentele vasculare cerebrale (AVC) cardioembolice:
- A. Reprezinta 20 – 40% dintre AVC ischemice
  - B. Au de regulă o severitate crescută
  - C. Cea mai frecventa cauză a lor este fibrilația atrială
  - D. Cea mai frecventă cauza a lor este ateroscleroza
  - E. Sunt de la început hemoragice
79. Accidentele vasculare cerebrale (AVC) ischemice cardioembolice:
- A. Sunt cele mai frecvente AVC ischemice
  - B. Pot fi silențioase clinic în momentul producerii lor
  - C. Sunt consecința fumatului
  - D. Sunt asemănătoare ca localizare cu AVC majore aterotrombotice
  - E. Au o tendință crescută de transformare hemoragică rapidă

## Răspunsuri Neurologie

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

## Reumatologie

1. Poliartrita reumatoidă se caracterizează prin:
  - A. Este o boală degenerativă, care afectează în special articulațiile
  - B. Este o boală inflamatorie sistemică, cronică
  - C. Afectează, cel mai frecvent, articulațiile mici ale mâinilor
  - D. Se localizează cu precădere la nivelul articulațiilor interfalangiene distale
  - E. Evoluează spre distrucții și deformări articulare
2. În etiologia poliartritei reumatoide sunt implicați:
  - A. Afectarea mai frecventă a sexului feminin
  - B. Consumul de alcool
  - C. Predispoziția genetică
  - D. Obezitatea
  - E. Virusul Epstein – Barr
3. \* Ce este factorul reumatoid?
  - A. Anticorpi anti proteine citrinate
  - B. Corp hematxilinic
  - C. Un PMN neutrofil cu nucleul împins la periferie
  - D. Auto anticorpi îndreptați împotriva fragmentului Fc al imunoglobulinelor G
  - E. Limfocite circulante CD4+
4. Care dintre cele de mai jos sunt implicate în procesul autoimun din poliartrita reumatoidă?
  - A. Celula lupică
  - B. Factorul reumatoid
  - C. HLA-B27
  - D. Anticorpi anti-proteine citrinate (ACPA)
  - E. Anticorpi antinucleari (AAN)
5. Anticorpii anti-proteine citrinate (ACPA) sunt:
  - A. Imunoglobuline de tip IgM
  - B. Produși local de către limfocitele B sinoviale
  - C. Auto-anticorpi împotriva proteinelor citrinate
  - D. Polimorfonucleare care au fagocitat complexe imune circulante
  - E. Anticorpi anti ADN-dublu catenar
6. Modificările histologice ale membranei sinoviale care apar în poliartrita reumatoidă sunt:
  - A. Edem interstițial și vasodilatație, ce caracterizează sinovita exsudativă
  - B. Hiperplazia membranei sinoviale
  - C. Acumulare importantă de celule: macrofage, celule dendritice, fibroblaști, limfocite, plasmocite
  - D. Necroză fibrinoidă și fibrinoid
  - E. Resturi nucleare tisulare
7. Care sunt principalele citokine pro-inflamatorii din poliartrita reumatoidă?
  - A. Factorul de necroză tumorală TNF- $\alpha$
  - B. Anticorpii antinucleari
  - C. Interleukina-1
  - D. Interleukina-6
  - E. Interleukina-10
8. Distrucțiile osoase din poliartrita reumatoidă sunt:
  - A. Prezența osteofitelor
  - B. Eroziuni marginale ale osului subcondral

- C. Hiperhidratarea cartilajului
  - D. Osteoporoza difuză
  - E. Îngustare neuniformă a spațiului articular
9. Care dintre afirmațiile de mai jos, referitor la poliartrita reumatoidă, sunt adevărate?
- A. Debutul apare cel mai frecvent după 60 de ani
  - B. Cel mai frecvent, debutul apare în decadele 4-5
  - C. Este mai frecventă la sexul feminin
  - D. Apare cu aceeași frecvență la ambele sexe
  - E. Debutul este, de regulă, insidios, necaracteristic
10. Care sunt modalitățile de debut ale poliartritei reumatoide?
- A. Cel mai frecvent, debutul este acut sau subacut
  - B. Debutul insidios este cel mai frecvent întâlnit
  - C. Debutul bolii este dominat de durerea lombosacrată sau fesieră
  - D. Debutul acut apare la 15-20% din cazuri
  - E. Debutul se poate înoți de manifestări sistemice necaracteristice: astenie, subfebrilitate, inapetență, pierdere ponderală
11. \* În ce afecțiune reumatologică sunt afectate cel mai frecvent articulațiile mici ale mâinilor: metacarpofalangiene și interfalangiene proximale?
- A. Boala artrozică
  - B. Artrita septică
  - C. Poliartrita reumatoidă
  - D. Spondilita anchilozantă
  - E. Lupusul eritematos sistemic
12. Care sunt caracteristicile afectării articulare din poliartrita reumatoidă?
- A. Simetria
  - B. Accentuarea durerii după utilizarea articulară, cu ameliorare semnificativă în repaus
  - C. Aditivitate
  - D. Evolutivitate
  - E. Înroșirea tegumentelor supraiacente
13. Articulațiile cel mai frecvent afectate în poliartrita reumatoidă sunt:
- A. Interfalangiene distale
  - B. Interfalangiene proximale
  - C. Metacarpofalangiene
  - D. Metatarsofalangiene
  - E. Sacroiliace
14. Clinic, poliartrita reumatoidă se caracterizează prin:
- A. Sinovită, cu afectarea articulațiilor mari
  - B. Sinovită cu prinderea articulațiilor mici
  - C. Prinderea asimetrică a articulațiilor
  - D. Afectarea articulațiilor interfalangiene distale
  - E. Evoluție cronică spre eroziuni și deformări
15. Nodulii reumatoizi:
- A. Sunt localizați pe suprafețele de extensie sau vecinătatea articulațiilor afectate
  - B. Apar frecvent în lupusul eritematos sistemic
  - C. Reprezintă cea mai frecventă manifestare extraarticulară a poliartritei reumatoide
  - D. Se pot localiza și la nivelul altor țesuturi: cord, plămân, rinichi
  - E. Sunt caracteristice bolii artrozice

16. \* Una dintre modificările caracteristice întâlnite în poliartrita reumatoidă este:
- Radiculalgia „sciatică în basculă”
  - Apariția degetelor fusiforme
  - Erupecie scuamoasă pe pielea capului
  - Eritem „in fluture”
  - Rash cutanat după expunere la soare
17. \* Degetul în „gât de lebădă” înseamnă:
- Hiperextensia cotului și flexia articulației metacarpofalangiene
  - Hiperextensia metacarpofalangiană și flexia interfalangiană proximală
  - Hiperextensia interfalangiană proximală și flexia interfalangiană distală
  - Hiperextensia articulațiilor interfalangiene proximale și distale
  - Flexia metacarpofalangiană și hiperextensia interfalangiană
18. \* Degetul „în butonieră” înseamnă:
- Tumefacția articulațiilor interfalangiene proximale și distale
  - Adducția exagerată a primului metacarpian
  - Flexia metacarpofalangiană, hiperextensia interfalangiană distală
  - Hernierea articulației interfalangiene proximale prin tendonul rupt al extensorului comun al degetelor, și hiperextensia articulației interfalangiene distale
  - Hiperextensia articulației interfalangiene proximale și flexia articulației interfalangiene distale
19. Care sunt articulațiile cel mai frecvent interesate în poliartrita reumatoidă, la nivelul mâinilor?
- Metacarpofalangiene
  - Interfalangiene proximale
  - Interfalangiene distale
  - Radiocubitocarpiene
  - Metatarsiene
20. Principalele manifestări extraarticulare din poliartrita reumatoidă sunt:
- Nodulii reumatoizi
  - Vasculita
  - Afectarea pulmonară
  - Sindromul Raynaud
  - Erupecii eritemato-maculo-papuloase
21. Afectarea pulmonară din poliartrita reumatoidă cuprinde:
- Exsudat pleural
  - Fibroză interstițială
  - Depunere de amiloid
  - Noduli pulmonari
  - Corpi hematoxilini
22. Care sunt manifestările oculare care pot apărea în poliartrita reumatoidă?
- Sclerită
  - Scleromalacia perforans
  - Fotosensibilitate
  - Irită
  - Cataractă
23. Ce presupune sindromul Felty?
- Poliartrita reumatoidă
  - Splenomegalie
  - Spondilită anchilozantă

- D. Neutropenie
  - E. Lupus eritematos sistemic
24. \* Care este cauza endocarditei din poliartrita reumatoidă?
- A. Terapie cu antiinflamatoare nesteroidiene
  - B. Atrofia fibrelor musculare
  - C. Localizarea nodulilor reumatoizi la nivelul valvelor
  - D. Osteoporoza și eroziunile
  - E. Prezența lichidului sinovial
25. Lichidul pleural din poliartrită reumatoidă are următoarele caracteristici:
- A. Este exsudat
  - B. Prezintă celularitate bogată cu predominanța mononuclearelor
  - C. Factori reumatoizi prezenți
  - D. Este transudat
  - E. Are celularitate puțină
26. \* Ce este scleromalacia perforans?
- A. Keratoconjunctivita sicca
  - B. Xeroftalmie
  - C. Subțierea sclerei produsă de un nodul reumatoid, cu perforarea acesteia și hernierea nodulului în afara globului ocular
  - D. Miozită inflamatorie
  - E. Opacifierea cristalinului
27. Conform criteriilor EULAR/ACR de clasificare a poliartritei reumatoide, este adevărat că:
- A. Afectarea articulară a mai mult de 10 articulații mici este notată cu 5 puncte
  - B. Afectarea articulară a mai mult de 10 articulații mici este notată cu 0 puncte
  - C. Afectarea articulară a 1-3 articulații mici este notată cu 2 puncte
  - D. Afectarea articulară a 1-3 articulații mici este notată cu 5 puncte
  - E. Afectarea articulară a 4-10 articulații mici este notată cu 3 puncte
28. Diagnosticul diferențial al poliartritei reumatoide se face cu:
- A. Pielonefrita acută
  - B. Lupusul eritematos sistemic
  - C. Accidentul vascular cerebral
  - D. Reumatismul articular acut
  - E. Spondilartropatiile seronegative
29. Examenul radiologic al articulațiilor afectate în poliartrita reumatoidă poate evidenția:
- A. Prezența sacroileitei moderate
  - B. Eroziuni marginale, geode și microgeode, care apar în stadii mai avansate ale bolii
  - C. Osteoporoza juxta-articulară
  - D. Rectitudinea coloanei lombare- sindesmofite
  - E. Aspectul pătrat al vertebrelor identificabil pe radiografia lombară de profil
30. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la modificările imunologice din poliartrita reumatoidă:
- A. Factorul reumatoid este prezent în 100% din cazurile cu poliartrită reumatoidă
  - B. Titrul factorului reumatoid nu se corelează cu activitatea bolii
  - C. Titrul factorului reumatoid se corelează cu activitatea bolii
  - D. Manifestările extra-articulare nu apar la cazurile seropozitive
  - E. Factorul reumatoid este pozitiv la 75-80% dintre pacienții cu poliartrită reumatoidă
31. Examenul lichidului sinovial în poliartrita reumatoidă pune în evidență:

- A. Un lichid sero-citrin sau ușor opalescent, cu caracter de exsudat
  - B. Un lichid sero-citrin sau ușor lactescent, cu caracter de transudat
  - C. Lichidul prezintă celularitate bogată (10-50.000 celule/mm<sup>3</sup>) în care PMN reprezintă 75%
  - D. Lichidul prezintă celularitate bogată (10-50.000 celule/mm<sup>3</sup>) în care PMN sunt absente
  - E. Lichidul prezintă celularitate redusă cu PMN absente
32. Domeniile evaluate, în cadrul criteriilor EULAR/ACR, utilizate pentru diagnosticul poliartritei reumatoide sunt:
- A. Afectarea articulară
  - B. Afectarea oculară
  - C. Durata sinovitei
  - D. Reactanții de fază acută
  - E. Afectarea musculară
33. \* Pentru durata sinovitei, în cadrul criteriilor EULAR/ACR, în cazul poliartritei reumatoide se acordă:
- A. 0 puncte dacă are o durată mai mare de 6 săptămâni
  - B. 1 punct dacă are o durată mai mare de 6 săptămâni
  - C. 0 puncte dacă are o durată mai mare de 6 luni
  - D. 1 punct dacă are o durată mai mare de 6 luni
  - E. 5 puncte dacă are o durată mai mare de 6 săptămâni
34. \* Conform criteriilor EULAR/ACR, reactanții de fază acută în cazul poliartritei reumatoide se notează astfel:
- A. Dacă VSH și CRP sunt normale se acordă 5 puncte
  - B. Dacă VSH și CRP sunt crescute se acordă 4 puncte
  - C. Dacă VSH și CRP sunt crescute se acordă 0 puncte
  - D. Dacă VSH și CRP sunt normale se acordă 0 punct
  - E. Dacă VSH și CRP sunt crescute se acordă 3 puncte
35. În arsenalul terapeutic al poliartritei reumatoide sunt incluse mai multe medicamente, cum ar fi:
- A. AINS
  - B. Glucocorticoizi
  - C. Methotrexat
  - D. Antipiretice
  - E. Anticonvulsivante
36. \* Agentul remisiv cel mai utilizat, considerat „standardul de aur” în tratamentul poliartritei reumatoide, este:
- A. Sulfasalazina
  - B. Methotrexat
  - C. Săruri de aur
  - D. Infliximab
  - E. Leflunomida
37. Contraindicațiile absolute ale administrării de Methotrexat sunt:
- A. Boala hepatică preexistentă
  - B. Hipersensibilitate la Methotrexat
  - C. Sarcina
  - D. Lactația
  - E. Insuficiența renală
38. \* Reacțiile adverse la administrarea Methotrexatului apar cel mai frecvent :
- A. În prima săptămână de la începerea tratamentului



- B. În cazul asocierii cu acid folic
  - C. În primele 6 luni de la inițierea terapiei
  - D. În primele ore de la începerea tratamentului
  - E. La un an după începerea tratamentului.
39. \* În prima fază, pentru tratamentul poliartritei reumatoide se începe cu:
- A. Tocilizumab
  - B. Methotrexat
  - C. Săruri de aur
  - D. Adalimumab
  - E. Etanercept
40. În clasa agenților anti-TNF- $\alpha$  utilizați în tratamentul poliartritei reumatoide, sunt cuprinși:
- A. Etanercept
  - B. Infliximab
  - C. Adalimumab
  - D. Sulfasalazina
  - E. Methotrexat
41. Cele mai frecvente reacții adverse ale Leflunomidei sunt:
- A. Digestive (diaree, greață, dureri abdominale)
  - B. Hepatice (creșterea transaminazelor)
  - C. Osoase (osteoporoză, dureri osoase)
  - D. Hematologice (leucopenie)
  - E. Hematologice (sindroame mieloproliferative)
42. \* În terapia piloartritei reumatoide, doza recomandată de Methotrexat este:
- A. 100 mg/zi
  - B. 7,5- 25 mg/săptămână
  - C. 7,5- 25 mg/zi
  - D. 100 mg/săptămână
  - E. 500 mg/zi
43. Biopsia sinovială este utilizată în diagnosticul poliartritei reumatoide:
- A. Pentru evidențierea modificărilor corespunzătoare fiecărui stadiu al bolii
  - B. Este frecvent utilizată pentru stabilirea diagnosticului
  - C. Este rareori folosită pentru stabilirea diagnosticului
  - D. Nu se efectuează biopsia sinovială
  - E. Pune în evidență îngustarea spațiilor articulare
44. Principalele reacții adverse ale terapiei poliartritei reumatoide cu blocante TNF- $\alpha$  sunt:
- A. Risc crescut de infecții
  - B. Risc de a dezvolta neoplazii
  - C. Digestive
  - D. Agravarea insuficienței cardiace
  - E. Afectare hepatică
45. \* Conform recomandărilor EULAR din 2010, revizuite și actualizate în 2013, pentru tratamentul poliartritei reumatoide în primă fază se începe cu Methotrexat, dar dacă există contraindicație sau intoleranță la acesta se va recomanda:
- A. Leflunomida sau Sulfasalazina, în monoterapie sau în combinație
  - B. Adalimumab
  - C. Etanercept
  - D. Abatacept
  - E. Tocilizumab
46. Modificările hematologice întâlnite în poliartrita reumatoidă sunt:

- A. Anemia
  - B. Trombocitopenia
  - C. Trombocitoza
  - D. Numărul de leucocite este în general normal
  - E. Policitemia
47. Următoarele afirmații referitoare la Leflunomidă sunt adevărate:
- A. Se administrează în doză de 20 mg/zi
  - B. Se administrează în 200 mg/saptămână
  - C. Tolerabilitatea preparatului este foarte bună, efectele adverse fiind în general ușoare sau moderate
  - D. Administrarea preparatului este foarte greu de tolerat
  - E. Leflunomida nu se recomandă în tratamentul poliartritei reumatoide
48. Următoarele afirmații cu privire la sărurile de aur sunt adevărate:
- A. Utilizarea lor este limitată astăzi
  - B. Reprezintă prima linie de tratament în poliartrita reumatoidă
  - C. Administrarea lor este însoțită de o frecvență mare a reacțiilor adverse
  - D. Reacțiile adverse se întâlnesc în foarte puține situații
  - E. Efectul terapeutic se instalează foarte rapid (2- 3 ore)
49. Lupusul eritematos sistemic și poliartrita reumatoidă au mai multe caracteristici comune:
- A. Afectează predominant copiii
  - B. Biologic se acompaniază de un sindrom inflamator nespecific
  - C. Afectează predominant femeile
  - D. Ac anti ADN dublu catenar sunt specifiici ambelor entități
  - E. Afectează predominant sexul masculin
50. Rituximabul:
- A. Este eficient în tratamentul poliartritei reumatoide
  - B. Nu și-a dovedit eficiența în tratamentul poliartritei reumatoide
  - C. Ameliorează simptomele clinice ale bolii
  - D. Oprește progresia leziunilor structurale
  - E. Agravează simptomele bolii
51. Următoarele afirmații cu privire la Sulfasalazină sunt adevărate:
- A. Dozele utilizate sunt de 2000- 3000 mg/zi
  - B. Este indicată la pacienții cu boală ușoară sau moderată, la care Methotrexatul este contraindicat
  - C. Nu este indicată în cazul pacienților cu poliartrită reumatoidă
  - D. Dozele utilizate sunt de 20- 30 mg/zi
  - E. Administrarea ei nu este însoțită de apariția reacțiilor adverse.
52. \* Afectarea pulmonară în lupusul eritematos sistemic nu presupune:
- A. Pleurezie
  - B. Pneumonita acută
  - C. Embolie pulmonară
  - D. Pneumotorax
  - E. Hipertensiune arterială pulmonară
53. \* Nu reprezintă manifestări clinice din lupusul eritematos sistemic:
- A. Alopecie
  - B. Infecția pulmonară cu Pneumocystis Carinii
  - C. Pneumonita de aspirație
  - D. Artralgiile și mialgiile
  - E. Insuficiența cardiacă

54. \* Care din următoarele manifestări cutaneo-mucoase nu sunt întâlnite în lupusul eritematos sistemic?
- Leziuni discoide generalizate
  - Noduli ai pulpei degetelor
  - Ulceratii venoase
  - Alopecie
  - Paniculită (lupus profundus)
55. \* Care dintre următoarele manifestări clinice întâlnite în lupusul eritematos sistemic sunt false?
- Afectarea musculoscheletală este dominată de artralgi/artrite și mialgii
  - Semnele generale sunt nespecifice
  - Suferința musculară se poate datora unui proces inflamator
  - Afectarea cutaneo-mucoasă este întâlnită la aproximativ 10% din pacienți
  - Leziunile cronice discoide sunt însoțite de hipercheratoză
56. \* Afectarea renală în lupusul eritematos sistemic nu presupune faptul că:
- Este întâlnită la 40-70% dintre pacienți
  - Nefrita lupică este reprezentată de apariția proteinuriei
  - Afectarea renală reprezintă o cauză neimportantă de morbiditate și mortalitate
  - Depunerea complexelor imune la nivel renal determină o reacție inflamatorie locală
  - Diagnosticul precoce al afectării renale presupune monitorizarea constantă a sumarului, sedimentului urinar și a creatininei
57. \* Care din următoarea afirmație privind etiologia lupusului eritematos sistemic este adevărată?
- La apariția bolii nu contribuie predispoziția genetică
  - Agenții infecțioși nu pot activa răspunsul imun prin mimetism molecular
  - Modificările genetice nu conferă susceptibilitate la apariția lupusului eritematos sistemic
  - Bărbații cu lupus eritematos sistemic asociază hipogonadism
  - Concordanța bolii la gemenii dizigoți este situată la aproximativ 5%
58. Sunt adevărate despre lupusul eritematos sistemic următoarele afirmații:
- Afecțiunea este de 9 ori mai frecventă la femei
  - La apariția bolii contribuie predispoziția genetică, anomaliile hormonale și factorii de mediu
  - Alopecia este o leziune specifică
  - Suferința articulară este întâlnită la aproximativ 90% din bolnavi
  - Afectarea seroaselor (poliserozita) este frecventă
59. Leziunile cutanate specifice din lupus eritematos sistemic sunt:
- Rash malar
  - Livedo reticularis
  - Leziuni discoide localizate
  - Leziuni papuloscuamoase (psoriaziforme)
  - Ulceratii locale
60. Sunt leziuni cronice specifice cutanate ce pot apărea în lupusul eritematos sistemic:
- Rash malar
  - Leziuni policiclice, anulare
  - Eritem generalizat
  - Leziuni discoide localizate
  - Leziuni discoide generalizate
61. Afectarea musculoscheletală în lupusul eritematos sistemic presupune:
- Peste 90% dintre pacienți dezvoltă noduli periarticulari

- B. Pot surveni modificări similare celor din poliartrita reumatoidă
  - C. Suferința musculară poate fi secundară unei miopatii medicamentoase induse de corticosteroizi
  - D. De obicei este o suferință poliarticulară, asimetrică
  - E. Afectarea osoasă este frecventă
62. Referitor la afectarea cardiacă din lupusul eritematos sistemic sunt false următoarele afirmații:
- A. Suferința miocardului este mai frecventă decât cea a pericardului
  - B. Endocardita verucoasă interesează mai rar valvele mitrale și aortice
  - C. Afectarea endocardului se corelează cu prezența anticorpilor antifosfolipide
  - D. Afectarea coronariană în lupusul eritematos sistemic este în principal consecința aterosclerozei accelerate
  - E. Coronarita este rară
63. Despre lupusul eritematos sistemic sunt adevărate afirmațiile:
- A. Boala afectează cu predilecție femeile în perioada fertilă
  - B. Semnele generale sunt specifice
  - C. Afectarea neuropsihiatrică reprezintă un element de gravitate al lupusului eritematos sistemic
  - D. Elementul cheie al nefritei lupice este reprezentat de apariția proteinuriei însoțită deseori de hematurie sau cilindurie
  - E. Enzimele serice de origine hepatică (ALT, AST) nu cresc în perioadele de activitate ale bolii
64. Referitor la afectarea cutaneo-mucoasă din lupusul eritematos sistemic, este adevărat că:
- A. O leziune cutanată nespecifică este eritemul "în fluture"
  - B. Leziunile tegumentare sunt frecvent însoțite de fotosensibilitate
  - C. Leziunile cronice, discoide, lasă cicatrice
  - D. Eritemul "în fluture" este prezent pe eminentele malare și piramida nazală, cu respectarea șanțului nazo-labial
  - E. Expunerea la raze UV tip B nu determină reacție eritematoasă
65. Referitor la afectarea renală din cadrul lupusului eritematos sistemic, este adevărat că:
- A. Este întâlnită la 40-70% dintre pacienți
  - B. Biopsia renală este utilă pentru diagnostic și stabilirea prognosticului
  - C. Pentru un diagnostic precoce se impune monitorizarea constantă a sumarului, sedimentului urinar și al creatininei serice
  - D. Clasa a II-a de nefrită lupică este nefrita proliferativă difuză
  - E. Clasa a IV-a de nefrită lupică este nefrita membranoasă
66. Nefrita lupică clasa IIIc are următoarele elemente:
- A. Reprezintă nefrita scleroasă a 90% din glomeruli
  - B. Sunt afectați peste 50% din glomeruli
  - C. Sunt prezente leziuni cronice, inactive
  - D. Sunt afectați mai puțin de jumătate din glomeruli
  - E. Este reprezentată de nefrita membranoasă
67. Despre afectarea pulmonară din lupusul eritematos sistemic se pot afirma următoarele:
- A. Pleurezia este cea mai frecventă
  - B. Hemoragia alveolară este însoțită de un risc scăzut de mortalitate
  - C. Hipertensiunea pulmonară asociază frecvent fenomen Raynaud
  - D. Tuberculoza nu este un tip frecvent de infecție
  - E. Embolia pulmonară se asociază cu sindromul antifosfolipidic

68. Afectarea gastrointestinală din lupusul eritematos sistemic are următoarele caracteristici:
- A. Arterita mezenterică nu reprezintă o urgență reală
  - B. Se manifestă prin dureri abdominale difuze, greață, vărsături, sindrom dispeptic
  - C. Suferința pancreatică nu este cauzată de terapia cortizonică
  - D. Ascita poate fi explicată de inflamația peritoneului
  - E. Tromboza venelor suprahepatice este legată de existența anticorpilor antifosfolipide
69. În afectarea neuropsihiatrică din lupusul eritematos sistemic:
- A. Nu există întotdeauna o relație directă între alte elemente de activitate a bolii și suferința neuropsihiatrică
  - B. Pacienții se pot prezenta cu mai multe tipuri de afectare în același timp
  - C. Diagnosticul este în general paraclinic
  - D. În patogenie par a fi implicați anticorpi antineuronali și antifosfolipide
  - E. Examenul lichidului cefalorahidian poate arăta celularitate crescută
70. Următoarele afirmații despre lupusul eritematos sistemic sunt adevărate:
- A. Modificările genetice conferă susceptibilitate la apariția lupusului eritematos sistemic
  - B. Hiperactivitatea limfocitului B este urmarea stimulării policlonale de o mare varietate de antigene rezultate din acumularea materialului apoptotic
  - C. Un rol minor în pleiada de anomalii imune revine apoptozei
  - D. Clearance-ul deficitar al celulelor apoptotice și al complexelor imune are o contribuție redusă în declanșarea bolii
  - E. Asocierea tipică este reprezentată de anticorpii antinucleari (AAN) prezenți în peste 95% din cazuri
71. Referitor la afectarea seroaselor în lupusul eritematos sistemic, sunt adevărate următoarele:
- A. Afectarea seroaselor este rară, fiind reprezentată de pleurezie, pericardită și peritonită
  - B. Pleurezia a fost descrisă la aproape un sfert dintre pacienții cu lupus eritematos sistemic
  - C. Revărsatul pleural este de regulă bilateral, având caracter de exsudat
  - D. Pericardita este forma de afectare cardiacă cel mai frecvent întâlnită
  - E. Revărsatul pericardic masiv trebuie diferențiat obligatoriu de uremie sau infecții
72. Următoarele afirmații referitoare la lupusul eritematos sistemic sunt false:
- A. Aspectul clinic din peritonită cuprinde dureri abdominale, anorexie, greață, vărsături
  - B. Leziunile mucoase sunt reprezentate de ulcerații dureroase localizate frecvent la nivelul gurii
  - C. Splenomegalia este de obicei consecința fibrozei periarteriale și este întâlnită în perioadele de activitate ale bolii
  - D. Adenopatiile au caracter inflamator, sunt de consistență dură, neaderente
  - E. Electroencefalograma este de obicei nespecifică
73. Leziunile de vasculită cutanată din lupusul eritematos sistemic cuprind:
- A. Hemoragii subunghiale
  - B. Ulcerații orale
  - C. Macule pe eminețele tenare și hipotenare
  - D. Noduli ai pulpei degetelor
  - E. Paniculita (lupus profundus)

74. Afectarea neuropsihiatrică din lupusul eritematos sistemic poate fi reprezentată de:
- Meningita aseptică
  - Convulsii
  - Disfuncție cognitivă.ș,
  - Compresiune medulară
  - Polineuropatie
75. Următoarele afirmații despre manifestările clinice din lupusul eritematos sistemic sunt false:
- Lupusul eritematos sistemic este prototipul bolilor autoimune, cu afectare unică de organ
  - De obicei sinovita exsudativă este minimă
  - Leziunile subacute sunt policiclice și se diferențiază ușor de leziunile din psoriazis sau de lichenul plan
  - Părul "lupic" este subțire, uscat, se rupe cu ușurință la mică distanță de emergență
  - Afectarea pulmonară cuprinde pleurezia, pneumonita acută sau cronică, embolia pulmonară
76. Care din următoarele afirmații referitoare la lupusul eritematos sistemic sunt adevărate:
- De cele mai multe ori boala este cu prognostic nefavorabil
  - Polimorfismul clinic al bolii îngreunează și întârzie de cele mai multe ori diagnosticarea precoce
  - Leziunile cutanate subacute se asociază frecvent cu prezența anticorpilor anti Ro și anti La
  - Revărsatul pleural se întâlnește mai frecvent la pacienții vârstnici sau în lupusul indus medicamentos
  - Afectarea coronariană în lupus crește riscul de infarct miocardic în premenopauză
77. \* Nu este criteriu clinic pentru diagnosticul lupusului eritematos sistemic: :
- Pleurezia
  - Alopecia reversibilă
  - Ulcerațiile orale
  - Lupusul cutanat
  - Sinovita, cu prinderea a cel puțin unei articulații
78. \* Anomalia hematologică întâlnită în lupusului eritematos sistemic (LES) este:
- Anemia hemolitică autoimună
  - Trombocitoza
  - Limfocitoza
  - Scurtarea timpului parțial de tromboplastină
  - Leucocitoza
79. \* Cu privire la anticorpii din lupusului eritematos sistemic (LES), este adevărată afirmația că:
- Cei antinucleari (AAN) sunt specifici și prezenți în 95% cazuri
  - Cei anti Sm sunt nespecifici și prezenți în 30% cazuri
  - Cei antinucleari (AAN) sunt nespecifici și prezenți în 30% cazuri
  - Cei anti Sm sunt nespecifici și prezenți în 95% cazuri
  - Cei anti histone sunt nespecifici și indentificați în 90% din cazurile de LES indus medicamentos
80. \* Terapia biologică, aprobată de FDA în 2011 pentru tratamentul lupusului eritematos sistemic, utilizează:
- Infliximab

- B. Adalimumab
  - C. Belimumab
  - D. Golimumab
  - E. Certolimumab
81. \* Tratamentul de bază în lupusul eritematos sistemic este reprezentat de:
- A. Hidroxicolchicină
  - B. AINS
  - C. Corticosteroizi
  - D. Imunosupresoare
  - E. Dapsona
82. \* Anti-inflamatorul nesteroidian cel mai indicat în tratamentul lupusului eritematos sistemic este:
- A. Aspirina
  - B. Piroxicamul
  - C. Naproxenul
  - D. Ibuprofenul
  - E. Din clasa coxibilor
83. \* Utilizarea hidroxiclorochinei în tratamentul lupusului eritematos sistemic impune monitorizare:
- A. Cardiologică anual
  - B. Nefrologică la 6 luni
  - C. Oftalmologică la 6 luni
  - D. Oftalmologică anual
  - E. Neurologică anual
84. Reprezintă anomalii hematologice în cadrul lupusului eritematos sistemic:
- A. Anemia hemolitică
  - B. Leucocitoza
  - C. Leucopenia
  - D. Policitemia
  - E. Trombocitopenia
85. În evoluția lupusului eritematos sistemic, anomaliile coagulării se pot asocia cu:
- A. Avort spontan
  - B. Miocardită
  - C. Vasculită
  - D. Tromboze arteriale sau venoase
  - E. Endocardita Libman-Sacks
86. Cu referire la anticorpii din lupusul eritematos sistemic, sunt adevărate afirmațiile:
- A. Prezența lor este suficientă pentru diagnostic
  - B. 20% din femeile tinere sănătoase pot prezenta anticorpi antinucleari (AAN) pozitivi
  - C. 2% din femeile tinere sănătoase pot prezenta AAN pozitivi
  - D. AAN sunt nespecifici și prezenți în 95% cazuri
  - E. AAN sunt specifici și prezenți în 95% cazuri
87. Sunt criteriile imunologice pentru diagnosticul lupusului eritematos sistemic :
- A. Anticorpi antinucleari (AAN) de cel puțin 2 ori peste valoarea de referință
  - B. Anticorpi anti Sm pozitivi
  - C. Testul Coombs pozitiv în absența anemiei hemolitice
  - D. Hipocomplementemie: scăderea C3 C4 CH50
  - E. Hipocomplementemie: scăderea C1 C3 C4
88. Referitor la complicațiile din cadrul lupusului eritematos sistemic, este adevărat că:
- A. Pot apărea ca urmare a terapiei utilizate

- B. Infecțiile pot reprezenta cauza unui nou puseu
  - C. Există o asociere crescută cu limfomul Hodgkin
  - D. Se remarcă un proces de ateroscleroză precoce
  - E. Femeile asociază un risc de 5 ori mai mare de a dezvolta infarct miocardic
89. Evoluția lupusului eritematos sistemic se caracterizează prin:
- A. Perioadă preclinică caracterizată prin apariția autoanticorpilor
  - B. Perioadă clinică caracterizată prin apariția autoanticorpilor
  - C. Perioade de exacerbări și remisiuni
  - D. Evoluție spre vindecare în peste 90% cazuri
  - E. Supraviețuire la 5 ani în peste 90% cazuri
90. Imunosupresoarele utilizate în tratamentul lupusului eritematos sistemic sunt:
- A. Infliximab
  - B. Metilprednisolon
  - C. Dapsona
  - D. Ciclofosfamida
  - E. Metotrexat
91. Corticosteroizii în tratamentul lupusului eritematos sistemic:
- A. Reprezintă treapta a doua de tratament
  - B. În formele severe se poate utiliza pulsterapia iv cu prednison 1g/zi 3 zile consecutive
  - C. În formele severe se poate utiliza pulsterapia iv cu metilprednisolon 1g/zi 3 zile consecutive
  - D. Previn reactivarea bolii
  - E. Utili în controlul simptomelor și reducerea inflamației
92. Cu privire la tratamentul farmacologic din lupusul eritematos sistemic, sunt adevărate afirmațiile:
- A. În afectările cu potențial vital se utilizează corticoterapie și imunosupresoare
  - B. În formele fără risc vital se administrează terapie modificatoare de boală ( anti-inflamatoare nesteroidiene, hidroxiclorochina și eventual corticoterapie în doze mici)
  - C. În formele fără risc vital se administrează doar terapie adjuvantă
  - D. Utilizarea Piroxicamului crește fotosensibilitatea
  - E. Utilizarea Ibuprofenului induce leziuni retiniene ireversibile
93. Referitor la anti-malaricele de sinteză în tratamentul lupusului eritematos sistemic, este adevărat că:
- A. Fumatul reduce eficacitatea hidroxiclorochinei
  - B. Cel mai utilizat este naproxenul
  - C. Sunt utilizate pentru prevenirea reactivării bolii
  - D. Pot determina leziuni retiniene ireversibile
  - E. Pot determina meningită aseptică
94. Utilizarea îndelungată a corticoterapiei în tratamentul lupusului eritematos sistemic poate determina:
- A. Osteoporoză
  - B. Glaucom
  - C. Meningită
  - D. Diabet zaharat
  - E. Sindrom Addison
95. Neoplaziile frecvent asociate cu lupusul eritematos sistemic sunt:
- A. Cancerul pulmonar
  - B. Melanomul malign
  - C. Limfomul Hodgkin



- D. Cancerul de sân
  - E. Limfomul non-Hodgkin
96. Sunt criteriile imunologice pentru diagnosticul lupusului eritematos sistemic:
- A. Anticorpii anti Sm pozitivi
  - B. Anemia hemolitică
  - C. Trombocitopenia
  - D. Testul Coombs pozitiv în absența anemiei hemolitice
  - E. Leucopenia
97. Reprezintă criteriile clinice pentru diagnosticul lupusului eritematos sistemic, conform SLICC (Systemic Lupus international Collaboratind Clinics) 2012 :
- A. Pleurezia
  - B. Ascita
  - C. Alopecia ireversibilă
  - D. Sinovita cu prinderea a cel puțin 2 articulații
  - E. Neuropatia periferică sau craniană în absența altor cauze
98. Pentru susținerea diagnosticului pozitiv de lupusului eritematos sistemic sunt necesare următoarele criterii, conform SLICC (Systemic Lupus international Collaboratind Clinics) 2012:
- A. Doar prezența anticorpilor este suficientă
  - B. Cel puțin 3 criterii simultane sau succesive
  - C. 2 criterii clinice
  - D. 1 criteriu clinic și 1 criteriu imunologic
  - E. Biopsie renală sugestivă în prezența anticorpilor antinucleari sau anti-ADN dublu catenar pozitivi
99. Referitor la modificările serologice din cadrul lupusului eritematos sistemic, este adevărat că:
- A. Leucopenia este un marker al severității
  - B. Anomalia imună caracteristică este producția de autoanticorpi
  - C. Trombocitopenia este un marker al severității
  - D. Testul VDRL poate fi fals pozitiv
  - E. VSH-ul este scăzut
100. Măsurile generale în managementul lupusului eritematos sistemic includ:
- A. Reducerea expunerii la raze UV (mai ales de tip BB)
  - B. Reducerea expunerii la raze UV (mai ales de tip A)
  - C. Utilizarea cremelor cu factor de protecție minim 30
  - D. Utilizarea cremelor cu factor de protecție 20
  - E. Dietă hiposodată, hipolipemiantă, hipoglucidică sub terapie cortizonică
101. Tratamentul farmacologic în lupusul eritematos sistemic vizează utilizarea:
- A. Imunosupresoarelor în formele severe
  - B. Dapsonei în afectările cutanate
  - C. Imunoglobulinelor în formele severe
  - D. Imunosupresoarelor în trombocitopeniile refractare la tratament
  - E. Imunoglobulinelor în trombocitopeniile refractare la tratament
102. Selecția afirmațiilor adevărate referitoare la hidroxiclorochină în tratamentul lupusului eritematos sistemic:
- A. Este indicată în afectarea de tip musculo-scheletal
  - B. Este utilă în afectarea cutanată, articulară
  - C. Este indicată în formele ușoare de serozită
  - D. Fumatul îi reduce eficacitatea
  - E. Este recomandată pentru prevenirea recăderilor

103. Referitor la anti-inflamatoarele nesteroidice în tratamentul lupusului eritematos sistemic, este adevărat că:
- A. Piroxicamul scade fotosensibilitatea
  - B. Ibuprofenul este cel mai indicat
  - C. Sunt indicate în formele usoare, cu sindrom febril
  - D. Sunt indicate în formele ușoare de serozită
  - E. Scad riscul de reactivare al bolii
104. \* Artrita psoriazică apare cel mai frecvent la intervalul de vârstă:
- A. 10-20 ani
  - B. 30-50 ani
  - C. 50-60 ani
  - D. 60-70 ani
  - E. 70-75 ani
105. \* Cel mai frecvent incriminat agent infecțios în etiologia artritei psoriazice este:
- A. Escherichia coli
  - B. Klebsiella pneumoniae
  - C. Streptococul  $\beta$  hemolitic de tip A
  - D. Streptococcus pneumoniae
  - E. Virusul Coxsackie
106. \* Leziunea cutanată specifică din artrita psoriazică este reprezentată de:
- A. Eritemul „în fluture”
  - B. Placardul eritemato-scuamos
  - C. Fața de „icoană bizantină”
  - D. Rash-ul heliotrop
  - E. Rash-ul malar
107. \* Afectarea unghială în artrita psoriazică se caracterizează prin faptul că:
- A. Apare la 90% din pacienții cu artrită psoriazică
  - B. Apare la un procent mic de pacienți cu artrită psoriazică
  - C. Este întotdeauna însoțită de afectare cardiacă
  - D. Se cuantifică cu ajutorul scorului PASI
  - E. Se cuantifică cu ajutorul scorului BASDAI
108. \* Manifestările extraarticulare din artrita psoriazică sunt, în principal:
- A. Cardiace
  - B. Cutanate
  - C. Renale
  - D. Pulmonare
  - E. Musculare
109. \* Cel mai utilizat scor pentru cuantificarea modificărilor radiologice din artrita psoriazică este:
- A. Scorul Framingham
  - B. Scorul Sharp – Van der Heijde modificat
  - C. Scorul SCORE
  - D. Scorul ROMA
  - E. Scorul APGAR
110. \* Un aspect clinic tipic întâlnit în artrita psoriazică este:
- A. Eritemul „în fluture”
  - B. Degetul „în cârnăț”
  - C. Esofagul de sticlă
  - D. Lupusul discoid
  - E. Sindromul Raynaud
111. Afectarea articulară în artrita psoriazică include:

- A. Tofii gutoși
  - B. Artrita interfalangiană distală
  - C. Nodulii reumatoizi
  - D. Poliartrita psoriazică
  - E. Spondiloartropatia
112. Manifestările extraarticulare din artrita psoriazică cuprind afectarea:
- A. Oculară
  - B. Cutanată
  - C. Neurologică
  - D. Cardiacă
  - E. Hematologică
113. Poliartrita psoriazică se caracterizează prin:
- A. Afectarea interfalangiană distală și radiocubitocarpiană
  - B. Implicarea articulațiilor mari
  - C. Faptul că este cea mai frecventă manifestare de debut a artritei psoriazice
  - D. Posibilitatea conversiei evolutive, din poliartrită simetrică în oligoartrită asimetrică și invers
  - E. Posibilitatea de a fi evaluată cu ajutorul ecografiei
114. Investigațiile de laborator în artrita psoriazică includ:
- A. Factor reumatoid prezent
  - B. Anticorpi antinucleari prezenți
  - C. Niveluri IgA crescute
  - D. Gama-globuline crescute
  - E. Complexe imune circulante crescute
115. Examenul radiologic în artrita psoriazică relevă:
- A. Eroziuni osoase marginale extinse
  - B. Aspect de „toc în călimară”
  - C. Osteoporoză
  - D. Vertebre pătrate
  - E. Tendință la anchiloză
116. Afectarea oculară în cadrul artritei psoriazice se manifestă prin:
- A. Cataractă
  - B. Irită
  - C. Conjunctivită
  - D. Retinopatie diabetică
  - E. Glaucom
117. Evoluția severă a artritei psoriazice se asociază cu:
- A. Prezența placardului eritemato-scuamos în zonele de extensie articulară
  - B. Vârsta tânără la debut
  - C. Sexul feminin
  - D. Prezența celulelor lupice
  - E. Caracterul „zgomotos” al afectării articulare
118. Tratamentul artritei psoriazice include:
- A. Antiinflamatoare non-steroidiene
  - B. Glucocorticoizi
  - C. Biguanide
  - D. Methotrexat
  - E. Agoniști ai receptorilor de GLP-1
119. Evoluția artritei psoriazice are următoarele caracteristici:
- A. Episoadele de activitate alternează cu episoade de remisiuni
  - B. Evoluția este ondulantă

- C. Este favorabilă la sexul masculin cu spondiloartropatie
  - D. Riscul vital este scăzut
  - E. Mortalitatea se datorează afecțiunilor cardiovasculare, respiratorii
120. Afectarea cardiacă în artrita psoriazică:
- A. Este frecventă
  - B. Este rară
  - C. Constă în aortită
  - D. Poate apare insuficiență aortică
  - E. Apare precoce în evoluția bolii
121. Terapia biologică în artrita psoriazică include:
- A. Anticorpi monoclonali
  - B. Fotochemoterapia
  - C. Blocanții receptorilor AT1 ai angiotensinei II
  - D. Infliximab
  - E. Diclofenac
122. Particularitățile artritei psoriazice, care o individualizează, sunt următoarele:
- A. Dactilita, entezopatiile
  - B. Profilul evolutiv adesea sever
  - C. Afectarea cardiacă
  - D. Afectarea pulmonară
  - E. Topografia afectării periferice
123. Posibilitățile de combatere a durerii în artrita psoriazică sunt reprezentate de:
- A. Tramadol
  - B. Metformin
  - C. Derivați opioizi
  - D. Paracetamol
  - E. Vitamina A
124. Controlul leziunilor cutanate în artrita psoriazică se realizează cu ajutorul:
- A. Tramadolului
  - B. Terapiei PUVA (fotochemoterapiei)
  - C. Dapsonei
  - D. Kinetoterapiei
  - E. Derivaților de sinteză ai vitaminei A
125. Tratamentul cu Methotrexat în artrita psoriazică:
- A. Este eficient în tratamentul manifestărilor oculare
  - B. Este eficient în tratamentul artritei și psoriazisului cutanat
  - C. Necesită monitorizarea markerilor fibrozei hepatice
  - D. Necesită monitorizarea markerilor inflamatori
  - E. Are indicație în formele cu potențial distructiv
126. Combaterea inflamației în artrita psoriazică se realizează cu:
- A. Celecoxib
  - B. Diclofenac
  - C. Ketoprofen
  - D. Candesartan
  - E. Propranolol
127. Investigațiile imagistice utile în artrita psoriazică sunt reprezentate de:
- A. Scintigrafie tiroidiană
  - B. Tomografie computerizată
  - C. Examen radiologic
  - D. Bariu pasaj
  - E. Rezonanță magnetică

128. Afectarea unghială în artrita psoriazică se caracterizează prin:
- A. Faptul că este întotdeauna însoțită de leziuni cutanate
  - B. Aspectul de unghii „înțepate cu acul”
  - C. Apariția la un procent mic de pacienți cu artrită psoriazică
  - D. Faptul că poate fi singulară, neînsoțită de leziuni cutanate
  - E. Răspunsul la ergoterapie
129. Spondilita anchilozantă se caracterizează prin următoarele modificări:
- A. Afectarea scheletului axial
  - B. Inflamația articulației sacroiliace
  - C. Entesita
  - D. Prezența factorului reumatoid
  - E. Tofi gutoși
130. În etiopatogenia spondilitei anchilozante sunt implicați:
- A. Factori genetici (HLA B27)
  - B. Fumatul
  - C. Factorul reumatoid
  - D. Infecția enterală cu *Klebsiella pneumoniae*
  - E. Spina bifida
131. Spondilita anchilozantă se caracterizează prin:
- A. Frecvența crescută în țările nordice
  - B. Prezența HLA B27 la 90-95% din pacienți
  - C. Titrurile crescute de anticorpi anti-*Klebsiella pneumoniae*
  - D. Nodulii reumatoizi
  - E. Prezența factorului reumatoid
132. În spondilita anchilozantă se produc următoarele modificări anatomopatologice ale vertebrelor:
- A. Inflamație la nivelul inserției inelului fibros al discului intervertebral pe corpul vertebral
  - B. Pierderea concavității corpului vertebral
  - C. Osteofite
  - D. Noduli reumatoizi
  - E. Sindesmofite
133. În spondilita anchilozantă, la nivelul scheletului sunt afectate cu precădere:
- A. Articulațiile metacarpofalangiene
  - B. Articulația radiocarpiană
  - C. Articulațiile sacroiliace
  - D. Entesele
  - E. Articulațiile mici ale mâinii
134. Modificările anatomopatologice ale articulațiilor sacroiliace prezente în spondilita anchilozantă sunt:
- A. Infiltrat subcondral format din macrofage, limfocite, plasmocite
  - B. Eroziunea cartilajului
  - C. Osteoscleroză subcondrală
  - D. Osteomielită cronică
  - E. Hernie de disc
135. În spondilita anchilozantă pot fi prezente ca modificări anatomopatologice:
- A. Uveita anterioară
  - B. Fibrozarea țesutului de conducere cardiac
  - C. Nodulii reumatoizi
  - D. Tofii gutoși
  - E. Arahnoiditele

136. În spondilita anchilozantă pot fi prezente următoarele modificări anatomopatologice extrascheletale:
- Inflamația valvei aortice
  - Nefropatia cu depozite de IgA
  - Fibroza lobului pulmonar superior
  - Sindromul Felty
  - Nodulii reumatoizi
137. În spondilita anchilozantă, durerea lombară joasă are următoarele caracteristici:
- Este prezentă la aproximativ 20 % din pacienți la debutul bolii
  - Se ameliorează după exercițiu fizic
  - Este agravată de repausul prelungit
  - Este de durată scurtă, mai mică de 3 luni
  - Se însoțește de redoare matinală prelungită peste 60 de minute
138. Manifestările clinice ale spondilitei anchilozante includ:
- Durere lombară joasă persistentă, cu durata mai mare de 3 luni
  - Limitarea mișcărilor coloanei vertebrale lombare în plan sagital și frontal
  - Limitarea expansiunii cutiei toracice în inspir
  - Durere lombară accentuată după exercițiu fizic
  - Durere lombară care se ameliorează după repaus prelungit
139. Modificările clinice caracteristice debutului juvenil al spondilitei anchilozante includ:
- Afectarea articulațiilor centurilor
  - Hidartroza intermitentă a genunchiului
  - Sindrom Felty
  - Febră, scădere ponderală, transpirații nocturne
  - Afectarea articulațiilor radiocarpene
140. Tabloul clinic al spondilitei anchilozante poate include:
- Tumefacția articulațiilor interfalangiene proximale
  - Entesite
  - Irită sau iridociclită
  - Talalgii
  - Xantelasme
141. Manifestările clinice extraarticulare din spondilita anchilozantă includ:
- Crize Adam –Stokes
  - Sindrom Raynaud
  - Insuficiența aortică
  - Stenoză mitrală
  - Sindrom de coadă de cal
142. Examenul radiologic în spondilita anchilozantă poate evidenția:
- Aspectul pătrat al vertebrelor pe radiografia lombară de profil
  - Osteofite
  - Sindesmofite
  - Spiculi osoși calcaneeni
  - Eroziuni marginale ale capetelor osoase ce compun articulațiile metacarpo-falangiene
143. Modificările clinice prezente în stadiile avansate ale spondilitei anchilozante sunt:
- Cifoză toracală
  - Invaliditate prin anchiloza articulațiilor coxofemorale
  - Hiperlordoză
  - Fixarea în anteflexie a capului cu privirea îndreptată în jos
  - Deviere ulnară a mâinii
144. Factori de prognostic negativ în spondilita anchilozantă:

- A. Debutul juvenil
  - B. Afectarea coxofemurală
  - C. Sindromul Felty
  - D. Amiloidoza secundară
  - E. Prezența nodulilor reumatoizi
145. Efecte adverse posibile la pacienții cu spondilită anchilozantă tratați cu agenți biologici anti- TNF $\alpha$ , sunt:
- A. Infecțiile
  - B. Agravarea insuficienței cardiace
  - C. Spondilartropatie axială
  - D. Apariția anticorpilor anti ADN-dublu catenar și a sindromului lupus-like
  - E. Reducerea procesului inflamator
146. Chestionarul standard care cuantifică activitatea bolii la pacienții cu spondilită anchilozantă evaluează următoarele elemente clinice pe parcursul ultimei săptămâni:
- A. Durerea la nivelul colanei vertebrale și șoldului
  - B. Tensiunea arterială
  - C. Diureza
  - D. Redoarea matinală
  - E. Fatigabilitatea
147. \* Diagnosticul foarte precoce al spondilitei anchilozante este posibil prin:
- A. Radiografie convențională
  - B. Rezonanță magnetică nucleară (IRM)
  - C. Computer tomograf
  - D. Angiografie
  - E. Ecografie
148. \* Criteriul obligatoriu pentru diagnosticul de spondilită anchilozantă definită este:
- A. Durere lombară joasă persistentă mai mult de 3 luni
  - B. Sacroiliită bilaterală cel puțin de gradul II sau sacroiliită unilaterală de gradul III sau IV
  - C. Limitarea mișcărilor coloanei lombare
  - D. Limitarea expansiunii toracice în inspir
  - E. Rectitudinea coloanei lombare pe radiografia de profil
149. \* Prima treaptă de tratament farmacologic a pacientului cu spondilită anchilozantă este reprezentată de:
- A. Glucocorticoizi oral
  - B. Terapie intravenoasă cu glucocorticoizi
  - C. Medicație antiinflamatoare nesteroidiană, administrată zilnic
  - D. Metotrexat
  - E. Agenți anti TNF $\alpha$
150. \* Tratamentul care modifică activitatea bolii și prognosticul pacienților cu spondilită anchilozantă este reprezentat de:
- A. Glucocorticoizi oral
  - B. Allopurinol
  - C. Agenți biologici anti- TNF $\alpha$
  - D. Metformin
  - E. Glucocorticoizi parenteral
151. \* În cazurile severe de spondilită anchilozantă cu manifestări periferice, terapia de linia a doua este:
- A. Sulfasalazina
  - B. Antiinflamatoarele nesteroidiene
  - C. Glucocorticoizii oral

- D. Vitamina B6
  - E. Colchicina
152. \* Care dintre următorii agenți farmacologici se folosește în tratamentul spondilitei anchilozante cu manifestări periferice?
- A. Metoprolol
  - B. Metronidazol
  - C. Metoclopramid
  - D. Metotrexat
  - E. Metformin
153. \* În treapta a doua de tratament a spondilitei anchilozante este utilizat următorul agent biologic care conține receptori recombinanți de TNF $\alpha$ :
- A. Infliximab
  - B. Adalimumab
  - C. Etanercept
  - D. Certolizumab
  - E. Golimumab



## Răspunsuri reumatologie

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

- 145. A, B, D
- 146. A, D, E
- 147. B
- 148. B
- 149. C
- 150. C
- 151. A
- 152. D
- 153. C

## Chirurgie

1. Care dintre următoarele afirmații cu privire la teoria enterogenă răspunzătoare de apariția apendicitei acute sunt adevărate?
  - A. Diseminarea se face pe cale hematogenă
  - B. Este caracteristică staza din peretele apendicelui
  - C. Se pot produce leziuni mecanice asupra mucoasei apendicelui
  - D. Este caracteristică leziunea ischemică de la nivelul peretelui pe fond de tromboză
  - E. Factorii patogenici ajung pe cale hematogenă de la alt focar infecțios
2. În apendicita acută este descrisă triada simptomatică a lui Dieulafoy care cuprinde:
  - A. Apărare musculară în fosa iliacă dreaptă
  - B. Febră peste 38 grade C
  - C. Exacerbarea durerii la decompresiunea bruscă a abdomenului după palpate
  - D. Hiperestezie cutanată
  - E. Durerea abdominală
3. Care dintre următoarele elemente ale scorului Alvarado sunt notate cu 2 puncte?
  - A. Apărarea musculară
  - B. Febra
  - C. Durerea migratorie
  - D. Leucocitoza
  - E. Anorexia
4. \* Semnul Bloomberg din apendicita acută înseamnă:
  - A. Durere la mobilizarea anterogradă a anselor intestinale
  - B. Durere la mobilizarea retrogradă a anselor intestinale
  - C. Exacerbarea durerii la decompresiunea bruscă a abdomenului după palpate
  - D. Durere la rotația externă a coapsei
  - E. Durere la ridicarea activă a membrului inferior
5. \* Examenul clinic al pacientului cu apendicită acută poate evidenția următoarele elemente cu o excepție. Care este aceasta?
  - A. Durere la rotația externă a coapsei
  - B. Dispariția sau diminuarea reflexelor cutanate în fosa iliacă (semn Lantz)
  - C. Prezența triadei lui Dieulafoy
  - D. Durere în fosa iliacă dreaptă după mobilizarea retrogradă a gazelor
  - E. Durere la nivelul fundului de sac vaginal în timpul tușeului vaginal
6. Care dintre afirmațiile cu privire la peritonita apendiculară sunt adevărate?
  - A. Apărarea musculară este de la început extinsă la nivelul întregului abdomen
  - B. Triada lui Dieulafoy se caracterizează prin: durere, apărare musculară și leucocitoză peste 20 000/mm<sup>3</sup>
  - C. Apărarea musculară este inițial localizată în fosa iliacă dreaptă
  - D. Apărarea musculară se însoțește de semnul Lantz
  - E. Semnul Bloomberg este prezent
7. Semnele caracteristice scorului Alvarado din apendicita acută sunt:
  - A. Durerea migratorie
  - B. Apărare musculară în fosa iliacă dreaptă
  - C. Febra
  - D. Vărsăturile
  - E. Anorexia

8. Afecțiunile chirurgicale cu care se realizează diagnosticul diferențial în apendicita acută sunt:
  - A. Adenita mezenterică
  - B. Ruptura foliculului ovarian
  - C. Ulcerul duodenal perforat
  - D. Invaginația intestinală
  - E. Colecistita acută
9. Elemente caracteristice diagnosticul paraclinic al apendicitei acute necomplicate sunt:
  - A. Febră peste 38 grade C
  - B. Frison
  - C. Leucocitoză în jur de 10 000/mm<sup>3</sup>
  - D. Neutrofile peste 75%
  - E. Sediment urinar normal
10. Care dintre următoarele afirmații cu privire la diagnosticul apendicitei acute sunt adevărate?
  - A. Ecografia are specificitate mai mare decât computer tomografia
  - B. Chiar și în prezența unei simptomatologii tipice ecografia și computer tomografia sunt obligatorii
  - C. Clasic explorările imagistice decelează o mărire a diametrului antero-posterior al apendicelui la peste 7 mm
  - D. Laparoscopia de diagnostic este contraindicată
  - E. Explorările imagistice decelează o îngroșare a peretelui apendicular
11. Care dintre afirmațiile următoare cu privire la peritonita acută primară sunt false?
  - A. Este o complicație gravă
  - B. Apare la un interval de câteva ore până la 1-2 zile de la debut
  - C. Are o perioadă de remisiune spontană
  - D. Există un interval asimptomatic de ore, zile
  - E. Leucocitele cresc la valori de peste 15-20 000/mm<sup>3</sup>
12. Care dintre următoarele afirmații referitoare la blocul apendicular sunt false?
  - A. La palpare se decelează o zonă de împăstare în fosa iliacă dreaptă
  - B. Percuția superficială decelează sonoritate
  - C. Apare pe fondul unei virulențe crescute a germenilor
  - D. Apare pe fondul unei reactivități imunologice bune a pacientului
  - E. Sunt prezente semnele generale ale procesului septic
13. În cazul blocului apendicular se recomandă:
  - A. Abord imediat laparoscopic
  - B. Abord imediat clasic
  - C. Antibioterapie
  - D. Tratament conservator
  - E. Drenaj ghidat ecografic dacă a evoluat spre un abces
14. Care dintre următoarele afirmații legate de tratamentul chirurgical al apendicitei acute sunt false?
  - A. Abordul clasic are o rată mai mică de infecții de plagă
  - B. Abordul laparoscopic permite și rezolvarea altor tipuri de patologie
  - C. Ligatura și secționarea apendicelui se realizează întotdeauna înaintea ligaturii mezoului
  - D. Indiferent de evoluția plastronului apendicular tratamentul chirurgical se realizează la 3-6 luni după stingerea episodului acut
  - E. În cazul abordului laparoscopic reintegrarea socială este mai rapidă
15. \* Un scor Alvarado de 7 în evaluarea apendicitei acute poate însemna:
  - A. Apărare musculară, leucocitoză, febră, vărsături, anorexie

- B. Durere migratorie, anorexie, febră, vărsături
  - C. Durere migratorie, vărsături
  - D. Apărare musculară, leucocitoză, febră
  - E. Apărare musculară, leucocitoză, febră, vărsături
16. Care dintre următoarele afirmații referitoare la germeii patogeni care pot coloniza arborele biliar sunt adevărate?
- A. Escherichia coli este gram negativ
  - B. Escherichia coli este gram pozitiv
  - C. Pseudomonas este mai puțin rezistent
  - D. Enterococul este gram negativ
  - E. Enterococul este gram pozitiv
17. Care dintre afirmațiile referitoare la ecografia abdominală efectuată pentru diagnosticarea unei colecistite litiazice sunt adevărate?
- A. Este fiabilă
  - B. Aspectul ecografic al calculilor este hipoecogen cu con de umbră posterior
  - C. Poate aprecia existența și numărul calculilor
  - D. Poate aprecia grosimea peretelui colecistului
  - E. Informațiile privitoare la calea biliară principală sunt foarte precise
18. Care dintre următoarele elemente sunt acceptate ca factori de risc pentru apariția litiazei veziculare?
- A. Sexul masculin
  - B. Diabetul zaharat
  - C. Ciroza hepatică
  - D. Boala cronică de rinichi
  - E. Predispoziția genetică
19. \* Care dintre următorii factori nu reprezintă un risc pentru apariția litiazei veziculare?
- A. Rasa neagră
  - B. Estrogenii
  - C. Sexul
  - D. Parazitozele digestive
  - E. Bolile hematologice
20. Care dintre următoarele afirmații referitoare la forma oligosimptomatică a litiazei veziculare sunt false?
- A. Este o descoperire întâmplătoare
  - B. Elementul central de diagnostic este colica biliară
  - C. Este dominată de tulburări dispeptice
  - D. Apare frecvent după excese alimentare
  - E. Sunt determinate de alimente colecistokinetice
21. Selectați enunțurile adevărate privitoare la explorările paraclinice în litiaza veziculară necomplicată:
- A. Radiografia abdominală simplă evidențiază aerobilie
  - B. Ecografia este metoda de elecție
  - C. Evidențiază imagini hipoecogene
  - D. Caracteristică este prezența conului de umbră posterior
  - E. Colangiografia este obligatorie
22. Care dintre următoarele afirmații referitoare la examenul clinic al pacientului cu litiază veziculară sunt adevărate?
- A. Anamneza evidențiază prezența sindromului dureros de tip foame dureroasă
  - B. Durerea este localizată cel mai frecvent în epigastru
  - C. Iradiază spre umărul drept
  - D. Iradiază frecvent spre flancul drept

- E. Suprapunerea colicilor (debut de colică suprapus peste final de colică) este criteriu de severitate.
23. Hidropsul vezicular se caracterizează prin:
- Inclavarea unui calcul la nivelul papilei
  - Inclavarea unui calcul la nivelul infundibulului
  - Distensia veziculei biliare
  - Posibilitatea de suprainfecție datorită stazei
  - Bila este normocromă
24. Care dintre următoarele afirmații cu privire la colecistita acută sunt adevărate?
- Exacerbarea florei microbiene nu este condiționată de alți factori
  - Apărarea musculară este prezentă
  - Durerile nu sunt exacerbate de mișcări
  - Leucocitoză până la  $15\ 000\ \text{mm}^3$
  - Febra ( $38-38,5^\circ\text{C}$ ) și frisonul sunt expresia stării septică
25. Care dintre următoarele afirmații referitoare la ileusul biliar sunt false?
- Este rezultatul unei fistule bilio-digestive
  - Prin inclavare calculul poate determina instalarea unei ocluzii înalte
  - Prin inclavare calculul poate determina instalarea unei ocluzii joase
  - Ecografia evidențiază un colecist destins de volum
  - Nu există investigații preoperatorii sugestive
26. Care dintre următoarele afirmații referitoare la ileusul biliar sunt adevărate?
- Radiografia abdominală simplă preoperatorie evidențiază nivelele hidroaerice
  - Radiografia abdominală simplă evidențiază prezența aerobiliei
  - Laparotomia este necesară să fie efectuată de urgență
  - Chirurgia are ca obiectiv extragerea calculului
  - Chirurgia are ca obiectiv desființarea fistulei bilio-digestive
27. În ceea ce privește tratamentul chirurgical al litiazei veziculare, selectați afirmațiile false:
- Procesele aderențiale dense nu reprezintă contraindicație de abord laparoscopic
  - Abordul clasic este considerat gold standard
  - Abordul laparoscopic este considerat gold standard
  - Are indicație operatorie chiar și în condițiile unei simptomatologii minime
  - Obiectivul tratamentului este colecistectomia
28. În ceea ce privește tratamentul colecistitei acute se poate afirma:
- Abordul chirurgical nu are caracter de urgență
  - Abordul chirurgical are caracter de urgență
  - Abordul laparoscopic este contraindicat
  - Abordul laparoscopic este indicat
  - Este preferabilă concepția clasică de „urgență amânata”
29. În ceea ce privește tratamentul colecistitei acute se poate afirma:
- Tratamentul antibiotic nu este obligatoriu, el având doar valoare adjuvantă
  - Tratamentul antibiotic completează asanarea chirurgicală a focarului septic
  - Colecistostomia este preferabilă la toate cazurile de colecistită acută
  - În prezent este acceptată opțiunea de intervenție chirurgicală imediată
  - Abordul chirurgical de preferat este cel clasic
30. \* Care dintre următoarele afirmații cu privire la ileusul biliar este falsă?
- Radiografia abdominală simplă evidențiază nivelele hidroaerice
  - Radiografia abdominală simplă evidențiază prezența aerobiliei
  - Tratamentul este chirurgical de urgență
  - Obiectivul este înlăturarea calculului migrat în intestin

- E. Desființarea fistulei bilio-digestive este obligatorie
31. \* Sindromul coledocian minor se caracterizează prin următoarele elemente cu o excepție. Care este aceasta?
- Durere colicativă
  - Icter
  - Alternanță constipație diaree
  - Astenie fizică
  - Scădere ponderală
32. \* Sindromul coledocian major în absența unei complicații, are în componență următoarele componente, cu o excepție. Care este aceasta?
- Colica coledociană
  - Febra de tip septic
  - Oliguria
  - Icterul
  - Urinile hipercrome, scaunele acolice
33. Sindromul coledocian cauzat de prezența calculilor în calea biliara principală se caracterizează prin:
- Debut cu colică urmată de instalarea icterului
  - Icter fluctuant
  - Debut cu icter, urmat de colică
  - Icter progresiv
  - Prezența febrei și a frisonului
34. Care dintre următoarele enunțuri nu caracterizează icterul de natură neoplazică?
- Icterul progresiv
  - Durerea precede instalarea icterului
  - Febra și frisonul sunt absente
  - Durerea se instalează după apariția icterului
  - Icterul fluctuant
35. În cadrul tabloului paraclinic al icterului mecanic găsim:
- Bilirubina indirectă crescută
  - Hiperprotrombinemie
  - Transaminaze serice crescute moderat (200-300 UI)
  - Fosfatază alcalină peste 70 U.I.
  - Bilirubina directă crescută
36. \* Care dintre următoarele afirmații cu privire la explorările imagistice ale icterului mecanic este falsă?
- Ecografia abdominală transparietală este cea mai precisă metodă de diagnostic pentru leziunile situate la nivelul coledocului inferior
  - Ecografia poate evidenția dilatarea căii biliare principale și prezența calculilor de peste 3-4 mm
  - Colangio-pancreato-grafia endoscopică retrogradă are valoare diagnostică și terapeutică
  - Colangio-pancreato-grafia endoscopică retrogradă este însoțită de morbiditate importantă
  - Ecoendoscopia este o metodă extrem de fiabilă
37. Care dintre următoarele elemente nu se regăsesc în pentada lui Reynolds?
- Durerea colicativă
  - Febra 38°C
  - Icter
  - Frison
  - Hipertensiunea arterială

38. Care dintre elementele de mai jos le regăsim în pentada lui Reynolds?
- Durere continuă
  - Icter
  - Subfebrilitate
  - Fenomene de insuficiență hepato-renală
  - Hipotensiune
39. O litiază de cale biliară principală este complexă dacă există:
- Stenoză oddiană
  - Pancreatită corporeo-caudală
  - Litiază veziculară
  - Chist biliar congenital
  - Stenoză coledociană postoperatorie
40. Criteriile colangiografice de complexitate ale unei litiaze de cale biliară principală sunt:
- Litiază veziculară
  - Calcul coledocian de până la 1,5 cm
  - Stricturi ale căii biliare principale
  - Panlitiază
  - Megacoledoc aton (diametru peste 2 cm)
41. Care dintre următoarele simptome și semne nu sunt caracteristice icterului din neoplasmul cefalopancreatic?
- Icter intens
  - Icter intermitent
  - Apiretic
  - Semnul Courvoisier-Terrier prezent
  - Durerea este un simptom constant
42. Icterul care apare consecutiv deschiderii unui chist hidatic hepatic în căile biliare se caracterizează prin:
- Icter progresiv
  - Debutul este insidios
  - Prezența febrei
  - Prezența frisonului
  - Fenomene colicative estompate
43. Care dintre următoarele afirmații cu privire la angiocolită sunt false?
- Colonizare cu germeni se produce pe cale hematogenă
  - Colonizarea cu germeni se produce pe cale ascendent-canalară
  - Colonizarea cu germeni se produce prin transudare de la nivel intestinal
  - Angiocolita se manifestă doar acut
  - Cea mai gravă formă este cea ictero-uremigenă supurată (boala Caroli)
44. \* În cazul unei litiaze coledociene simple tratamentul constă în abord:
- Exclusiv endoscopic
  - Exclusiv laparoscopic
  - Combinat laparoscopic/endoscopic secvențial sau combinat
  - Clasic în proporție de 90%
  - Exclusiv radiologic intervențional de elecție
45. Care dintre afirmațiile următoare cu privire la dezobstrucția căii biliare principale sunt false?
- Sfincterotomia oddiană clasică permite extragerea calculilor situați deasupra emergenței canalului cistic
  - Coledocotomia permite explorarea coledocului în aval și în amonte de locul coledocotomiei



- C. Intervenția în cazul unei litiaze coledociene simple se încheie întotdeauna cu un drenaj biliar intern
  - D. Intervenția în cazul unei litiaze coledociene simple se încheie cu un drenaj biliar extern
  - E. Drenajul transcistic presupune exteriorizarea tubului de drenaj transhepatoparietal
46. Care dintre următoarele afirmații cu privire la tratamentul icterului mecanic sunt adevărate?
- A. Dezobstrucția endoscopică utilizează inițial sfincterotomia oddiană
  - B. În cazul dezobstrucției endoscopice calculii sunt îndepărtați folosind sonda Dormia sau Fogarty
  - C. În angiocolita ictero-uremigenă dezobstrucția endoscopică este contraindicată
  - D. Dezobstrucția radiologică este indicată doar în cazul prezenței stenozelor coledociene distale
  - E. În cazul dezobstrucției radiologice se poate utiliza soluția chimică sau terapie cu laser
47. Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul icterului mecanic sunt adevărate?
- A. Dezobstrucția transcistică poate îndepărta calculi indiferent de dimensiune
  - B. Sfincterotomia oddiană clasică presupune doar realizarea unei coledocotomii
  - C. Sfincterotomia oddiană clasică reprezintă o modalitate de rezolvare a calculilor inclavați ampular
  - D. În cazul litiazei coledociene simple coledocolitotomia se finalizează cu realizarea unui drenaj biliar extern
  - E. Anastomozele bilio-digestive sunt reprezentate de anastomoza coledoco-ileală
48. Care dintre afirmațiile referitoare la anastomoza coledoco-duodenală sunt adevărate?
- A. Este folosită în cazul litiazei coledociene simple
  - B. Este utilizată în cazul prezenței stricturilor de cale biliară principală
  - C. Dezavantajul este reprezentat de posibilitatea de poluare caili biliare principale
  - D. Nu este indicată în cazul pancreatitei corporeo-caudale
  - E. Este utilizată în cazul litiazei recidivate
49. Care dintre afirmațiile referitoare la anastomozele bilio-digestive sunt adevărate?
- A. Are indicație în pancreatita cronică pseudo-tumorală
  - B. Este indicată în panlitiază
  - C. Utilizează o ansă jejunală montată în  $\Omega$  (omega)
  - D. Utilizează o ansă ileală în Y
  - E. Împiedică refluxul alimentar în calea biliară principală
50. Colica coledociană se caracterizează prin:
- A. Asociere cu vărsături bilio-alimentare
  - B. Durere estompată
  - C. Durere violentă transfixiantă spre coloana vertebrală
  - D. Durerea ce nu se remite sub perfuzie litică
  - E. Durerea fără iradiere
51. Pancreatita acută este:
- A. O inflamație a capului pancreatic
  - B. O inflamație a pancreasului
  - C. Dată de activarea tripsinei în celulele acinare
  - D. Determinată de colecistitele acute
  - E. Extinsă mereu la țesuturile peripancreatice
52. Diagnosticul de pancreatită acută se pune pe bază de:
- A. Durere la nivelul hipocondrului drept cu iradiere posterioară și spre epigastru

- B. Creșterea lipazei sau amilazei serice
  - C. Grețuri și vărsături
  - D. Durere abdominală cu debut acut, severă cu iradiere în spate sau “ în bară “
  - E. Creșterea bilirubinei totale și directe
53. Din punct de vedere clinic, pancreatita se clasifică în:
- A. Ușoară
  - B. Fulminantă
  - C. Moderată
  - D. Moderat severă
  - E. Severă
54. \* În etiologia pancreatitei acute intervin următorii factori etiologici, cu excepția unuia. Care este acesta?
- A. Metabolici
  - B. Mecanici
  - C. Infecțioși
  - D. Vasculari
  - E. Hipertensiunea arterială
55. Fazele pancreatitei acute sunt:
- A. Activarea prematură a tripsinei în celulele acinare pancreatice
  - B. Agresiunea enzimatică declanșează procesul inflamator intrapancreatic
  - C. Procesul inflamator se extinde extrapancreatic și apoi devine sistemic
  - D. Afectarea vaselor mici din retroperitoneu poate fi urmată de infarcte entero-mezențerice
  - E. Afectarea microcirculației cu infarcte la nivel ocular și cerebral
56. Formele anatomo-clinice de pancreatită acută sunt:
- A. Pancreatita acută edematoasă interstițială
  - B. Necrozele pancreatice infectate
  - C. Pancreatita acută necrotică
  - D. Pancreatita cronică acutizată
  - E. Pancreatita recurentă
57. Agresiunea enzimatică se declanșează prin următoarele metode:
- A. Activarea macrofagelor și limfocitelor
  - B. Activarea monocitelor
  - C. Eliberarea de factori chemotactici care mobilizează celulele inflamatorii
  - D. Prin activarea moleculelor de adeziune a celulelor inflamatorii care aderă de endoteliul capilar
  - E. Prin migrarea celulelor inflamatoare în zona de inflamație
58. Factorii etiologici metabolici ai pancreatitei acute sunt:
- A. Hipercolesterolemia
  - B. Hiperfosfatemia
  - C. Hipercalcemia
  - D. Ingestia de alcool
  - E. Toxicele
59. Sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS) din pancreatita acută cuprinde:
- A. Frecvența cardiacă mai mare de 90b/min
  - B. Frecvența cardiacă mai mică de 60b/min
  - C. Leucocitoză mai mare de 10.000/mm<sup>3</sup>
  - D. Leucocitoză peste 12.000/mm<sup>3</sup>
  - E. Frecvența respiratorie mai mare de 20 respirații pe minut
60. \*Colecțiile lichidiene peripancreatice acute apar în:
- A. Faza de pancreatită acută forma moderat severă

- B. Faza inițială de evoluție a pancreatitei edematoase interstițiale
  - C. Faza de pancreatită acută forma ușoară
  - D. Pancreatitele acute recurente
  - E. Pancreatitele fulminante
61. Colecțiile pancreatice necrotice acute:
- A. Conțin lichid de aspect seros
  - B. Pot fi multiple, uneori multiloculate
  - C. Conțin lichid de aspect purulent
  - D. Conțin cantități variabile de țesut necrotic și fluid
  - E. Apar în primele 4 săptămâni de boală
62. Debutul pancreatitei acute este:
- A. Bruscat
  - B. Cu dureri la nivelul hipocondrului drept
  - C. Cu dureri la nivelul epigastrului
  - D. Cu iradiere în spate în "bară"
  - E. Cu o durată mai mică de 16 ore
63. \*Semnul Cullen este:
- A. Echimoza la nivelul flancului drept
  - B. Echimoza la nivelul epigastrului
  - C. Echimoza periombilicală
  - D. Durere descrisă ca și "lovitură de pumnal" la nivelul epigastrului
  - E. Durere la palparea profundă la nivelul epigastrului
64. Diagnosticul diferențial în urgență al pancreatitei acute se face cu:
- A. Ulcerul gastric perforat
  - B. Colica renală
  - C. Infarctul entero-mezenteric
  - D. Colica biliară
  - E. Infarctul miocardic posterior
65. Factorii etiologici mecanici ai pancreatitei acute sunt:
- A. Litiția biliară
  - B. Pancreatita autoimună
  - C. Traumatismul pancreatic
  - D. Hiperfuncția sfincterului Oddi
  - E. Tumorile pancreatice
66. Disfuncția metabolică în pancreatita acută se manifestă prin:
- A. Creșterea ureei
  - B. Scăderea bilirubinei
  - C. Creșterea lactatului seric
  - D. Creșterea gama-GT-ului
  - E. Normalizarea amilazemiei
67. Factorii infecțioși în pancreatita acută sunt:
- A. Infecția cu virusul herpes simplex
  - B. Parotidita epidemică
  - C. Infecția cu Mycoplasma
  - D. Infecția cu Clostridium difficile
  - E. Ascaridioza și alte parazitoze
68. La nivelul stomacului, duodenului, intestinului subțire, procesul inflamator pancreatic determină:
- A. Tulburări funcționale
  - B. Edem
  - C. Infarcte locale

- D. Tromboze vasculare
  - E. Necroze
69. \*Edemul inflamator pancreatic determină:
- A. Hipertrofia pancreasului
  - B. Atrofia pancreasului
  - C. Captare neomogenă a contrastului la CTIV
  - D. Compresiune asupra coledocului
  - E. Nici un răspuns nu este corect
70. Sindromul de disfuncție multiplă a unor organe (MODS) ca și complicație a pancreatitei acute, se caracterizează prin :
- A. Determină disfuncție pulmonară
  - B. Hiperfuncție miocardică
  - C. Leziuni renale
  - D. Disfuncție miocardică
  - E. Afectarea SNC
71. \*Șocul ce complică pancreatita acută se poate asocia cu:
- A. Alcaloză
  - B. Poliurie
  - C. Edeme
  - D. Hipercapnie
  - E. Dureri epigastrice
72. Tabloul clinic al pancreatitei acute cuprinde:
- A. Durere “ în bară “ cu iradiere posterioară
  - B. Debut progresiv lent
  - C. Cefalee
  - D. Vărsături
  - E. Sistarea tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze
73. Examenul fizic în pancreatita acută evidențiază:
- A. Stare generală bună
  - B. Turgor cutanat diminuat
  - C. Ochi înfundați în orbite
  - D. Deshidratare
  - E. Sensibilitate în etajul abdominal superior
74. \*Etiopatogenia pancreatitei acute este:
- A. În 100% din cazuri ingestia de alcool
  - B. În 80% din cazuri ingestia de alcool și litiaza biliară
  - C. În 100% din cazuri litiaza biliară
  - D. În 40% din cazuri litiaza biliară și litiaza coledociană
  - E. Întotdeauna idiopatică
75. \* Care dintre următoarele enunțuri privind pancreatita acută necrotică este adevărat?:
- A. Este o formă gravă de pancreatită
  - B. Zona de necroză se poate extinde până la stomac
  - C. Evoluția zonei de necroză este spre solidificare și încapsulare
  - D. Zona de necroză se remite complet după 14 zile
  - E. Tratamentul este mereu chirurgical
76. \*Care dintre următoarele nu reprezintă o complicație generală a pancreatitei acute?
- A. Șocul
  - B. Sepsisul
  - C. Sindromul de disfuncție multiplă de organe
  - D. Pseudochistul pancreatic
  - E. Sindromul de răspuns inflamator sistemic

77. Leziunile gastrice din sindromul de disfuncție multiplă de organe includ:
- Perforația gastrică
  - Ulcerațiile acute gastrice
  - Ocluzia intestinală funcțională
  - Hipersecreția gastrică
  - Colecistita alitiazică
78. Șocul din pancreatita acută determină:
- Hipervigilența
  - Oligurie
  - Hipotensiune arterială
  - Poliurie
  - Alcaloză
79. Complicațiile locale ale pancreatitei acute sunt:
- Pseudochistul pancreatic
  - Disfuncția miocardică
  - Colecție necrotică acută
  - Leziunile renale
  - Colecție necrotică încapsulată
80. Scorul Marshall de evaluare a pacientului cu pancreatită acută se calculează în funcție de:
- Lipaza serică
  - Creatinina serică
  - Raportul dintre PaO<sub>2</sub> și FiO<sub>2</sub>
  - Amilazemie
  - Presiunea sistolică a sângelui
81. Pseudochistul pancreatic:
- Este slab delimitat
  - Este mereu în totalitate intrapancreatic
  - Este o colecție lichidiană peripancreatică
  - Are un conținut strict lichidian
  - Are un conținut mereu de aspect cremos
82. Care dintre următoarele afirmații referitoare la colecțiile pancreatice necrotice acute sunt adevărate?
- Apar în primele zile de la debutul bolii
  - Apar între 4 și 6 săptămâni de la debutul bolii
  - Apar în primele 4 săptămâni de boală
  - Apar în pancreatita acută necrotică
  - Pot fi multiple, uneori multiloculate
83. \*Diagnosticul de necroză pancreatică infectată se pune pe baza:
- Ecografiei
  - Puncției aspirative cu ac fin (FNA)
  - Laparoscopiei exploratorii
  - Gastroscopiei
  - Examenului RMN
84. \*Colecțiile lichidiene peripancreatice apar:
- În faza primară a pancreatitei acute edematoase interstițial
  - Cu câteva zile înainte de instalarea pancreatitei acute
  - În faza inițială de evoluție a pancreatitei acute edematoase interstițial
  - Doar în faza primară a pseudochistului pancreatic
  - În fazele tardive ale pancreatitei acute
85. \*Etiologia pancreatitei acute este dată de:

- A. Consumul excesiv de cafea
  - B. Consumul de alcool
  - C. Infarctul miocardic
  - D. Endocardita infecțioasă
  - E. Pseudochistul de pancreas
86. Care din următoarele tipuri de peritonite pot fi clasificate ca peritonite secundare?
- A. Cea prin perforație gastrică
  - B. Cea apendiculară
  - C. Cea spontană a adultului
  - D. Cea prin perforație uterină
  - E. Cea fără evidența unor agenți patogeni
87. Care dintre următoarele simptome sunt specifice peritonitelor?
- A. Durerea abdominală
  - B. Vărsăturile
  - C. Diareea
  - D. Absența tranzitului intestinal doar pentru gaze și prezența lui pentru materii fecale
  - E. Creșterea ponderală
88. \*Reprezintă un semn de gravitate în cazul unui pacient cu peritonită:
- A. Hiperglicemia
  - B. Leucopenia
  - C. Hipertrigliceridemia
  - D. Hipoglicemia
  - E. Trombocitopenia
89. \*Semnul patognomic al perforației viscerelor cavitare și implicit al peritonitei secundare este:
- A. Pneumoperitoneul
  - B. Hemoperitoneul
  - C. Nivelele hidro-aerice
  - D. Hemotoraxul
  - E. Pneumomediastinul
90. \*Una dintre cele mai grave forme de peritonită (peritonita stercorală) apare prin perforația:
- A. Colecistului
  - B. Gastrică
  - C. Colonului
  - D. Diverticulului meckel
  - E. Unui pioovar
91. Tratamentul de elecție în cazul peritonitelor secundare îl reprezintă:
- A. Tratamentul chirurgical
  - B. Oxigenoterapia
  - C. Transfuziile de sânge și plasmă
  - D. Antibioterapia
  - E. Radioterapia
92. Reprezintă complicații ale peritonitelor tulburările:
- A. Auditivă
  - B. Respiratorii
  - C. Neuro-psihice
  - D. Simțului olfactiv
  - E. Endocrinologice
93. Care dintre următoarele reprezintă posibile căi de propagare ale peritonitelor primitive?

- A. Hematogenă
  - B. Limfatică
  - C. Transmurală
  - D. Aeriană
  - E. Prin contact direct
94. Auscultația abdomenului în peritonită poate decela:
- A. Silențiu sepulcral
  - B. Absența zgomotelor intestinale
  - C. Sufluri
  - D. "Țipătul" Douglasului
  - E. Auscultație neconcludentă la debut
95. \*Investigația imagistică de elecție pentru diagnosticul peritonitei la pacienți stabili este:
- A. Laparoscopia
  - B. Ecografia abdominală
  - C. Tomografia computerizată
  - D. Puncția peritoneală simplă
  - E. Bronhoscopia
96. Sunt peritonite primitive următoarele :
- A. Cea spontană a copilului
  - B. Cea prin perforație colonică
  - C. Cea TBC
  - D. Cea spontană a adultului
  - E. Cea apendiculară
97. \*Peritonita TBC este o formă de peritonită:
- A. Cu origine genitală
  - B. Secundară
  - C. Primitivă
  - D. Biliară
  - E. Terțiară
98. Mecanismele patogenice incriminate în apariția peritonitei apendiculare sunt:
- A. Perforația unei colecistite acute
  - B. Propagarea de la un apendice gangrenos sau flegmonos
  - C. Perforația unui apendice gangrenos
  - D. Suprainfecția lichidului de ascită la pacienții cirofici
  - E. Efracția unui piosalpinx
99. Diagnosticul diferențial al peritonitelor se poate face cu:
- A. Embolia pulmonară
  - B. Abdomenul acut medical
  - C. Criza comițială
  - D. Infarctul miocardic
  - E. Accidentul vascular cerebral
100. La inspecția pacientului cu peritonită se poate constata:
- A. Apărare musculară
  - B. Pacient anxios, agitat, în poziție antalgică
  - C. Facies tipic, hipocratic
  - D. Absența zgomotelor intestinale
  - E. Timpanism centro-abdominal
101. \*Sindromul Mendelson reprezintă:
- A. Apariția durerii la percuția abdomenului
  - B. Absența zgomotelor intestinale, la auscultație
  - C. Iradierea durerii la distanță, interscapulo-vertebral

- D. Prezența fluctuenței și a sensibilității dureroase la tușeul rectal
  - E. Aspirația lichidului de vărsătură în căile respiratorii
102. Care dintre investigațiile de laborator de mai jos sunt utilizate în diagnosticarea pacientului cu peritonită?
- A. Hemoleucograma
  - B. Markerii inflamatorii
  - C. Ionograma
  - D. HDL- colesterolul
  - E. LDL- colesterolul
103. \*Cea mai frecvent întâlnită formă de peritonită este peritonita secundară, care reprezintă:
- A. Peste 95% din cazurile de peritonită acută
  - B. Sub 20% din cazurile de peritonită acută
  - C. Peste 50% din cazurile de peritonită acută
  - D. 0,25% din cazurile de peritonită acută
  - E. Sub 10% din cazurile de peritonită acută
104. Cei mai frecvenți agenți infecțioși incriminați în etiologia peritonitelor secundare sunt:
- A. Enterococcus faecalis
  - B. Bacteroides fragilis
  - C. Bacilul Koch
  - D. Clostridium difficile
  - E. Helicobacter pylori
105. Peritonitele terțiare se subclasifică în:
- A. Peritonite cauzate de bacterii slab patogene
  - B. Peritonite de etiologie fungică
  - C. Peritonite fără evidențierea unor agenți patogeni
  - D. Peritonite iatrogene
  - E. Peritonite posttraumatice
106. La palparea pacientului cu peritonită se pune în evidență:
- A. Apărare musculară
  - B. Dispariția matității hepatice
  - C. Semn Blumberg pozitiv
  - D. Hiperestezie cutanată
  - E. Semnul valului pozitiv
107. Peritonitele postoperatorii apar cel mai frecvent ca urmare a:
- A. Perforației gastro-duodenale
  - B. Ruptură a unei colecții purulente hepatice
  - C. Smulgerii tubului Kehr
  - D. Lezării accidentale a căii biliare principale
  - E. Dehiscentei unei anastomoze digestive
108. În cazurile severe de peritonită se impune:
- A. Administrarea de Ertapenem
  - B. Administrarea de Carbapenemi
  - C. Doar tratament chirurgical
  - D. Administrarea de monobactami de generație nouă
  - E. Administrarea de anticoagulante orale
109. Cei mai frecvent incriminați germeni în peritonitele primitive sunt:
- A. Gonococul
  - B. Klebsiella Pneumonia
  - C. Meningococul
  - D. Helicobacter Pylori



- E. Escherichia Coli
110. Peritonita postpartum este consecința:
- A. Unui infarct uterin
  - B. Ruperii unor colecții purulente hepatice
  - C. Unui abces uterin
  - D. Perforației uterine
  - E. Perforației diverticulului Meckel
111. Afectarea neurologică centrală la un pacient cu peritonită se caracterizează prin:
- A. Accentuarea reflexelor osteo-tendinoase
  - B. Limitarea amplitudinii mișcărilor respiratorii
  - C. Tulburări de atenție
  - D. Confuzie
  - E. Agitație
112. Elementele de obiectivare clinică a instalării sindromului de disfuncție multiplă de organe (MODS) sunt tulburările:
- A. Cardio-vasculare
  - B. Neuro-psihiice
  - C. Auditivă
  - D. Endocrinologice
  - E. Funcției renale
113. Cheia succesului intervenției chirurgicale la un pacient cu peritonită este reprezentată de:
- A. Rezolvarea afecțiunii cauzale
  - B. Administrarea de antibiotic intraoperator
  - C. Suprimarea sursei de contaminare a peritoneului
  - D. Radioterapie postoperator
  - E. Accesul optim
114. Intervenția chirurgicală este obligatorie în cazul peritonitelor:
- A. Secundare
  - B. Terțiare
  - C. Cu origine genitală
  - D. Apendiculare
  - E. Medicamentoase
115. \*Durerile sub formă de "lovitură de pumnal", "abdomenul de lemn" și pneumoperitoneul radiologic apar în cazul peritonitei:
- A. Prin efracția unui pioovar
  - B. Prin perforație colonică
  - C. După administrarea de tratament cu beta-blocante
  - D. Apendiculare
  - E. Prin perforație gastro-duodenală
116. \*Aspectul de peritonită plastică, cu lichid în cantitate moderată în faza "umedă" sau minim chiar absent în faza "uscată" se întâlnește în peritonita:
- A. TBC
  - B. Medicamentoasă
  - C. Prin perforație colonică
  - D. De origine genitală
  - E. Spontană a copilului
117. \*Peritonita care răspunde caracteristic la tratamentul cu colchicine este cea:
- A. Medicamentoasă
  - B. Periodică
  - C. Apendiculară

- D. TBC
  - E. Postpartum
118. Compensarea funcțiilor vitale în cadrul tratamentului pentru peritonită presupune:
- A. Punerea în repaus a tubului digestiv
  - B. Transfuzii de sânge și plasmă
  - C. Prevenirea și combaterea insuficienței respiratorii
  - D. Suprimarea sursei de contaminare a peritoneului
  - E. Administrarea de medicație betablocantă
119. Antibioterapia în tratamentul peritonitei trebuie să răspundă următoarelor deziderate:
- A. Preț accesibil
  - B. Bună penetrabilitate la nivelul focarului de infecție
  - C. Concentrații suficient de mari pentru a anihila condițiile specific micromediului intraperitoneal
  - D. Hepato și nefrotoxicitate redusă
  - E. Administrare doar în dublă asociere
120. Tratamentul chirurgical propriu-zis al peritonitei presupune:
- A. Punerea în repaus a tubului digestiv
  - B. Transfuzii de sânge și plasmă
  - C. Drenajul eficient al cavității peritoneale
  - D. Drenajul ineficient al cavității peritoneale
  - E. Suprimarea sursei de contaminare a peritoneului
121. Care dintre următoarele enunțuri privind sindromul Ogilvie sunt adevărate?
- A. Apare în context medical/chirurgical
  - B. Apare la tineri
  - C. Apare în urma terapiei cu betablocante
  - D. Apare în infecția cu Clostridium difficile
  - E. Este o pseudo-obstrucție acută a colonului
122. Semnele comune întâlnite în toate ocluziile intestinale sunt:
- A. Durerea abdominală
  - B. Oprirea tranzitului pentru materii fecale și gaze
  - C. Sialorea
  - D. Distensia abdominală
  - E. Tenesmele rectale
123. Care dintre următoarele afirmații privind ocluzia prin strangulare sunt adevărate?
- A. Durerea localizată, continuă și intensă, sugerează o strangulare
  - B. Vărsăturile precoce în ocluziile joase sugerează o strangulare
  - C. Semnele generale vegetative sunt prezente de la debut
  - D. Debutul este insidios, cu durere difuză, de intensitate mică
  - E. Durerea se remite complet între paroxismele colicative date de contracție
124. În ocluziile înalte:
- A. Bolnavul are scaun normal
  - B. Distensia abdomenului este cu atât mai redusă, cu cât ocluzia este mai înaltă
  - C. Vărsăturile apar mai rapid (inițial alimentare, apoi bilioase și fecaloide)
  - D. Se înregistrează alcaloză prin hipocloremie și hipopotasemie și ulterior, acidoză dată de anaerobioza metabolică și hipoventilație
  - E. Obstacolul este situat la nivelul esofagului sau stomacului
125. În ocluziile mecanice, nivelele hidroaerice prezintă următoarele caracteristici:
- A. Pe jejun sunt situate central, la început mici, în "dinte de fierăstrău"
  - B. Pe ileon au aspect de imagini verticale paralele cu coloana în "tuburi de orgă"
  - C. Pe colon sunt largi, situate transversal, dispuse periferic pe cadrul colic, delimitând haustrații destinse

- D. Pe rect, nivelele au aspect în "treaptă de scară"
  - E. Imaginea lor e dată de conținutul purulent al intestinului aflat în distensie la nivelul obstacolului
126. Care dintre următoarele enunțuri caracterizează ileusul paralitic?
- A. Este o formă etiopatogenică a ocluziei mecanice
  - B. Activitatea motorie a intestinului este diminuată, dar nu abolită integral
  - C. Vascularizația nu este compromisă
  - D. Poate apare și reflex (ex. colica renală)
  - E. Se numește și ileus endogen
127. \* Cauza cea mai frecventă a ocluziei colonului este reprezentată de:
- A. Bride
  - B. Cancer
  - C. Corpi străini ingerați sau restanți
  - D. Stenoze postradice și ischemice
  - E. Hematoame posttraumatice și spontane
128. \* Cele mai multe leziuni stenozante ale colonului se găsesc:
- A. Între valvula ileo-cecală și unghiul hepatic
  - B. Între unghiul splenic și unghiul hepatic
  - C. Între unghiul splenic și sigmoid
  - D. Între unghiul splenic și valvula ileocecală
  - E. Între unghiul splenic și rect
129. Colonoscopia, teoretic contraindicată în ocluzia acută, efectuată cu mare prudență, poate:
- A. Devolvula un volvulus de sigmoid.
  - B. Devolvula un volvulus de jejun.
  - C. Dezinvagina o invaginație colo-colică.
  - D. Dezinvagina o invaginație jejuno-ileală.
  - E. Permite montarea unei proteze expandabile în ocluziile colice tumorale, care va scoate bolnavul din ocluzie.
130. Diagnosticul pozitiv de ocluzie intestinală mecanică presupune precizarea:
- A. Gravității (biologic și CT)
  - B. Localizării obstacolului.
  - C. Existenței sau nu a strangulării.
  - D. Hipercolesterolemiei
  - E. Hiperalbuminemiei.
131. Diagnosticul diferențial al ocluziei mecanice se poate face cu:
- A. Boli medicale în care există durere abdominală
  - B. Infarctul miocardic
  - C. Pneumonia lobară superioară.
  - D. Pneumonia bazală.
  - E. Pneumonia interstițială.
132. \* Ocluzia prin cancer de colon stâng este o formă clinică de ocluzie de tip:
- A. Strangulare.
  - B. Obstrucție.
  - C. Mecano-inflamatorie.
  - D. Dinamică.
  - E. Pe bridă.
133. Ocluziile prin strangulare:
- A. Au debut brusc.
  - B. Presupun dureri abdominale intermitente.
  - C. Se însoțesc de vărsături tardive.

- D. Merg cu distensie localizată inițial.
  - E. Se însoțesc uneori de apărare musculară și stare generală modificată.
134. Care dintre următoarele enunțuri caracterizează ocluzia pe bridă?
- A. Este cea mai frecventă cauză a ocluziei intestinului subțire.
  - B. Presupune existența în antecedente a unei intervenții chirurgicale abdominale clasice sau rar laparoscopice.
  - C. Se caracterizează prin oprirea precoce a tranzitului intestinal.
  - D. Este însoțită întotdeauna de febră.
  - E. CT nu este util.
135. \* Volvulusul de sigmoid:
- A. Este frecvent la femeie.
  - B. Este frecvent la bărbat.
  - C. Este frecvent după 20 de ani.
  - D. Se caracterizează prin debut lent.
  - E. Nu se caracterizează prin crize subocluzive în antecedente
136. Volvulusul de cec:
- A. Este foarte frecvent.
  - B. Se observă la tineri și presupune un defect de acolare a colonului drept.
  - C. Se observă la bătrâni și presupune un defect de acolare a colonului stâng.
  - D. Simptomele sugerează volvulusul acut, cu dureri vii, vărsături, oprirea tranzitului pentru materii și gaze, meteorism în etajul superior al abdomenului.
  - E. Examenul radiologic arată un balon enorm, gazos, în etajul superior al abdomenului, cu nivel hidroaeric unic și pune diagnosticul.
137. Care dintre următoarele afirmații caracterizează invaginația intestinală?
- A. Este un telescopaj al intestinului în lumenul său.
  - B. Varietatea cea mai frecventă este întâlnită la adult.
  - C. Varietatea cea mai frecventă este întâlnită la sugar.
  - D. Poate fi ileo-ileală, ileo-cecală, ileocolică, ileo-cecocolică sau mai rar, colo-colică.
  - E. Poate fi ileo-ileală, ileo-cecală, ileocolică, ileo-cecocolică și cel mai frecvent colo-colică.
138. \* Selectați enunțul adevărat privind invaginația intestinală la sugar:
- A. Diagnosticul este facil.
  - B. Debutul este lent.
  - C. Sub efectul clismei, invaginația se poate reduce.
  - D. Primul gest este intervenția chirurgicală.
  - E. Dezinvaginarea se efectuează prin tracțiune.
139. Care dintre următoarele enunțuri caracterizează invaginația intestinală la adolescent și adult?
- A. Este frecventă
  - B. Este în general secundară unei tumori, diverticul.
  - C. Pentru a determina invaginația, obstacolul trebuie să fie situat pe un segment neacolat al colonului sau intestinului subțire.
  - D. CT-ul nu este util
  - E. Formele acute se traduc printr-un simptom de ocluzie intestinală tipică.
140. Complicațiile ocluziilor mecanice sunt:
- A. Pulmonare.
  - B. Pericardice.
  - C. Sindrom Mendelson.
  - D. Insuficiență renală acută prin deshidratare.
  - E. Insuficiența renală cronică.

141. Fără tratament ocluzia mecanică simplă a intestinului subțire se însoțește de complicații. Care sunt acestea?
- Necroze și perforații diastatice
  - Peritonite
  - Agravarea șocului hipovolemic
  - Reflux ceco-ileal
  - Perforație colică
142. Complicațiile ocluziei intestinale prin strangulare sunt:
- Peritonita acută generalizată
  - Flegmonul piostercoreal prin infectarea lichidului sacului herniar secundar perforației ansei
  - Perforația esofagiană
  - Perforația uterină
  - Perforația ovariană
143. În ocluziile mecanice colice cu obstrucția pe colonul stâng tratamentul chirurgical constă în:
- Operații seriate
  - Colostomie de degajare urmată la 4-6 săptămâni de intervenția radicală
  - Operația Hartmann (rezeția colonului cu tumoră, închiderea bontului colic distal și exteriorizarea celui proximal în colostomie terminală)
  - Hemicolectomie dreaptă
  - Ileotransverso anastomoză
144. În cazul ocluziei intestinale mecanice cu obstrucție pe colonul drept, tratamentul chirurgical constă în:
- Hemicolectomie dreaptă cu ileo-transverso-anastomoza
  - Dacă leziunea este nerezecabilă ileo-transverso-anastomoză latero-laterală
  - Hemicolectomie stângă
  - Operația Hartmann
  - Rezeție sigmoidiană cu anastomoză descendento-rectală
145. În cazul ocluziilor mecanice ale intestinului subțire intraoperator se practică:
- Secțiunea unei bride
  - Adezioliza
  - Devolvularea
  - Hemicolectomie dreaptă
  - Hemicolectomie stângă
146. \* În ocluziile mecanice ale intestinului subțire dacă se găsesc intraoperator leziuni ileale ireversibile se practică:
- Enterectomie segmentară până în țesut sănătos și restabilirea tranzitului
  - Hemicolectomie dreaptă
  - Hemicolectomie stângă
  - Colectomie totală
  - Rezeție sigmoidiană
147. \* Mortalitatea în hemoragiile digestive a rămas aproape neschimbată în ultimii 25 de ani fiind de:
- 2-4%
  - 8-14%
  - 20-25%
  - 30-35%
  - 50-60%
148. Cauzele hemoragiei digestive superioare sunt:
- Ulcerul de stres

- B. Varicele esofagiene
  - C. Sindromul Mallory-Weiss
  - D. Tumorile colonului drept
  - E. Tumorile colonului stâng
149. Hemoragiile digestive se pot manifesta prin:
- A. Hematemeză și melenă(hemoragia digestivă superioară)
  - B. Hematochizie (hemoragia digestivă inferioară)
  - C. Melenă
  - D. Metroragie
  - E. Menometroragie
150. \* Principalul mijloc de diagnostic al hemoragiei digestive superioare este:
- A. Colonoscopia
  - B. Rectocolonoscopia
  - C. Gasto-duodenoscopia
  - D. Echografia abdominală
  - E. Tomografia computerizată
151. Hemoragia digestivă superioară(H.D.S.) având ca și etiologie hipertensiunea portală poate fi cauzată de:
- A. Varice esofagiene
  - B. Varice gastrice
  - C. Varice duodenale
  - D. Varice hidrostatice ale membrelor inferioare
  - E. Hemoroizi
152. Tumorile benigne care pot fi cauză a hemoragiei digestive superioare(H.D.S.) sunt:
- A. Leiomioamele
  - B. Lipoamele
  - C. Polipii (hiperplastici, adenomatoși, hamartomatoși)
  - D. Leiomiosarcomul
  - E. Adenocarcinomul
153. Tumorile maligne care pot determina apariția hemoragiei digestive superioare(H.D.S.) sunt :
- A. Lipoamele
  - B. Leiomioamele
  - C. Adenocarcinomul
  - D. Leiomiosarcomul
  - E. Limfomul
154. În care dintre situațiile următoare hemoragia digestivă este considerată masivă?
- A. Sângerarea este însoțită de șoc
  - B. Sângerarea este însoțită de hipotensiune arterială
  - C. Scăderea hematocritului este de 10-12%
  - D. Scăderea hematocritului este de 6-8%
  - E. Este necesară 1 unitate de transfuzie de sânge
155. \* În cazul hemoragiei oculte, pierderea de sânge prin scaun este de:
- A. 50-100 ml
  - B. 100-200 ml
  - C. Sub 50 ml
  - D. 200-400 ml
  - E. Peste 500 ml
156. Ce vor cuprinde obligatoriu analizele de laborator recoltate pacientului cu hemoragie digestivă?
- A. Hemocultură

- B. Hemoleucogramă
  - C. Coprocultură
  - D. Coagulogramă
  - E. Grup sanguin cu Rh
157. Ce se evidențiază endoscopic în tipul I din clasificarea Forrest a hemoragiei digestive superioare?
- A. Ia=sângerare în jet
  - B. Ib=sângerare continuă în pânză
  - C. Ia=vas de sânge vizibil, nesângerând
  - D. Ib=cheag de sânge aderent
  - E. Ic=hematii la baza ulcerului
158. Ce se evidențiază endoscopic în tipul II din clasificarea Forrest a HDS?
- A. IIa=sângerare în jet
  - B. IIa=vas de sânge vizibil, nesângerând
  - C. IIb=cheag de sânge aderent
  - D. IIc=hematină la baza ulcerului
  - E. IIb=sângerare continuă în pânză
159. \* Ce se evidențiază endoscopic în tipul III din clasificarea Forrest a HDS?
- A. Cheag de sânge aderent
  - B. Hematii la baza ulcerului
  - C. Sângerare în jet
  - D. Sângerare continuă în pânză
  - E. Leziuni fără stigmat de sângerare recentă
160. Ce investigații paraclinice sunt utile pentru diagnosticul hemoragiei digestive superioare?
- A. Bronhoscopia
  - B. Videocapsula endoscopică
  - C. Angiografia
  - D. Tomografia cu substanță de contrast
  - E. Electroencefalograma
161. Ce evaluăm pentru estimarea cantității de sânge pierdut prin HDS?
- A. Semnele vitale
  - B. Presiunea venoasă centrală
  - C. Hemoglobina, hematocritul
  - D. Glicemia
  - E. Coprocultura
162. \* Care este rata recidivei și mortalității la pacientul cu hemoragie digestivă superioară cu scor Rockall de până la 2?
- A. Recidivă 5,3%, mortalitate 0,2%
  - B. Recidivă 6%, mortalitate 3%
  - C. Recidivă 5%, mortalitate 1%
  - D. Recidivă 5,3%, mortalitate 3%
  - E. Recidivă 7%, mortalitate 2%
163. Care este corespondența între scorul de severitate Rockall și vârsta pacienților cu HDS?
- A. Scorul Rockall 0 – vârstă < 50 ani
  - B. Scorul Rockall 0 – vârstă < 55 ani
  - C. Scorul Rockall 0 – vârstă < 60 ani
  - D. Scorul Rockall 1 – vârstă 60-79 ani
  - E. Scorul Rockall 2 – vârstă >80 ani

164. Care este corespondența între scorul de severitate Rockall și TA și pulsul pacienților cu HDS?
- A. Scorul Rockall 0 – TA  $\leq$  100 mmHg, puls  $\geq$  100
  - B. Scorul Rockall 0 – TA  $\leq$  150 mmHg, puls  $\geq$  100
  - C. Scorul Rockall 1 – TA  $\geq$  100 mmHg, puls  $\leq$  100
  - D. Scorul Rockall 1 – TA  $\leq$  130 mmHg, puls  $\geq$  120
  - E. Scorul Rockall 0 – TA  $\geq$  150 mmHg, puls  $\geq$  100
165. În ce secție poate fi internat pacientul cu hemoragie digestivă superioară?
- A. Nefrologie
  - B. Dializă
  - C. Chirurgie
  - D. Gastroenterologie
  - E. Terapie intensivă
166. Arsenalul terapeutic în varicele hemoragice este reprezentat de:
- A. Proceduri endoscopice
  - B. Tamponamentul varicelor
  - C. Rezecția varicelor
  - D. Șuntul chirurgical portosistemic
  - E. Farmacoterapia
167. \* Varicele esofagiene sângerează la un gradient de presiune dintre portă și venele hepatice:
- A. Între 0 - 5 mmHg
  - B. Între 0 – 10 mmHg
  - C. Între 10 – 12 mmHg
  - D. Mai mare de 12 mmHg
  - E. Mai mare de 20 mmHg
168. Prevenirea și tratamentul varicelor esofagiene include:
- A. Predicția pacienților cu risc
  - B. Profilaxia primară împotriva hemoragiei din varice la pacienții cu ciroză
  - C. Tratamentul hipolipemiant
  - D. Tratamentul hemoragiei active
  - E. Profilaxia secundară
169. Factorii de prognostic nefavorabil în hemoragiile din ulcerul gastroduodenal sunt:
- A. Vârsta peste 60 de ani
  - B. Coagulopatie
  - C. Ulcer gastric înalt pe mica curbură
  - D. Ulcer gastric pe marea curbură
  - E. Hipertensiunea arterială
170. \*Cea mai eficientă metodă nechirurgicală de hemostază în ulcerile hemoragice este:
- A. Administrare de inhibitori de pompă de protoni
  - B. Hemostaza endoscopică
  - C. Administrare de betablocante
  - D. Vagotomia tronculară
  - E. Administrare de hipotensoare
171. Indicațiile absolute ale tratamentului chirurgical în ulcerile hemoragice sunt:
- A. Eșecul tratamentului endoscopic
  - B. Instabilitate hemodinamică susținută în pofida resuscitării
  - C. Hemoragie recurentă
  - D. Vârsta înaintată
  - E. Șoc asociat cu hemoragii recurente



172. \* În condiții de urgență, la pacienții instabili cu hemoargie digestivă superioară, intervenția minimă chirurgicală este:
- Gastrotomie, sutură hemoragică, biopsie, gastrorafie
  - Derivație gastroenterală
  - Gastrectomie totală
  - Bulbantrectomie
  - Vagotomie cu piloroplastie
173. \* Refacerea volumului circulant în HDS severă presupune:
- Regula de 4 – la – 1
  - Regula de 1 – la – 1
  - Regula de 2 – la – 1
  - Regula de 5 – la – 1
  - Regula de 3 – la – 1
174. Criteriile unui prognostic favorabil în tratamentul HDS severă sunt:
- Vârsta peste 75 de ani
  - Lipsa bolilor instabile concomitente
  - Lipsa ascitei
  - Aspirat gastric fără sânge proaspăt la o oră de la prezentare
  - Timp de protrombină normal
175. Creșterea PH-lui gastric în terapia medicală a hemoragiei digestive superioare se face cu:
- Antagoniști ai receptorilor H2
  - Antispastice
  - Antiacide
  - Somatostatina
  - Secretina
176. Indicațiile relative ale tratamentului chirurgical în ulcerile hemoragice sunt:
- Un grup de sânge rar
  - Refuzul transfuziei
  - Vârsta înaintată
  - Boli asociate minore
  - Gastrita
177. Contraindicații absolute ale intubației nasogastrice în hemoragia digestivă superioară sunt:
- Traumatisme severe ale feței
  - Chirurgie nazală recentă
  - Coagulopatii
  - Varice și stricturi esofagiene
  - Ingestia de substanțe caustice
178. Evaluarea rapidă a hemoragiilor digestive superioare constă în:
- Recoltarea de probe biologice
  - Asigurarea accesului venos adecvat (cateter central și periferic)
  - Sondă nasogastrică pentru monitorizarea hemoragiei și lavaj
  - Tomografie computerizată
  - RMN
179. \* La pacient cu hemoragie digestivă superioară și valori ale trombocitelor sub 50.000/ml se administrează:
- Anticoagulante
  - Glucoza 5%
  - Ser fiziologic
  - Masă trombocitară

- E. Dextran
180. Tratamentul hemoragiilor digestive superioare în situații de urgență constă în:
- Evaluare rapidă
  - Resuscitare hemodinamică
  - Măsuri de stopare a hemoragiei
  - Solicitare de consult chirurgical
  - Profilaxie tromboembolică
181. \* Hemostaza prin tamponament ale varicelor esofagiene rupte se face cel mai frecvent cu:
- Sonda nazo-gastrică
  - Sonda Foley
  - Sonda Sengstaken-Blakemore
  - Sonda de intubație orotraheală
  - Sonda Tiemann
182. Complicațiile hemostazei prin tamponament cu Sonda Sengstaken-Blakemore sunt:
- Pneumonia de aspirație
  - Ulcer gastric
  - Ruptura esofagiană
  - Obstrucția aeriană
  - Hemoptizia
183. Hemostaza endoscopică a varicelor esofagiene se realizează prin:
- Aspirația trombului de la nivelul varicelor
  - Irigarea stomacului cu soluție rece
  - Ligatura elastică
  - Scleroterapia varicelor
  - Tamponament
184. Factori de risc majori pentru hemoragia semnificativă clinic datorată ulcerelor de stress sunt:
- Ventilația mecanică mai mult de 48 de ore
  - Intervenții chirurgicale majore
  - Diabet zaharat asociat
  - Administrarea de antiinflamatoare
  - Coagulopatia
185. Leziunile în ulcerelor de stress sunt situate la nivelul:
- Corpului gastric
  - Esofagului distal
  - Mucoasei bucale
  - Ileonului terminal
  - Fundusul gastric
186. Mecanismele fiziologice de apărare ale mucoasei gastrice în hemoragia din ulcerelor de stress sunt reprezentate de:
- Secreția de mucus și bicarbonat care formează un strat protector pe suprafața celulei
  - Producția de prostaglandine endogene care stimulează producția de mucus și bicarbonat
  - Producția de prostaglandine endogene care scade producția de mucus și bicarbonat
  - Regenerarea rapidă (3 zile) a celulelor deteriorate
  - Regenerarea rapidă (30 zile) a celulelor deteriorate
187. Care dintre următoarele enunțuri caracterizează tabloul clinic al ulcerelor de stress?
- Leziunile se vindecă spontan în 10-14 zile

- B. Leziunile nu se vindecă spontan
  - C. Leziunile de stres devin clinic evidente doar atunci când se complică cu hemoragie sau perforație
  - D. Leziunile de stres sunt clinic evidente de la debut
  - E. Hemoragia se poate manifesta printr-un hematocrit care scade progresiv prin pierderi oculte
188. Care dintre următoarele enunțuri privitoare la tratamentul hemoragiei de stres sunt adevărate?
- A. Hemoragia se rezolvă cu tratament medical la majoritatea pacienților
  - B. Hemoragia se rezolvă cu tratament medical doar la un procent mic din pacienți
  - C. Intervenția chirurgicală este terapia de ultimă alternativă
  - D. Unica operația sugerată este gastrectomia longitudinală
  - E. Se urmărește menținerea unui pH gastric peste 7
189. \* Selectați afirmația adevărată privind tratamentul profilactic al hemoragiilor de stres:
- A. Nu are importanță clinică
  - B. Se face cu alimentație parenterală
  - C. Medicația antisecretorie nu este eficientă
  - D. Sucralfatul este medicamentul de elecție
  - E. Antiagregantele plachetare sunt de elecție
190. Sindromul Mallory-Weiss:
- A. Reprezintă laceratii ale mucoasei în porțiunea superioară a esofagului
  - B. Apare în legătură cu efortul de vomă, tuse
  - C. Reprezintă laceratii ale mucoasei în porțiunea inferioară a esofagului
  - D. Apare în legătură cu efortul de sughiț, defecație
  - E. Se manifestă prin hemoragie ce se oprește doar chirurgical
191. \* Leziunea Dieulafoy este provocată de:
- A. O arteră submucoasă îngustă
  - B. O arteră mucoasă largă
  - C. O arteriolă submucoasă largă
  - D. O arteriolă submucoasă îngustă
  - E. O arteră submucoasă largă
192. Hemoragia asociată leziunii Dieulafoy.
- A. Este masivă
  - B. Este medie
  - C. De obicei se localizează la 6 cm de joncțiunea eso-gastrică
  - D. De obicei se localizează la 6 cm de joncțiunea gastro-duodenală
  - E. Asociază modificări ulcerative
193. Selectați enunțurile adevărate referitoare la angiodisplazia gastrointestinală superioară:
- A. Cauza leziunilor este necunoscută
  - B. Terapia endoscopică nu poate opri hemoragia
  - C. Apare ca o leziune sub formă de ulcerație
  - D. Terapia endoscopică poate opri hemoragia
  - E. Poate asocia stenoza aortică
194. \* Fistulele aorto-enterice apar de obicei după:
- A. Plasarea unui stent carotidian
  - B. Plasare unei proteze de valvă mitrală
  - C. Amplasarea unei proteze aortice
  - D. Tratament vasodilatator
  - E. Tratament anticoagulant cronic
195. \* Tratamentul de elecție al hemosuccus pancreaticus este:

- A. ERCP
  - B. Drenajul Kehr
  - C. Pancreatectomia
  - D. Angioembolizarea
  - E. Rezecția hepatică
196. Hemoragia digestivă inferioară se manifestă sub forma:
- A. Melenei
  - B. Hematocheziei
  - C. Rectoragiei
  - D. Biliragiei
  - E. Hemoptiziei
197. Depistarea patologiei care a determinat hemoragia digestivă inferioară se bazează pe:
- A. Colonoscopie
  - B. Bronhoscopie
  - C. Artroscopie
  - D. Videocapsula endoscopică
  - E. Push-endoscopy
198. Selectați afirmațiile adevărate privind testul fecal guaiac:
- A. Se bazează pe efectul peroxidase-like al hemului
  - B. Este folosit pentru screening-ul cancerului de colon
  - C. Este folosit pentru screening-ul cancerului laringian
  - D. Utilizează anticorpi specifici pentru globină
  - E. Se mai numește și HemoQuant
199. Selectați enunțurile adevărate privind hemoragia digestivă obscură:
- A. Are origine cunoscută
  - B. Are origine necunoscută
  - C. Persistă după o endoscopie inițial negativă
  - D. Persistă după o endoscopie inițial pozitivă
  - E. Nu persistă după o endoscopie inițial negativă
200. Care dintre următoarele enunțuri sunt adevărate în managementul hemoragiilor oculte și obscure?
- A. Managementul este comun, indiferent de localizarea leziunilor
  - B. Terapia diferă în funcție de etiologia leziunilor
  - C. Terapia diferă în funcție de localizarea leziunilor
  - D. Se corectează eventualele anomalii de coagulare
  - E. Nu se modifică alimentația
201. Dacă sursa sângerării în hemoragiile oculte nu poate fi depistată:
- A. Se efectuează hemostază endoscopică
  - B. Va fi tratată anemia feriprivă
  - C. Se corectează anomaliile de coagulare
  - D. Va fi tratată anemia feriprivă cu obținerea de rezultate bune
  - E. Se practică embolizarea angiografică
202. Avantajele tratamentului radioterapic neoadjuvant în cancerul de rect local avansat sunt următoarele:
- A. Reducerea recurenței locale
  - B. Minimizarea conversiei la operabilitate a tumorii rectale
  - C. Îmbunătățirea supraviețuirii
  - D. Urcarea limitei de rezecție în cancerul jos situat
  - E. Maximizarea conversiei la operabilitate a tumorii rectale
203. În cancerul gastric valorile crescute ale antigenului carcinoembrionar:
- A. Se regăsesc doar la 25-40% din cazuri

- B. Au semnificație diagnostică pentru metastazele ganglionare
  - C. Au semnificație diagnostică pentru recidiva locală
  - D. Sunt utile în luarea deciziei de „second look”
  - E. Constituie un factor de prognostic negativ
204. Din punct de vedere biologic în cancerul gastric se poate decela:
- A. Anemie hipercromă datorită hemoragiilor oculte
  - B. Anemie macrocitară la pacienții cu concomitență de boală Biermer
  - C. Leucopenie
  - D. Valori crescute ale VSH-ului
  - E. Creșterea IgG și a hepatoglobinei
205. \*Stadiul IIIB din clasificarea TNM a cancerului gastric este definit ca:
- A. T3N1M0
  - B. T3N2M0
  - C. T3N3M0
  - D. T4N1M0
  - E. T4N3M0
206. Indicațiile chirurgicale în cancerul gastric sunt:
- A. Elective în formele necomplicate
  - B. De urgență în caz de perforație
  - C. Elective în formele complicate
  - D. Radicale în formele cu ascită
  - E. Paliative în formele incipiente
  - F. Paliative în formele incipiente
207. \*Următorii reprezintă factori ce contraindică intervenția chirurgicală în cancerul gastric, cu excepția unuia. Care este acesta?
- A. Stare generală alterată cu cașexie
  - B. Invazie în colonul transvers
  - C. Ascită
  - D. Adenopatie supraclaviculară stângi
  - E. Metastaze evidente
208. Rezechția gastrică subtotală radicală din cancerul gastric presupune și excizia:
- A. Micului epiloon
  - B. Marelui epiloon
  - C. Ligamentului gastro-splenic
  - D. Ganglionilor perigastrici
  - E. Primelor segmente esofagice
209. După gastrectomia totală radicală din cancerul gastric refacerea continuității digestive se poate realiza printr-o anastomoză
- A. Eso-duodenală termino-terminală
  - B. Eso-jejunală termino-terminală
  - C. Eso-duodenală termino-laterală
  - D. Eso-jejunală termino-laterală
  - E. Eso-jejunală latero-laterală
210. În toate operațiile radicale complexe pentru cancer gastric se excizează obligatoriu și
- A. Treimea distală a esofagului
  - B. Treimea proximală a duodenului
  - C. Cele 16 grupe ganglionare limfatice perigastrice
  - D. Splina
  - E. Colonul transvers
211. \*Rezechția paliativă din cancerul gastric nu realizează:
- A. O profilaxie eficientă a hemoragiilor secundare din tumoră

- B. O profilaxie eficientă a sindromului dureros
  - C. Reducerea gradului de cașexie tumorală
  - D. Îndepărtarea obstacolului tumoral
  - E. Accelerarea creșterii metastazelor
212. În cancerul gastric perforat și nerezecabil se poate practica:
- A. Eso-gastroanastomoză
  - B. Gastro-jejunoanastomoză
  - C. Gastrostomă de alimentație
  - D. Suture directă simplă
  - E. Suture cu epiploonoplastie
213. \*Cele mai eficiente procedee paliative în ceea ce privește supraviețuirea la 5 ani prin cancer gastric sunt:
- A. Gastro-enteroanastomozele
  - B. Stomiile
  - C. Rezecțiile
  - D. By-pass-urile
  - E. Endoprotezele
214. Riscul prezenței metastazelor ganglionare în cancerul gastric incipient:
- A. Este subunitar
  - B. Explică succesul exerezei chirurgicale
  - C. Justifică asocierea chimioterapiei
  - D. Justifică asocierea radioterapiei
  - E. Justifică doar asocierea imunoterapiei
215. Chimioterapia în cancerul gastric:
- A. Este puțin eficientă
  - B. Deține citostatice specifice
  - C. Are scheme terapeutice bine codificate
  - D. Se asociază chirurgiei rezecționale radicale
  - E. Nu modifică supraviețuirea la doi ani
216. Imunoterapia în cancerul gastric:
- A. Se adresează exclusiv stadiilor incipiente
  - B. Este eficientă ca monoterapie
  - C. Se asociază cu chimioterapia
  - D. Se asociază doar cu radioterapia
  - E. Are o durată de 18 luni
217. Care dintre următoarele date epidemiologice sunt valabile în cancerul gastric?
- A. Rata incidenței și mortalității este variabilă
  - B. Există o tendință continuă de scădere a ratei incidenței și mortalității
  - C. Variabilitatea este nesemnificativă de la o țară la alta
  - D. Neoplazia este puțin frecventă în toate țările lumii
  - E. Cancerul gastric a crescut ca incidență în ultimii ani
218. Etiopatogenia cancerului gastric cuprinde următoarele ipoteze:
- A. Climatul
  - B. Mediul de locuit
  - C. Factori genetici
  - D. Venitul
  - E. Indicele de masă corporală
219. \* Selectația afirmația adevărată privind cancerul gastric:
- A. Frecvența bolii scade proporțional cu vârsta
  - B. Grupele vârstnice sunt rareori afectate
  - C. Rata incidenței este constantă

- D. Raportul bărbați/femei este de 2/1
  - E. Frecvența atinge nivelul maxim după vârsta de 40 de ani
220. Sunt considerați factori alimentari favorizanți ai apariției cancerului gastric:
- A. Afumarea și sărarea cărnii
  - B. Pregătirea alimentelor în grăsimi la temperaturi scăzute
  - C. Nitrozaminele din vegetalele tratate cu fungicide
  - D. Pregătirea alimentelor în grăsimi la temperaturi ridicate
  - E. Dulciurile
221. Nu reprezintă stări precanceroase:
- A. Gastrita cronică atrofică
  - B. Gastrita hipertrofică
  - C. Polipii jejunali
  - D. Ulcerul duodenal
  - E. Stomacul operat
222. \* Selectați afirmația adevărată privind infecția cu *Helicobacter pylori*:
- A. Prevalența cancerului gastric este mult scăzută la bolnavii cu infecție cronică
  - B. Tratamentul prelungit cu inhibitori ai secreției gastrice acide favorizează dezvoltarea cancerului gastric
  - C. Tratamentul prelungit cu inhibitori ai secreției gastrice alcaline favorizează dezvoltarea cancerului gastric
  - D. Reprezintă un factor de risc genetic pentru dezvoltarea cancerului gastric
  - E. Prevalența cancerului gastric este mult crescută la bolnavii cu infecție acută
223. În evoluția cancerului gastric, din punct de vedere al simptomatologiei, se definesc următoarele stadii:
- A. Stadiul nelezional
  - B. Stadiul diseminărilor secundare
  - C. Stadiul lezional clinic manifest
  - D. Stadiul prelezional
  - E. Stadiul lezional asimptomatic
224. Selectați caracteristicile durerii din cancerul gastric:
- A. Reprezintă un simptom întâlnit la 20-30% din pacienți
  - B. De intensitate diferită, mai mult sau mai puțin continuă
  - C. Sugerează diseminarea la distanță a procesului proliferativ
  - D. Sugerează depășirea mucoasei de procesul proliferativ
  - E. Reprezintă un simptom întâlnit la 80-85% din pacienți
225. Semiologia clasică a cancerului gastric este reprezentată de:
- A. Formațiune tușabilă în fundul de sac Douglas (semnul Virchoff-Troisier)
  - B. Adenopatia prerectală tușabilă (semnul Blumer)
  - C. Palparea tumorii epigastrice
  - D. Manifestarea unei tumori în fază incipientă
  - E. Formațiune tușabilă în fundul de sac Douglas (semnul Blumer)
226. Principalele aspecte radiologice ale neoplasmului gastric infiltrativ incipient sunt:
- A. Rigiditatea localizată dar constantă, afectând mai ales mica curbură
  - B. Rigiditatea localizată dar constantă, afectând mai ales marea curbură
  - C. Zona rigidă ce nu se modifică în cursul mișcărilor peristaltice
  - D. Zona rigidă „încastrată” în special pe mica curbură
  - E. Rigiditatea unghiului mării curbură
227. Care dintre următoarele enunțuri privind examenul radiologic al neoplasmului gastric ulcerat sunt adevărate?
- A. Nișa este expresia clinică a tuturor leziunilor subdenivelate
  - B. Nișa malignă se deosebește de cea ulceroasă prin dimensiunile sale reduse

- C. Nișa canceroasă se înscrie în interiorul liniei exterioare a profilului gastric
  - D. Nișa este semnul radiologic cel mai important al neoplasmelor ulcerate
  - E. Nișa malignă prezintă pedicul de comunicare larg, cu retracția și deformarea peretelui gastric
228. \* Selectați enunțul fals referitor la cancerul gastric incipient:
- A. Tipul II sau protruziv, este subclasificat în două grupe
  - B. Examenul gastroscopic este singura investigație care permite diagnosticul cancerului gastric precoce
  - C. Tipul III sau excavat se deosebește de tipul II doar prin profunzimea leziunii
  - D. Tipul I include polipii sesili sau pediculați
  - E. Acuratețea diagnostică pentru examenul gastroscopic cu biopsie endoscopică este de 95-98% din cazuri
229. Selectați enunțurile adevărate referitoare la cancerul gastric avansat:
- A. Poate fi depistat prin examen radiologic
  - B. Examenul radiologic nu este atât de important ca și în formele precoce
  - C. Formele descrise morfopatologic sunt proliferativă și exfoliativă
  - D. La examenul endoscopic, cancerurile incipiente apar sub trei forme macroscopice
  - E. La examenul endoscopic, formele macroscopice corespund formelor descrise morfopatologic
230. \* Antecedentele familiale de cancer mamar la o rudă de gradul I:
- A. Triplează riscul de cancer mamar comparativ cu populația generală
  - B. Sunt influențate de mutații ale genelor BRCA 3
  - C. Doublează riscul de cancer mamar comparativ cu populația generală
  - D. Nu sunt influențate de mutații ale genelor BRCA 1
  - E. Nu sunt influențate de mutații ale genelor BRCA 2
231. \* Caracteristica clinică a unei tumori mamare maligne este:
- A. Forma regulată
  - B. Delimitarea precisă
  - C. Consistența moale
  - D. Durerea
  - E. Aderența la tegumente și planurile profunde
232. \* Imaginea radiologică sugestivă pentru cancerul mamar este:
- A. Imaginea cu contur precis
  - B. Imaginea fără prelungiri în țesutul mamar
  - C. Imaginea stelată
  - D. Opacitatea regulată de formă triunghiulară
  - E. Opacitatea omogenă
233. \* În cadrul stadializării TNM a tumorilor maligne mamare, extensia la peretele toracic este clasificată:
- A. T3
  - B. T4c
  - C. T4b
  - D. T4d
  - E. T4a
234. \* Selectați afirmația adevărată privind tratamentul chirurgical al neoplasmului mamar:
- A. În tehnica Madden se rezecă mușchiul mic pectoral
  - B. În tehnica Madden se prezervă mușchiul mic pectoral
  - C. În tehnica Madden se rezecă mușchiul mare pectoral
  - D. În tehnica Patey se prezervă mușchiul mic pectoral
  - E. În tehnica Patey se rezecă mușchiul mare pectoral



235. \*Reprezintă o contraindicație absolută a tratamentului conservator în neoplasmul mamar:
- Raportul nefavorabil dimensiune tumoare/sân
  - Trimestrul I sau II de sarcină
  - Bolă de colagen
  - Macromastie
  - Localizarea retroareolară a tumorii
236. \*Ganglionul santinelă:
- Este primul ganglion care drenează limfa de la nivelul tumorii
  - Este întotdeauna situat supraclavicular
  - Nu aduce informații utile privind prognosticul pacientelor cu neoplasm mamar
  - Oferă date privind starea ganglionilor axilei contralaterale
  - Este ultimul ganglion care drenează limfa de la nivelul tumorii
237. Incidența apariției neoplasmului mamar este:
- Mai ridicată în țările mai puțin dezvoltate
  - Mai ridicată în țările dezvoltate
  - Mai mare în țările nordice dintre țările europene
  - Mai mare în țările din sudul Europei
  - Este în scădere la nivel global, în ultimele două decenii
238. Caracteristicile clinice ale tumorilor mamare maligne sunt:
- Forma neregulată
  - Delimitarea imprecisă
  - Consistența fermă
  - Lipsa de aderență la tegumente
  - Lipsa de aderență la planurile profunde
239. Tumorile mamare vizualizate imagistic, care sunt dificil de decelat intraoperator, se pot localiza prin următoarele procedee:
- Tehnica cu trasor radioactiv
  - Injectare de soluție de betadina
  - Injectare de colorant vital
  - Localizare cu ace harpon cu mandren metalic
  - Plasarea la nivelul leziunii a unor repere radiotransparente
240. Diagnosticul imagistic al tumorilor mamare maligne cuprinde următoarele investigații:
- Mamografia
  - Ecografia
  - Endoscopia digitală
  - Galactografia
  - Gastroscopia
241. În clasificarea TNM a tumorilor maligne mamare selectați enunțurile corecte:
- T1 semnifică tumora cu diametrul maxim > 2 cm
  - T2 semnifică tumora între 10-20 mm
  - T3 semnifică tumoră cu extensie la tegument
  - T4 semnifică tumoră cu extensie la peretele toracic
  - Pentru clasificarea T4 nu se ține cont de dimensiune
242. În stadializarea TNM a tumorilor maligne mamare selectați enunțurile corecte:
- N2b reprezintă invazia doar a ganglionilor mamari interni
  - N3b reprezintă invazia ganglionilor mamari interni și axilari
  - N2a semnifică faptul că ganglionii axilari sunt invadați dar își păstrează mobilitatea
  - N3a semnifică invazia ganglionilor supraclaviculari
  - N3c semnifică invazia ganglionilor subclaviculari

243. Următoarele informații privind gradul histopatologic (G) în neoplasmul mamar sunt adevărate:
- Poate avea 4 valori: 1, 2, 3, 4
  - Poate avea 3 valori: 1, 2, 3
  - Gradul 3 este cel mai slab diferențiat
  - Gradul 3 este cel mai bine diferențiat
  - Gradul 1 este cel mai slab diferențiat
244. Conform stadializarea TNM a neoplasmului mamar care dintre următoarele sunt corecte?
- T1N0M0 semnifică stadiul 0
  - T2N0M0 semnifică stadiul I
  - T1N1M0 semnifică stadiul IIA
  - T2N0M0 semnifică stadiul IIA
  - T3N0M1 semnifică stadiul IV
245. Următoarele afirmații privind tratamentul chirurgical al neoplasmului mamar sunt adevărate:
- Mastectomia radicală presupune decolarea glandei mamare de mușchiul mare pectoral împreună cu fascia mușchiului
  - Mastectomia radicală presupune păstrarea fasciei mușchiului mare pectoral
  - În tehnica Patey se rezeacă mușchiul mic pectoral
  - În tehnica Patey se rezeacă mușchiul mare pectoral
  - În tehnica Patey se conservă mușchiul mic pectoral
246. Selectați afirmațiile adevărate privind tratamentul chirurgical al neoplasmului mamar:
- În tehnica Madden se rezeacă ambii mușchi pectorali
  - În tehnica Madden se prezervă doar mușchiul mic pectoral
  - În tehnica Madden se prezervă ambii mușchi pectorali
  - În tehnica Madden nu se prezervă mușchiul mic pectoral
  - În tehnica Madden nu se rezeacă mușchiul mic pectoral
247. Contraindicații absolute ale tratamentului conservator al neoplasmului mamar sunt:
- Trimestrul I de sarcină
  - Microcalcificările difuze
  - Radioterapia sânului în antecedente
  - Macromastie
  - Localizarea retroareolară a tumorii
248. Contraindicațiile relative ale tratamentului conservator în neoplasmul mamar sunt:
- Boală de colagen
  - Macromastie
  - Radioterapia sânului în antecedente
  - Localizarea retroareolară a tumorii
  - Trimestrul II de sarcină
249. Alte criterii de excludere ale tratamentului conservator în neoplasmul mamar sunt:
- Preferința bolnavei pentru mastectomie
  - Tipul histopatologic lobular
  - Imposibilitatea obținerii de margini negative
  - Trimestrul I de sarcină
  - Trimestrul II de sarcină
250. Selectați enunțurile adevărate privind ganglionul santinelă în neoplasmul mamar:
- Este primul ganglion care drenează limfa de la nivelul tumorii
  - Este ultimul ganglion care drenează limfa de la nivelul tumorii
  - Examenul histopatologic al acestuia permite aprecierea stării ganglionilor regionali

- D. Examenul histopatologic al acestuia permite stabilirea indicației de limfadenectomie regională
  - E. Examenul histopatologic al acestuia permite aprecierea stării ganglionilor din axila contralaterală
251. Radioterapia în neoplasmul mamar are următoarele indicații majore:
- A. Preoperatorie
  - B. Adjuvantă
  - C. Paleativă
  - D. Curativă exclusivă
  - E. Exclusivă în stadiul 0
252. Forme particulare de cancer al sânului sunt:
- A. Boala Paget
  - B. Tumora Phyllodes sarcomatizată
  - C. Tumora fantomă
  - D. Cancerul mamar la bărbat
  - E. Cancerul mamar în menopauză
253. Următoarele afirmații privind cancerul mamar la bărbat sunt adevărate:
- A. Reprezintă 1% din totalul cazurilor de cancer mamar
  - B. Prezența tumorii este mascată de un grad de ginecomastie
  - C. Invazia planurilor (tegument, mușchi pectoral) se produce mai rapid
  - D. Invazia planurilor (tegument, mușchi pectoral) se produce mai lent
  - E. Nu se asociază cu ginecomastie
254. Următoarele afirmații privind cancerul mamar în sarcină sunt adevărate:
- A. Reprezintă o situație particulară
  - B. Întreruperea sarcinii nu este justificată
  - C. Întreruperea sarcinii este justificată
  - D. Dacă pacienta duce sarcina la termen este exclusă radioterapia
  - E. Dacă pacienta duce sarcina la termen este obligatorie radioterapia
255. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la boala Paget a sânului:
- A. Reprezintă o formă de carcinom intraductal
  - B. Reprezintă 1-4% din totalitatea cancerelor la sân
  - C. Reprezintă 10-40% din totalitatea cancerelor la sân
  - D. Afectează complexul areolo-mamelonar
  - E. Nu este necesar diagnosticul diferențial de eczemă mamelonară
256. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la boala Paget a sânului:
- A. Sunt prezente celulele Paget în secreția mamelonului
  - B. Scurgerea mamelonară poate fi sanguinolentă
  - C. Ulcerația tegumentară seamănă foarte bine cu o eczemă
  - D. Reprezintă 10% din totalitatea cancerelor de sân
  - E. Este întotdeauna afectat tegumentul din cadranul supero-extern
257. \* Selectați afirmația adevărată referitoare la cancerul colorectal:
- A. Reprezintă o importantă problemă de sănătate publică prin mortalitate ridicată și morbiditate crescută
  - B. Reprezintă cel mai frecvent dintre cancerele apărute la bărbați
  - C. Reprezintă cel mai frecvent cancer la femei
  - D. Este independent de statusul socio-economic
  - E. În apariția lui nu interacționează factori externi
258. Factorii implicați în apariția cancerului de colon sunt:
- A. Colecistectomia în antecedente
  - B. Dieta săracă în grăsimi
  - C. Polipoza familială

- D. Mutații ale genelor implicate în repararea ADN-ului
  - E. Consumul de cafea
259. \*Reprezintă o manifestare clinică a cancerului colorectal incipient:
- A. Creșterea în greutate
  - B. Policitemia
  - C. Bulimia
  - D. Hipertensiunea arterială
  - E. Inapetența
260. Selectați enunțurile adevărate referitoare la manifestările clinice ale cancerului colorectal:
- A. Diareea însoțește cancerul de colon drept
  - B. Falsa diaree apare în cancerul de colon ascendent
  - C. Falsa diaree apare în cazul localizărilor rectosigmoidiene
  - D. Tenesmele rectale sugerează formațiuni în ampula rectală
  - E. Chiar în stadii avansate, manifestările clinice lipsesc
261. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la manifestările extradigestive ale cancerului colorectal:
- A. Apar exclusiv datorită metastazelor
  - B. Ureterohidronefroza apare în cazul compresiunii sau invaziei tumorale
  - C. Invazia vezicală poate determina hematuria
  - D. Ocluzie înaltă semnifică invazia ileonului terminal
  - E. Fistulele gastrocolice se pot manifesta prin diaree incoercibilă
262. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la evaluarea loco-regională a tumorii rectale:
- A. Începe cu tușeul rectal
  - B. Se poate face doar imagistic
  - C. Poate preciza operabilitate sau inoperabilitate prin simplu tușeu
  - D. Uneori este necesară colonoscopia
  - E. În cazul imposibilității efectuării colonoscopiei se efectuează irigografie
263. \* În cazuri rare, când tumora colo-rectală primară este mută clinic, pacientul poate prezenta:
- A. Icter
  - B. Sindrom Trousseau
  - C. Semne neurologice nespecifice
  - D. Ascită și leziuni cutanate
  - E. Toate răspunsurile sunt corecte
264. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la rolul colonoscopiei în decelarea tumorilor colorectale:
- A. Permite depistarea tumorilor și a caracterului acestora
  - B. Este mai puțin fidelă decât ecografia abdominală
  - C. Permite identificarea tumorilor sincrone
  - D. Permite recoltarea de biopsii
  - E. Stabilește stadiul neoplaziei
265. Bilanțul diseminărilor la distanță ale neoplasmului colorectal include:
- A. Ecografia abdominală în diagnosticul metastazelor hepatice
  - B. Tomografia computerizată
  - C. Radiografiile abdominale în diagnosticul în urgență
  - D. Fibro-scan
  - E. Markerii tumorali
266. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la diagnosticul cancerului colorectal:
- A. Se stabilește doar histopatologic
  - B. Se stabilește clinic, imagistic și morfopatologic

- C. Screeningul este recomandat persoanelor peste 50 de ani
  - D. Printre obiective nu se numără și stabilirea topografiei tumorii
  - E. Obligă la stabilirea stadiului doar în cazul tumorilor rectale, când avem nevoie de iradiere neoadjuvantă
267. Stadializarea Dukes a cancerului colorectal include:
- A. A-invazia muscularei mucoasei
  - B. A-invazia muscularei proprii fără a o depăși
  - C. B-invazia întregului perete al colonului cu metastaze ganglionare
  - D. B-invazia întregului perete al colonului fără metastaze ganglionare
  - E. C-metastaze ganglionare în funcție de invazia tumorii la nivelul peretelui
268. Conform stadializării TNM a cancerului colorectal, selectați enunțurile adevărate:
- A. T1-tumora invadează submucoasa
  - B. T2-tumora invadează doar epiteliul
  - C. T2-tumora invadează musculara proprie
  - D. T3-tumora invadează subseroasa
  - E. T4-tumora invadează alte organe
269. Conform stadializării TNM a cancerului colorectal, selectați enunțurile adevărate:
- A. N0-metastaze microscopice în ganglioni
  - B. N0-absența metastazelor în ganglioni
  - C. N1-metastaze în 4-5 ganglioni
  - D. N2-metastaze în 1-3 ganglioni
  - E. N2b-metastaze în mai mult de 7 ganglioni
270. Următorii sunt factori de prognostic negativ în cancerul colorectal:
- A. Invazia limfatică
  - B. Grading-ul tumoral
  - C. Răspunsul favorabil la tratamentul neoadjuvant
  - D. Vârsta înaintată
  - E. Răspunsul nefavorabil la tratamentul neoadjuvant
271. În cancerul colo-rectal complicațiile acute sunt:
- A. Obstrucția
  - B. Aderența
  - C. Perforația
  - D. Hemoragia
  - E. Ascita
272. Selectați afirmațiile adevărate privind ocluzia din cancerul colorectal:
- A. Apare mai frecvent la persoanele tinere
  - B. Apare mai frecvent în cazul tumorilor localizate pe colonul drept
  - C. Apare mai frecvent în cazul tumorilor localizate pe colonul stang
  - D. Prezintă semne fără raport cu localizarea colică
  - E. Apare mai frecvent la persoanele în vârstă
273. Semnele de gravitate în ocluzia intestinală din cancerul colo-rectal sunt:
- A. Febra
  - B. Astenia
  - C. Apărarea musculară
  - D. Ascita
  - E. Durerea
274. \*Perforația juxta-tumorală în cancerul colorectal este specifică:
- A. Cancerului localizat la nivelul colonului stang
  - B. Cancerului localizat la nivelul colonului drept
  - C. Cancerului asociat cu ascita
  - D. Cancerului sigmoidian

- E. Cancerului cecal
275. \*Abcesul retroperitoneal în cancerul colo-rectal se poate produce:
- La nivelul tumorii
  - Când tumora evoluează pe un segment fix colo-rectal și perforază
  - Mai ales când sângerează tumora
  - Mai ales când tumora este obstructivă
  - Când imunitatea este scăzută
276. \* Selectați afirmația adevărată privind hemoragia din cancerul colo-rectal:
- Forma severă este o complicație frecventă
  - Forma severă este o complicație rară
  - Apare mai frecvent în cazul tumorilor de colon stâng
  - Apare mai frecvent pe colonul sigmoid
  - Apare asociată frecvent cu perforația
277. Selectați afirmațiile adevărate privind tratamentul cancerului colo-rectal:
- Tratamentul este exclusiv chirurgical
  - Tratamentul curativ este cel radio-chimioterapic
  - Asociază tratament neoadjuvant radio-chimioterapic
  - Niciodată nu se obține răspuns complet clinic după tratament neoadjuvant
  - Depinde de localizarea tumorii
278. Rezechția radicală în cancerul de colon incipient implică:
- Margini de siguranță de 8 cm superior și 5 cm inferior de tumoră
  - Margini de siguranță de 5 cm superior și 5 cm inferior de tumoră
  - Excizia completă a mezocolonului aferent
  - Excizia limfonodurilor palpabili
  - Examen histopatologic extemporaneu
279. Durerea din cancerul colorectal:
- Poate avea caracter colicativ
  - Are aspect de sindrom Koning
  - Are caracter persistent în stadiile avansate
  - Este localizată în epigastru cu iradiere tipic în bară
  - Lipsește întotdeauna
280. Tumorile rectale inoperabile sub aspectul radicalității oncologice:
- Reprezintă 10%-20% din tumori la momentul diagnosticului
  - Reprezintă 30%-40% din tumori la momentul diagnosticului
  - Necesită tratament neoadjuvant radio-chimioterapic
  - Presupun invazia fasciei mezorectului
  - Presupun invazia în organele vecine
281. Intervențiile chirurgicale radicale în cancerul rectal:
- Presupun neapărat prezervarea sfincterului anal
  - Nu pot fi efectuate pe cale laparoscopică
  - Presupun uneori rezechii în bloc cu limite de siguranță oncologice
  - Presupun o limită distală de rezechție de 5 cm
  - Se fac cu limita marginilor circumferențiale de 1mm
282. \*Pneumotoracele reprezintă:
- Acumularea de aer în cavitatea pleurală
  - Obliterarea unui ram al arterei pulmonare
  - Acumularea de sânge în cavitatea pleurală
  - Acumulare de limfă în pleură
  - O contuzie toracică
283. \*Nu reprezintă condiție cu risc vital imediat în traumatismele toracice:
- Pneumotoracele în tensiune

- B. Obstrucția căilor respiratorii
  - C. Emfizemul pulmonar
  - D. Tamponada cardiacă
  - E. Toracele moale
284. \*Pneumomediastinul consecutiv rupturilor traheo-bronșice se manifestă prin următoarele, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Emfizem subcutanat în regiunea cervicală supraclavicular
  - B. Emfizem subcutanat toracic
  - C. Emfizem subcutanat abdominal
  - D. Emfizem subcutanat scrotal
  - E. Chilotorax
285. \*Selectați enunțul adevărat referitor la tratamentul de urgență al leziunilor esofagului:
- A. Rezolvarea șocului nu este prioritară
  - B. Insuficiența respiratorie nu reprezintă o urgență
  - C. Tratamentul vizează oprirea hemoragiei
  - D. Nu se administrează antibiotice în doze mari cu spectru larg
  - E. Aspirația esofagului nu este necesară
286. \*Pericardiocenteza prin puncție:
- A. Se face la vârful xifoidului
  - B. Pune diagnosticul de certitudine
  - C. Poate extrage cheaguri de sânge
  - D. Se face în unghiul xifoidului cu rebordul costal
  - E. Poate decompresa cordul
287. \*Traumatismele toracice prin plăgi sau contuzii sunt responsabile de:
- A. 75% din decesele prin traumatisme
  - B. 5-10% din decesele prin traumatisme
  - C. 10-15% din decesele prin traumatisme
  - D. 35-40% din decesele prin traumatisme
  - E. 90% din decesele prin traumatisme
288. \* Următoarele sunt soluții de asigurare a permeabilității căilor respiratorii superioare în traumatismele toracice, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Intubarea nazo-traheala
  - B. Intubarea oro-traheala
  - C. Cricotiroidotomia
  - D. Traheostomia
  - E. Toracocenteza
289. \* Colabarea venelor cervicale în traumatismele toracice se poate întâlni în:
- A. Tamponada cardiacă
  - B. Embolismul gazos
  - C. Contuzia cardiacă din infarct
  - D. Hemotoracele masiv
  - E. Pneumotoracele în tensiune
290. \* Care dintre următoarele nu poate reprezenta o cauză de emfizem post-traumatic?
- A. Emfizemul subcutanat
  - B. Corpii străini
  - C. Fistulele bronho-pulmonare
  - D. Infecția hemotoracelui
  - E. Ruperea unui abces pulmonar preexistent
291. \* Hemostaza definitivă în leziunile hepatice se realizează prin următoarele, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Compresiune

- B. Fistulizare
  - C. Electrocoagulare
  - D. Hepatotomie
  - E. Ligaturi vasculare
292. \* Următoarele afirmații despre hematoamele retroperitoneale sunt adevărate cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Se clasifică în leziuni centrale și laterale
  - B. Șocul hemoragic produs prin pierderi sanguine mari este acompaniat de pareza intestinală reflexă
  - C. Tabloul clinic este caracteristic și dominat de durere
  - D. La pacienții instabili hemodinamic se trece direct la explorarea chirurgicală și hemostaza provizorie
  - E. Pentru a preveni sângerările necontrolate este obligatorie controlul vascular proximal de leziune
293. \* Selectați afirmația adevărată cu privire la traumatismele aortice și iliace:
- A. Diagnosticul de certitudine se face prin angiografie computer tomografică și ecografie transesofagiană
  - B. Plăgile aortei au de cele mai multe ori prognostic bun
  - C. Clampajul aortei proximal de leziune nu încetinește ritmul pierderii sanguine
  - D. Plăgile aortice nu se suturează
  - E. Artera hipogastrică poate fi ligaturată doar unilateral în caz de urgență
294. \* Traumatismele pelvisului:
- A. Nu pot fi produse prin cădere de la înălțime
  - B. Nu pot fi produse de proiectile cu energie mare
  - C. Evoluază de cele mai multe ori cu șoc hipovolemic
  - D. Interesează în primul rând sfera genitală sau rectală
  - E. Nu necesită o debridare largă a țesuturilor diverticulizate în caz de fracturi pelvine deschise
295. \* Selectați afirmația adevărată referitoare la traumatismele renale și ureterale:
- A. Hematuria nu este simptomul cel mai constant
  - B. Hematuria este simptomul cel mai constant
  - C. Hematuria macroscopică nu indică în general o leziune traumatică renală gravă
  - D. Absența hematuriei exclude interesarea traumatică a rinichiului
  - E. Rupturile sau avulsia pediculului renal nu se manifestă prin șoc hipovolemic
296. \* Selectați enunțul adevărat referitor la contuziile abdominale:
- A. Contuziile produse prin decelerație se întâlnesc preponderent la traumatismele produse prin lovirea peretelui abdominal cu un obiect contondent
  - B. Configurația leziunilor abdominale nu depinde de regiunea anatomică interesată
  - C. Leziunile etajului abdominal superior se pot însoți de fracturi ale oaselor bazinului
  - D. Unul din organele mai frecvent interesate în contuziile abdominale este stomacul
  - E. Contuziile produse prin strivire presupun prinderea abdomenului între două planuri dure
297. \* Următoarele reprezintă clasificări ale traumatismele abdominale, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Ulcerative
  - B. Închise



- C. Deschise
  - D. Contuzii
  - E. Plăgi
298. \*În cadrul sindromului de compartiment abdominal nu se întâlnește:
- A. Disfuncția de organ – cord, plămâni sau rinichi
  - B. Edemul intestinal și acumularea de fluide în peritoneu
  - C. Disfuncția de organ – ficat sau pancreas
  - D. Presiunea intraabdominală >25 mmHg
  - E. Scăderea complianței pereților abdominali
299. \* În cazul traumatismelor abdominale grave la pacienții stabili hemodinamic, examinarea standard recomandată este:
- A. Examen ecografic în trei incidențe
  - B. Puncția abdominală simplă sau puncția-lavaj
  - C. Radiografie abdominală simplă
  - D. Laparotomia exploratorie de urgență
  - E. Tomografia computerizată
300. \* În cadrul contuziilor abdominale, leziunile de intestin se produc mai ales la nivelul:
- A. Unghiului hepatic al colonului
  - B. Simei
  - C. Porțiunii ileo-cecale
  - D. Unghiului splenic al colonului
  - E. Rectului
301. \* Selectați enunțul fals referitor la leziunile hepato-biliare post-traumatice:
- A. Hemobilia este o eventualitate frecventă
  - B. Fistulele biliare se drenează percutanat sau chirurgical
  - C. Asocierea leziunilor pancreatice crește mortalitatea
  - D. În leziunile limitate de CBP se practică drenaj Kehr
  - E. În leziunile colecistului se impune colecistectomia
302. Organele interesate cel mai frecvent în contuziile abdominale sunt:
- A. Stomacul
  - B. Vezica urinară
  - C. Intestinul
  - D. Ficatul
  - E. Pancreasul
303. Contuziile abdominale se produc prin:
- A. Percuție
  - B. Tăiere
  - C. Strivire
  - D. Decelerație
  - E. Împușcare
304. Plăgile nepenetrante ale peretelui abdominal pot interesa următoarele organe:
- A. Ficat
  - B. Pancreas
  - C. Ileon
  - D. Duoden
  - E. Rinichi
305. Care dintre următoarele afirmații privind investigațiile paraclinice din cadrul traumatismelor abdominale sunt false?
- A. Puncția abdominală simplă sau puncția-lavaj are cea mai mare utilitate în cazul hemoragiilor interne

- B. Laparoscopia diagnostică se poate indica la pacienții stabili hemodinamic, la care diagnosticul de leziune viscerală rămâne incert după examenul clinic și CT
  - C. La pacienții instabili hemodinamic, cu plăgi abdominale sau cu lichid în peritoneu se indică investigații suplimentare în vederea stabilirii diagnosticului de certitudine
  - D. Laparotomia albă este de preferat ignorării unor leziuni abdominale viscerale
  - E. Puncția abdominală negativă exclude diagnosticul de leziune viscerală
306. În cadrul explorării abdominale a pacienților cu traumatisme abdominale, următoarele afirmații sunt adevărate:
- A. Laparotomia exploratorie în urgență se face printr-o incizie pararectală stângă
  - B. Explorarea tubului intestinal în vederea depistării unei posibile leziuni are prioritate față de căutarea surselor hemoragice
  - C. Trebuie evitată deschiderea bursei omentale
  - D. Se inspectează sursele de sângerare care se clampează sau se lasă tampoane până la rezolvarea definitivă, după caz
  - E. În vederea explorării zonelor greu accesibile ale tubului intestinal se poate face decolarea duodenopancreatică sau parietocică
307. Selectați afirmația adevărată privind controlul temporar al sângerării la pacienții cu traumatisme abdominale:
- A. Manevra Pringle presupune pensarea digitală a pediculului splenic
  - B. Compresiunea și pensarea digitală este urmată de descoperirea și controlul proximal și distal al vasului lezat
  - C. Sângerările din rupturile hepatice pot fi controlate temporar prin pensarea pediculului hepatic cu ajutorul unei pense de orice tip
  - D. În leziunile profunde, controlul hemoragiei se face prin meșaj sau tamponament cu sondă cu balonaș
  - E. Controlul retroperitoneal al aortei se poate face prin clamparea acesteia inferior de emergența arterei renale
308. În cadrul traumatismelor abdominale, leziunile vasculare care nu pot fi ligaturate sunt tratate prin:
- A. Sută
  - B. Angioplastie cu patch venos
  - C. Compresie pe perioadă nedeterminată până la oprirea hemoragiei
  - D. Interpoziția de grefă cu safenă
  - E. Interpoziția de grefă cu proteză sintetică
309. Sindromul de compartiment abdominal:
- A. Apare la pacienții cu traumatisme abdominale grave, cu resuscitare volemică agresivă
  - B. Este urmarea edemului intestinal, acumulării de fluide în peritoneu și scăderii complianței peretelui abdominal
  - C. Necesită administrarea de cantități mari de fluide pentru corectare
  - D. Apare în momentul creșterii presiunii intraabdominale >50 mmHg
  - E. Necesită decompresia imediată a abdomenului
310. Care din următorii factori influențează configurația leziunilor abdominale în cadrul traumatismelor abdominale:
- A. Natura și energia agentului traumatic
  - B. Regiunea anatomică interesată
  - C. Gradul de relaxare a peretelui abdominal
  - D. Insuficiența de organ ca proces patologic preexistent
  - E. Gradul de umplere a viscerelor cavitare

311. Următoarele afirmații sunt adevărate legate de plăgile abdominale:
- Pot fi penetrante – cu peritoneu parietal lezat
  - Plăgile nepenetrante ale pretelui abdominal anterior pot fi urmate de leziuni viscerale
  - Plăgile produse prin arme de foc sunt mai grave decât cele produse prin arma albă
  - Plăgile produse prin agenți contondenți asociază efectul distructiv al contuziei cu dilacerarea, strivirea sau smulgerea organelor și pediculilor vasculari
  - Leziunile produse prin proiectile de vânătoare multiple (alice) sunt de gravitate redusă
312. La pacienții cu traumatisme abdominale, examenul obiectiv general, efectuat rapid și sistematic, va consemna următoarele:
- Instabilitatea cardio-circulatorie
  - Leziunile asociate – toracice, craniene și ale extremităților
  - Patologii cronice preexistente
  - Alterarea stării de conștiență
  - Insuficiență respiratorie
313. Care dintre următoarele afirmații privind investigațiile paraclinice din cadrul traumatismelor abdominale sunt adevărate?
- În lipsa CT, radiografia simplă își păstrează valoarea în decelarea pneumoperitoneului, a leziunilor osoase și a leziunilor asociate toraco-pulmonare sau craniene
  - Puncția abdominală negativă nu exclude diagnosticul de leziune viscerală
  - Laparotomia exploratorie este de primă intenție la pacienții stabili hemodinamic
  - Examenul ecografic efectuat în trei incidențe evidențiază colecții lichidiene intraabdominale <300 ml
  - Puncția peritoneală diagnostică se indică la pacienții instabili hemodinamic și fără sursă evidentă de hemoragie, la care FAST este nedagnostică
314. Legat de diagnosticul voletului costal sunt adevărate următoarele:
- Elementele clinice de diagnostic sunt mai evidente la pacientul ventilat mecanic
  - Radiografia este superioară computer-tomografiei
  - Tomografia computerizată este de elecție la pacientul ventilat mecanic
  - În cazul ventilației spontane, examenul clinic relevă respirații paradoxale, care tranșează diagnosticul
  - CT-ul toracic precizează și leziunile asociate
315. Tratamentul de urgență al voletului costal presupune:
- Imobilizarea voletului cu benzi adezive care depășesc cu 8-10 cm marginile voletului
  - Imobilizarea voletului cu benzi adezive dispuse circumferențial în jurul toracelui
  - Stabilizarea provizorie a voletului prin ventilație mecanică cu presiune intermitentă pozitivă poate fi necesară
  - Stimularea tusei și expectorației
  - Kinetoterapie respiratorie activă
316. Selectați enunțurile false privind hemotoracele:
- Reprezintă acumularea de aer în spațiul pleural
  - Cel mai frecvent interesează cordul
  - Consecința imediată este colabarea plămânului
  - Necesită drenaj pleural aspirativ

- E. VATS (toracosopia video-asistată) este contraindicată
317. Selectați enunțurile adevărate privind leziunile de diafragm:
- A. Se datorează mai frecvent traumatismelor directe
  - B. Ruptura diafragmului poate determina hernierea intratoracică a pancreasului
  - C. Dezinsertia freno-costală este cea mai frecventă
  - D. Apar la creșterea bruscă a presiunii intraabdominale
  - E. Rupturile mici pot trece neobservate în momentul producerii
318. Selectați enunțurile adevărate privind herniile diafragmatice acute:
- A. Impun laparotomia
  - B. Prezintă risc de complicații hemoragice și septice
  - C. Refacerea diafragmului prin sutură este o soluție posibilă
  - D. Se abordează toracic datorită aderențelor constituite
  - E. Sunt mai frecvente la nivelul hemidiafragmului drept
319. Selectați enunțurile adevărate privind plagile toracice deschise de mari dimensiuni:
- A. Sunt de gravitate mare
  - B. Pot da colaps pulmonar
  - C. Nu afectează dinamica ventilatorie
  - D. Afectează reîntoarcerea venoasă
  - E. Debitul cardiac nu este influențat
320. Selectați enunțurile adevărate privind pneumotoracele sufocant:
- A. Apare în rupturi pleuropulmonare extinse cu interesarea unor bronșii mai mari care nu se închid spontan
  - B. Apare fără interesarea unor bronșii mai mari
  - C. Apare datorită pătrunderii aerului în cavitatea pleurală în timpul inspirului
  - D. Apare datorită pătrunderii aerului în cavitatea pleurală în timpul expirului
  - E. Mecanismul de supapă nu permite aerului să fie evacuat din cavitatea pleurală
321. Traumatismele abdominale se clasifică în:
- A. Închise
  - B. Deschise
  - C. Cominutive
  - D. Plăgi
  - E. Contuzii
322. Rupturile pulmonare sunt produse de:
- A. Coaste fracturate
  - B. Arme albe
  - C. Proiectile
  - D. Creșterea bruscă a presiunii în căile respiratorii
  - E. Scăderea bruscă a presiunii în căile respiratorii
323. Pneumomediastinul consecutiv rupturilor traheo-bronșice se manifestă prin:
- A. Emfizem subcutanat regiunea cervicală supra-, subclaviculară
  - B. Emfizem subcutanat toracic
  - C. Emfizem subcutanat abdominal
  - D. Chilotorace
  - E. Emfizem subcutanat scrotal
324. Tabloul clinic al leziunilor esofagului este dominat de:
- A. Starea de șoc posttraumatic
  - B. Durerile retrosternale
  - C. Cianoza
  - D. Emfizemul subcutanat cervical
  - E. Emfizemul subcutanat al membrelor
325. Selectați enunțurile adevărate privind leziunile ductului toracic:

- A. Sunt rare
  - B. Sunt însoțite de leziuni vertebrale
  - C. Se asociază cu emfizem subcutanat
  - D. În evoluție apare chilotoracele
  - E. Nu pot produce insuficiență respiratorie
326. Selectați enunțurile adevărate privind plăgile cardiace ventriculare sau atriale penetrante:
- A. Interesează doar parțial grosimea peretelui cardiac
  - B. Peretele cardiac este lezat complet
  - C. Leziunea ajunge până la nivelul cavităților
  - D. Agentul vulnerant traversează cordul în totalitate
  - E. Șocul hemoragic este dominant
327. Selectați enunțurile adevărate privind intervenția chirurgicală în leziunile cardiace:
- A. Se face prin sternotomie mediană
  - B. Se practică toracotomia dreaptă antero-laterală
  - C. Se practică toracotomia stângă latero-posterioară
  - D. Se practică toracotomia stângă antero-laterală
  - E. Permite palparea aortei descendente
328. Selectați enunțurile adevărate privind traumatismele cardiace:
- A. Contuziile cardiace prin strivire toracică antero-posterioară sunt cele mai frecvente
  - B. Plăgile cardiace sunt cele mai frecvente
  - C. Ventriculul drept este mai puțin expus
  - D. Asociază frecvent fracturi sternale și costale
  - E. Se produc dilacerări/rupturi ale atrilor și ventriculilor
329. Referitor la pacienții cu rupturi cardiace ce ajung în viață la spital, următoarele informații sunt corecte:
- A. Nu prezintă tablou clinic de tamponadă cardiacă
  - B. Prezintă tamponadă cardiacă
  - C. Decomprimarea pericardică rapidă este necesară
  - D. Enzimele cardiace nu sunt foarte utile pentru diagnostic
  - E. Suportul inotrop nu este necesar
330. Selectați enunțurile adevărate privind rupturile diafragmului:
- A. Interesează mai frecvent cupola diafragmatică
  - B. Interesează mai frecvent periferia mușchiului
  - C. Este urmată de hernierea intratoracică a viscerelor abdominale
  - D. Colonul nu poate hernia
  - E. 90-95% din cazuri sunt situate la nivelul hemidiafragmului stâng
331. Toracotomia de resuscitare este:
- A. O intervenție terapeutică eroică
  - B. O manoperă simplă
  - C. Indicată de pneumotorace
  - D. Indicată exclusiv la pacienții care pot ajunge în blocul operator
  - E. Indicată la pacienții cu stop cardio-circulator și asistolie instalată imediat unui traumatism toracic
332. Selectați enunțurile adevărate privind traumatismele toracice:
- A. Supraviețuirea pacienților cu plăgi produse de arme de foc este mult mai bună decât a celor produse de arme albe
  - B. În hemoragia masivă sistemică este eficientă clamparea pediculului pulmonar
  - C. În cazul sângerării pulmonare masive se clampează aorta descendentă
  - D. Plăgile cardiace se suturează temporar

- E. În embolie se evacuează aerul din aortă
333. Tratamentul chirurgical în traumatismele toracice:
- A. Este indicat în leziunile majore ale căilor aeriene, leziunile cardiace și ale vaselor mari
  - B. Gravitatea hemoragiei este apreciată prin observarea aspiratului gazos pleural
  - C. Gravitatea leziunilor căilor aeriene este apreciată prin măsurarea drenajului pe tubul de traheostomie
  - D. Toracotomia se impune în cazul unei hemoragii inițiale >1500 ml
  - E. Continuarea sângerării cu un ritm >300 ml/oră timp de 3 ore, impune indicația de toracotomie
334. Sternotomia mediană, ca și intervenție chirurgicală în traumatismele toracice, permite:
- A. Acces asupra cordului
  - B. Acces asupra ficatului
  - C. Explorarea mediastinului posterior
  - D. Acces asupra ambelor cavități pleurale
  - E. Acces rapid asupra leziunii
335. Selectați enunțurile false cu privire la fracturile costale:
- A. Cel mai frecvent interesează porțiunea posterioară a arcului costal
  - B. Cele mai expuse sunt coastele mijlocii IV, V, VI și VII
  - C. Anestezia nervilor intercostali ajută la managementul durerii
  - D. Anestezia nervilor intercostali favorizează atelectaziile pulmonare și infecțiile traheo-bronsice
  - E. Este contraindicată kinetoterapia respiratorie activă
336. Selectați enunțurile adevărate privind fracturile sternale:
- A. Pot fi datorate purtării centurii de siguranță
  - B. Nu sunt asociate cu fracturile costale
  - C. Sunt fracturi întotdeauna cominutive
  - D. Prezintă durere intensă, spontană și la palpate
  - E. Diagnosticul clinic necesită confirmare radiologică
337. Selectați enunțurile adevărate privind respirația paradoxală din voletul costal:
- A. În expir voletul este împins spre interior
  - B. În expir voletul este împins spre exterior
  - C. În inspirație voletul este împins spre exterior
  - D. Produce scăderea debitului cardiac
  - E. Se mișcă în direcția modificărilor de presiune intratoracică
338. Selectați enunțurile adevărate privind voletul toracic:
- A. Este o porțiune mobilă a peretelui toracic
  - B. Implică aplicarea unor forțe mari
  - C. Presupune fracturi etajate a minimum două coaste adiacente
  - D. Voletul poate include și sternul
  - E. Voletul nu include niciodată sternul
339. Voletul costal se însoțește de:
- A. Contuzie pulmonară
  - B. Acumularea de sânge și fluide în spațiul alveolar
  - C. Șunt
  - D. Hipoxemie
  - E. Tuse cu expectorație eficientă
340. Explorarea chirurgicală în leziunile duodenale și pancreatice poate fi completată de:
- A. ERCP intraoperator
  - B. Injectarea contrastului în colecist
  - C. Laparotomia mediană

- D. Tratamentul conservator
  - E. Ecografia intraoperatorie
341. În leziunile traumatice hilare sunt adevărate următoarele:
- A. Ramurile arterială pot fi ligaturate distal de artera hepatică proprie
  - B. Ramurile arteriale pot fi refăcute prin sutură sau interpoziție de greșă de venă safenă
  - C. Leziunile portale se suturează sau se repară cu patch venos
  - D. Ramurile venei porte se repară cu interpoziție de greșă (PTFE)
  - E. Leziunile pancreatice asociate complică situația și sunt însoțite de o mortalitate mare
342. Complicațiile postoperatorii în leziunile duodenale și pancreatice sunt:
- A. Pancreatite cu sângerări secundare
  - B. Pseudochisturi pancreatice
  - C. Doar insuficiență pancreatică exocrină
  - D. Colecții neinfectate
  - E. Fistule duodenale
343. Despre hematoamele retroperitoneale sunt adevărate următoarele:
- A. Cele centrale pot masca leziuni grave aortice, ale cavei, pancreatice sau duodenale
  - B. Hematoamele laterale sunt produse prin leziuni renale
  - C. Hematoamele laterale sunt produse prin leziuni ale pediculului vascular al rinichiului
  - D. Explorarea chirurgicală este preferabilă în situațiile în care explorările paraclinice sunt concludente
  - E. Hematoamele centrale sunt consecutive fracturilor pelviene
344. Selectați enunțurile adevărate privind tratamentul traumatismelor renale și ureterale:
- A. Se debridează țesuturile devitalizate
  - B. În leziunile ureterului terminal se face reimplantarea vezicală
  - C. Drenajul ureteral nu se face în ureterul controlateral
  - D. În leziunile extinse se recurge la autotransplantul renal
  - E. Contuziile ureterale nu pot evolua spre necroză
345. Selectați enunțurile adevărate privind traumatismele vezicii urinare și ale uretrei:
- A. Sunt de obicei urmarea unor contuzii cu vezica urinară plină
  - B. Fracturile oaselor bazinului sunt prezente la majoritatea pacienților
  - C. Fracturile oaselor bazinului nu sunt prezente la majoritatea pacienților
  - D. Rupturile vezicale intraperitoneale sunt urmate de disurie extremă
  - E. Rupturile uretrei posterioare survin în contuziile pelviene grave, cu fracturi ale bazinului
346. Contuziile ureterale pot evolua:
- A. Spre necroză și fistulizare secundară
  - B. Spre tromboze ale vaselor ureterale
  - C. Spre vindecare cicatriceală, fără stenoză
  - D. Spre vindecare cicatriceală cu stenoză
  - E. Doar spre necroză
347. Despre traumatismele utero-anexiale sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Leziunile traumatice ale uterului negravidic sunt rare
  - B. La gravidă cu contuzie abdominală diagnosticul nu este dificil
  - C. Avortul sau nașterea prematură sunt rare post-traumatic
  - D. Simptomatologia clinică a rupturii uterului gravidic este cea a hemoragiei intraperitoneale grave

- E. În hemoragiile uterine necontrolabile sau recidivate se poate face ligatura bilaterală a arterelor hipogastrice
348. În leziunile hepatice hemostaza definitivă se poate face prin:
- A. Rezecții hepatice
  - B. Hepatectomie
  - C. Coagulare cu argon
  - D. Administrarea de AINS local
  - E. Electrocoagulare
349. Hematoamele retroperitoneale se clasifică în:
- A. Centrale dispuse între marginile mediale ale rinichilor de la hiatusul diafragmatic la bifurcația aortei
  - B. Centrale dispuse între marginile mediale ale rinichilor și santurile parietocolice și pelvine
  - C. Laterale, între marginile mediale ale rinichilor și santurile parietocolice și pelvine
  - D. Laterale între marginile mediale ale rinichilor de la hiatusul diafragmatic la bifurcația aortei
  - E. Deschise și închise
350. Leziunile ramurilor viscerale importante ale aortei se tratează:
- A. Prin sutură directă
  - B. Prin sutură indirectă
  - C. Cu petec venos
  - D. Fără petec venos
  - E. Cu interpoziție de grefă venoasă
351. Următoarele afirmații referitoare la traumatismele venei cave inferioare sunt corecte:
- A. Mortalitatea depășește 50%
  - B. Mortalitatea se datorează hemoragiei grave și leziunilor asociate extinse
  - C. În dilacerări extinse ligatura venei cave nu reprezintă o soluție bună doar pentru segmentul subrenal al venei cave
  - D. Segmentul suprarenal al venei nu trebuie reparat prin plastii cu autogrefă
  - E. Mortalitatea depășește 90%



## Răspunsuri Chirurgie

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

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

295. B  
296. E  
297. A  
298. C  
299. E  
300. C  
301. A  
302. C, D  
303. A, C, D  
304. B, D, E  
305. C, E  
306. D, E  
307. B, D  
308. A, B, D, E  
309. A, B, E  
310. A, B, C, E  
311. A, C, D  
312. A, B, D, E  
313. A, B, E  
314. C, D, E  
315. A, C  
316. A, B, E  
317. D, E  
318. A, B, C  
319. A, B, D  
320. A, C, E  
321. A, B, D, E  
322. A, B, C, D  
323. A, B, C, E  
324. A, B, C, D  
325. A, B, D  
326. B, C, E  
327. A, D, E  
328. A, D, E  
329. B, C, D  
330. A, C, E  
331. A, E  
332. D, E  
333. A, D, E  
334. A, D, E  
335. A, D, E  
336. A, D, E  
337. B, E  
338. A, B, C, D  
339. A, B, C, D  
340. A, B, E  
341. B, C, E  
342. A, B, E  
343. A, B, C  
344. A, B, D  
345. A, B, D, E  
346. A, B, D  
347. A, D, E  
348. A, B, C, E  
349. A, C  
350. A, C, E  
351. A, B

## Urologie

1. \* Dintre cauzele litiazei reno-ureterale nu fac parte și:
  - A. Cauzele infecțioase pentru calculii de oxalat de calciu
  - B. Cauzele non-infecțioase pentru calculii de fosfat de calciu
  - C. Cauzele medicamentoase
  - D. Cauzele genetice pentru calculii de cistină
  - E. Cauzele non-infecțioase pentru calculii de acid uric
2. \* Selectați afirmația falsă cu privire la litiaza reno-ureterală:
  - A. Prevalența este de 5-8% la bărbați
  - B. Incidența este de aproximativ 3% pe an
  - C. Vârful incidenței se regăsește la indivizi cu vârste între 20 și 50 de ani
  - D. Litiaza urinară este mai frecventă la bărbați
  - E. Prevalența variază în funcție de aria geografică
3. \* Care din următoarele tipuri de calculi renali nu este radiotransparent?
  - A. Acid uric
  - B. Xantină
  - C. Fosfat de calciu
  - D. Urat de amoniu
  - E. 2,8-dihidroxiadenină
4. Dintre factorii favorizanți ai litiazei reno-ureterale fac parte:
  - A. Alimentația
  - B. Sexul feminin
  - C. Factorii genetici
  - D. Expunerea la frig
  - E. Anomaliile aparatului urinar
5. Principalele teorii acceptate ale litogenezei urinare sunt:
  - A. Teoria matricei organice
  - B. Teoria diluției
  - C. Teoria suprasaturării urinare
  - D. Teoria acceleratorilor cristalizării
  - E. Teoria nucleului de precipitare
6. Dintre factorii generali implicați în recidiva litiazei urinare fac parte și:
  - A. Antecedentele heredo-colaterale
  - B. Debutul precoce
  - C. Calculii de oxalat de calciu
  - D. Calculii micști
  - E. Cașexia
7. \* Nu face parte dintre formele de litiază reno-ureterală cu determinism genetic:
  - A. Cistinuria
  - B. Hiperoxaluria secundară
  - C. Acidoza tubulară renală
  - D. Xantinuria
  - E. Fibroza chistică
8. Selectați anomaliile anatomice asociate cu apariția litiazei reno-ureterale:
  - A. Hipospadiasul
  - B. Sindromul de joncțiune pielo-ureterală
  - C. Ureterocelul
  - D. Diverticulul caliceal

- E. Duplicitatea pielo-caliceală
9. Litiiza reno-ureterală se poate asocia cu următoarele boli gastro-intestinale:
- A. Boala Crohn
  - B. Sindromul de malabsorbție
  - C. Hiperoxaluria enterică
  - D. Diareea cronică
  - E. Ulcerul duodenal
10. Litiiza urinară se poate manifesta clinic prin:
- A. Durere
  - B. Hematurie
  - C. Infecție urinară
  - D. Cefalee
  - E. Diaree
11. Hematuria apărută în contextul litiizei urinare:
- A. Este întotdeauna macroscopică
  - B. Poate fi și microscopică
  - C. Nu se remite la repaus
  - D. Este însoțită de febră
  - E. Cel mai frecvent însoțește durerea
12. Care dintre următoarele enunțuri privind nefromegalia sunt adevărate?
- A. Poate să apară în cadrul tabloului litiizei urinare
  - B. Este secundară uretero-hidronefrozei
  - C. Se asociază întotdeauna cu sindromul febril
  - D. Rinichiul afectat este de obicei nepalpabil
  - E. Coexistă cu durerea
13. În colica renală întâlnim:
- A. Durere hipogastrică
  - B. Durere lombară unilaterală
  - C. Durere instalată progresiv
  - D. Iradiere descendentă a durerii
  - E. Manifestări digestive
14. Care dintre următoarele fenomene cardiovasculare se întâlnesc în colica renală?
- A. Tahicardia
  - B. Bradicardia
  - C. Creșterea tensiunii arteriale
  - D. Scăderea tensiunii arteriale
  - E. Lipotimia
15. Metaplazia mucoasei uroteliale în context litiiazic:
- A. Este consecința contactului prelungit al urinei cu mucoasa
  - B. Este o leziune ce poate evolua spre cancer
  - C. Din punct de vedere anatomo-patologic poate evolua spre adenocarcinom
  - D. Din punct de vedere anatomo-patologic poate evolua spre carcinom scuamos
  - E. Nu apare niciodată în contextul unei litiize urinare
16. Instalarea unei anurii poate fi consecința:
- A. Obstrucției complete pe rinichi unic chirurgical
  - B. Obstrucției parțiale pe rinichi unic funcțional
  - C. Obstrucției complete pe rinichi unic congenital
  - D. Obstrucției complete a ambelor uretere
  - E. Nefromegaliei
17. \* Nu face parte dintre manifestările digestive asociate colicii renale:
- A. Greața

- B. Vărsăturile
  - C. Diareea
  - D. Meteorismul
  - E. Ileusul dinamic
18. Principalele investigații imagistice indicate în litiaza reno-ureterală sunt:
- A. Ecografia
  - B. Urografia intravenoasă
  - C. Rezonanța magnetică
  - D. Tomografia computerizată
  - E. Angiografia
19. Indicațiile de îndepărtare activă a litiazei ureterale sunt:
- A. Calculii de 6-8 mm
  - B. Calculii cu probabilitate mică de eliminare spontană
  - C. Obstrucția persistentă
  - D. Calculii ne-eliminați în 14 zile
  - E. Obstrucția bilaterală
20. \* Tratamentul medicamentos al colicii renale nu include:
- A. Antispastice
  - B. Antiinflamatoare nesteroidiene
  - C. Alfa-blocante
  - D. Antalgice
  - E. Beta-blocante
21. Indicațiile ESWL (extracorporeal shock wave lithotripsy) sunt reprezentate de:
- A. Calcul pielic cu diametrul mai mare de 3 cm
  - B. Calcul caliceal
  - C. Calcul ureteral distal
  - D. Calcul renal restant după NLP
  - E. Calcul coraliform
22. \* Dintre contraindicațiile ESWL (extracorporeal shock wave lithotripsy) nu face parte și:
- A. Sarcina
  - B. Obezitatea severă
  - C. Infecția urinară controlată
  - D. Coagulopatia necorectată
  - E. Obstrucția anatomică distal de calcul
23. Indicațiile nefrolitotomiei percutane(NLP) sunt reprezentate de:
- A. Calcul renal cu diametrul peste 3 cm
  - B. Calcul pentru care nu se poate practica ESWL
  - C. Calcul ureteral pelvin
  - D. Calcul secundar obstrucției
  - E. Calcificare intraparenchimatoasă
24. \* Dintre indicațiile ureteroscopiei retrograde nu fac parte calculii:
- A. Ureterali pelvini
  - B. Ureterali lombari
  - C. Renali cu alură coraliformă
  - D. Renali caliceali inferiori
  - E. Ureterali iliaci
25. Indicațiile chirurgiei deschise pentru litiaza renală sunt:
- A. Eșecul procedurilor minim invazive
  - B. Calculii ureterali necomplicați
  - C. Calculii secundari unor anomalii anatomice
  - D. Calculii pielici cu diametrul mai mare de 2 cm

- E. Calculii radiotransparenți
26. Condițiile patologice cel mai frecvent întâlnite în asociere cu litiaza vezicală secundară sunt:
- A. Disfuncțiile neurogene ale vezicii urinare
  - B. Fistulele vezico-vaginale
  - C. Tumorile prostatice
  - D. Stricturile de uretră
  - E. Prostatita cronică
27. Fac parte din tabloul clinic al litiazei vezicale:
- A. Anuria
  - B. Febra
  - C. Disuria
  - D. Edemul penoscrotal
  - E. Hematuria
28. Tratamentul chirurgical deschis în litiaza vezicală este indicat pentru:
- A. Calculii cu dimensiuni între 1 și 3 cm
  - B. Calculii duri, nefragmentabili endoscopic
  - C. Calculii asociați cu hematurie macroscopică
  - D. Calculii mari, multipli
  - E. Calculul asociat unui adenom de prostată cu indicație de chirurgie deschisă
29. \* Litiaza vezicală primitivă presupune calculi formați din:
- A. Fosfat de calciu
  - B. Cistină
  - C. Urat acid de amoniu
  - D. Oxalat de calciu
  - E. Fosfat amonio-magnezian
30. \* Dintre explorările paraclinice necesare pentru diagnosticul litiazei vezicale nu face parte:
- A. Radiografia reno-vezicală
  - B. Urografia intravenoasă
  - C. Uretrografia retrogradă
  - D. Ecografia reno-vezicală
  - E. Uretrocistoscopia

## Răspunsuri Urologie

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



## Ortopedie

1. \* Selectați afirmația falsă privind vindecarea osoasă a fracturilor:
  - A. Calusul este formațiunea morfofuncțională rezultat a unui proces complex, care reface integritatea osului fracturat
  - B. Consolidarea fracturilor se desfășoară în patru etape
  - C. Faza fibro condroidă reprezintă a doua etapă a vindecării osoase
  - D. Faza de remodelare este reprezentată de momentul în care țesutul osteoid începe să se mineralizeze lent
  - E. Evoluția unei fracturi spre consolidare se poate produce în două moduri (osificare primară și osificare secundară)
2. \* Selectați afirmația falsă privind fracturile:
  - A. Fracturile prin mecanism indirect sunt cele mai frecvente
  - B. Producerea unei fracturi depinde de factori extrinseci și intrinseci
  - C. Fracturile prin mecanism direct pot avea un traiect transversal sau un traiect cominutiv
  - D. Fracturile de stres apar întotdeauna pe un os patologic
  - E. Prin torsiune se produc fracturi spiroide ale diafizei
3. \* Următoarele reprezintă semne de certitudine ale fracturilor, cu o excepție. Care este aceasta?
  - A. Mobilitatea anormală
  - B. Crepitațiile osoase
  - C. Întreruperea continuității osoase
  - D. Echimoza
  - E. Netransmiterea mișcărilor spre segmentul distal
4. Semne de probabilitate ale fracturilor sunt:
  - A. Durerea
  - B. Netransmiterea mișcărilor
  - C. Scurtarea regiunii
  - D. Mobilitate anormală
  - E. Impotență funcțională
5. Fractura deschisă grad I și II după clasificarea Gustilo – Anderson, prezintă:
  - A. Plăgi punctiforme, liniare sau la distanță, fără riscul expunerii scheletului
  - B. Diverse leziuni cutanate (plăgi contuze, decolări, striviri) cu riscul unei necroze cutanate secundare
  - C. Fractura deschisă cu pierderi tegumentare mai mari de 1 cm, dar fără leziuni extinse ale părților moi subiacente și fără avulsii sau lambouri de părți moi, cu contaminare moderată
  - D. Fractura deschisă cu o plagă cutanată mai mică de 1 cm, fără leziuni extinse ale părților moi, cu contaminare moderată
  - E. Fracturi deschise cu dilacerări, leziuni sau pierderi extinse de părți moi.
6. \* Selectați afirmația falsă privind evaluarea radiografică a fracturilor:
  - A. Prinderea obligatorie a celor două articulații vecine
  - B. "Seria traumatică" pentru coloana cervicală cuprinde 7 incidente
  - C. Minimum două incidente (față și profil), uneori și incidente oblice
  - D. La copil se efectuează radiografiile comparative, datorită interpretării dificile, determinată de prezența cartilajelor de creștere
  - E. Se face doar pe un singur segment anatomic, datorită dozei mari de iradiere produsă de această examinare

7. Avantajele fixării externe în tratamentul fracturilor sunt:
  - A. Posibilitatea de corecție ulterioară
  - B. Deperiostarea mai mică a oaselor
  - C. Urmărirea mai bună a plagilor în cazul fracturilor deschise
  - D. Absența riscului de fractură la nivelul locului de inserție al fișelor
  - E. Mobilizarea precoce a articulațiilor supra și subiacente
8. Reducerea fracturilor este mai simplă atunci când:
  - A. Se efectuează mai aproape de momentul producerii fracturii
  - B. În prezența tumefacției și a edemului
  - C. Musculatura este relaxată
  - D. Musculatura este contractată
  - E. Pacientul se regăsește sub anestezie
9. Complicațiile generale a tracțiunii transscheletice continue sunt reprezentate de:
  - A. Rigiditate și retracții ale musculaturii
  - B. Infecții pulmonare și urinare
  - C. Tromboza venoasă profundă
  - D. Embolia pulmonară
  - E. Escare de decubit
10. Selectați enunțurile false privind osteosinteza centromedulară:
  - A. Utilizează tije elastice sau rigide
  - B. Tijele se introduc în canalul medular
  - C. Crește incidența infecțiilor postoperatorii
  - D. Duce la consolidare prin intermediul calusului periostal
  - E. Nu permite mobilizarea precoce
11. Sindromul de compartiment este frecvent întâlnit în fracturile:
  - A. Antebrațului
  - B. Gambei
  - C. Șoldului
  - D. Cotului
  - E. Umărului
12. Care dintre următoarele afirmații sunt false referitor la pseudoartroze?
  - A. Se împart radiografic în hipertrofice și atrofice
  - B. Reprezintă eșecul procesului de consolidare
  - C. Sunt cauzate de alterarea vascularizației
  - D. Sunt cauzate de instabilitatea focarului de fractură
  - E. Apare secundar denivelărilor suprafețelor articulare
13. Care dintre următoarele metode sunt folosite în tratamentul artrozelor?
  - A. Reducerea ortopedică
  - B. Artroplastia
  - C. Debridarea artroscopică
  - D. Osteotomiile de corecție
  - E. Osteosinteza
14. Osteosinteza cu placă și șuruburi poate avea un efect de:
  - A. Neutralizare sau sprijin al unei fracturi cu ajutorul șuruburilor
  - B. Hoban asupra fragmentelor osoase supuse forțelor de tracțiune
  - C. Diminuarea agresiunii chirurgicale
  - D. Reducerea incidenței infecțiilor postoperatorii
  - E. Compresie a focarului de fractură
15. Utilizarea fixatorului extern are următoarele indicații:
  - A. Fracturi deschise cu afectarea extinsă a țesuturilor moi
  - B. Fracturi cu cominuție semnificativă

- C. Fracturi sau pseudartroze infectate
  - D. Fracturi simple, transversale, închise
  - E. Fracturi cu pierdere de țesut osos
16. Avantajele osteosintezei centromedulare sunt:
- A. Implantare minim-invazivă
  - B. Posibilitatea mobilizării precoce
  - C. Creșterea incidenței infecțiilor postoperatorii
  - D. Consolidarea vicioasă
  - E. Beneficiul mai ales în fracturi cominutive epifizare și periarticulare
17. În prezent, osteosinteza cu placă și șuruburi este indicată în:
- A. Fracturile transversale ale diafizei femurului
  - B. Fracturile transversale ale diafizei tibiei
  - C. Fracturile ambelor oase ale antebrațului
  - D. Fracturile transversale sau oblice scurte ale humerusului
  - E. Fracturile cominutive ale diafizei femurului
18. Osteosinteza cu placă și șuruburi poate avea un efect de:
- A. Neutralizare a focarului de fractură
  - B. Sprijin al unei fracturi stabilizate cu șuruburi
  - C. Compresie a focarului de fractură
  - D. Deplasare a focarului de fractură
  - E. Mobilizare a focarului de fractură
19. Selectați afirmațiile adevărate privind reducerea chirurgicală a fracturilor:
- A. Reducerea deschisă prezintă avantajul unei reduceri anatomice a fracturii
  - B. Reducerea deschisă prezintă dezavantajul unei reduceri aproximative a fracturii
  - C. Reducerea deschisă este indicată în cazul fracturilor intraarticulare care necesită reducere anatomică
  - D. Reducerea deschisă nu este indicată în cazul fracturilor intraarticulare care necesită reducere anatomică
  - E. Pe focar închis sub control Rontgen este imposibilă și nu este utilizată în prezent
20. Dezavantajele și complicațiile imobilizării gipsate sunt date de:
- A. Disconfortul creat de menținerea acesteia pe perioade lungi de timp
  - B. Riscul de compresiune datorat unui aparat gipsat prea strâmt
  - C. Tulburări de circulație, escare, atrofie musculară, osteoporoză, redori articulare
  - D. Menținerea permanentă a unei reduceri corecte și anatomice
  - E. Pierderea alinierii fragmentelor prin lărgirea aparatului
21. Principiile de tratament ale fracturilor sunt:
- A. Reducerea fragmentelor, pe cât posibil în poziție anatomică
  - B. Imobilizarea fragmentelor osoase reduse până la obținerea consolidării
  - C. Restabilirea rapidă a funcției articulare
  - D. Multiplicarea fragmentelor, pe cât posibil în poziție biologică
  - E. Restabilirea tardivă a funcției articulare
22. Complicații locale tardive ale fracturilor sunt:
- A. Întârzierea în consolidare
  - B. Consolidarea vicioasă
  - C. Pseudartroza
  - D. Embolia pulmonară grăsoasă
  - E. Tromboza venoasă
23. Complicațiile locale imediate ale fracturilor sunt:

- A. Leziunile vasculare
  - B. Embolia pulmonară grăsoasă
  - C. Leziunile nervoase
  - D. Sindromul de compartiment
  - E. Pseudartroza
24. \* Este semn de certitudine pentru prezența unei fracturi:
- A. Mobilitatea anormală
  - B. Durerea vie, intensă, în punct fix
  - C. Deformarea regiunii
  - D. Impotența funcțională
  - E. Echimoza
25. \* Fractura este definită ca fiind:
- A. O soluție de continuitate de la nivelul osului
  - B. Întreruperea unei corticale
  - C. Întreruperea ambelor corticale
  - D. Netransmiterea mișcărilor distal în ax
  - E. O zonă de crepitații osoase
26. Factorii extrinseci care sunt incriminați în apariția fracturii se referă la:
- A. Mărimea forței cauzatoare
  - B. Durata forței cauzatoare
  - C. Direcția de acțiune a forței cauzatoare
  - D. Capacitatea de absorbție a energiei
  - E. Rigiditatea și elasticitatea structurii osoase
27. Factorii intrinseci care sunt incriminați în apariția fracturii se referă la:
- A. Vârstă
  - B. Sexul feminin
  - C. Regiunea anatomică
  - D. Rezistența la oboseală sau stres
  - E. Densitatea
28. Care sunt factorii anatomopatologici folosiți în clasificarea descriptivă a fracturilor?
- A. Traiectul fracturii
  - B. Stabilitatea focarului de fractură
  - C. Structura osului afectat
  - D. Mărimea și geometria osului
  - E. Densitatea
29. Osteosinteza cu placă și șuruburi este indicată în fracturile:
- A. Ambelor oase ale antebrățului
  - B. Transversale sau oblice scurte ale humerusului
  - C. Rotulei
  - D. Epifizo-diafizo-metafizare
  - E. Trohanteriene
30. Dezavantajele osteosintezei cu placă și șuruburi sunt:
- A. Diminuarea agresiunii chirurgicale
  - B. Întreruperea vascularizației periostale
  - C. Vindecare prin calus primar angiogen
  - D. Expunerea largă a focarului de fractură
  - E. Reducerea infecțiilor postoperatorii
31. Care sunt avantajele osteosintezei cu tijă centromedulară?
- A. Respectarea vascularizației periostale și a hematomului fracturar
  - B. Posibilitatea mobilizării precoce
  - C. Consolidarea prin intermediul unui calus periostal

- D. Vindecare prin calus primar angiogen
  - E. Întreruperea vascularizației periostale
32. Dezavantajele și complicațiile imobilizării gipsate sunt date de:
- A. Disconfortul creat de menținerea acesteia pe perioade lungi de timp
  - B. Riscul de compresiune
  - C. Tulburările de circulație
  - D. Păstrarea alinierii fragmentelor și după lărgirea aparatului gipsat
  - E. Stabilizarea fermă a focarului de fractură
33. Indicațiile majore ale osteosintezei sunt reprezentate de fracturile:
- A. Ireductibile pe cale ortopedică
  - B. Instabile predispuse la deplasarea fragmentelor după reducere
  - C. Cu traiect intraarticular care necesită reducere anatomică
  - D. Cu consolidare rapidă
  - E. Parcelare
34. Care dintre următoarele etape apar în formarea de calus?
- A. Etapa calusului intermediar
  - B. Etapa hemoragico-hiperemică
  - C. Calusul osos definitiv
  - D. Etapa de mineralizare
  - E. Calusul fibro-condroid
35. Care sunt complicații generale ce pot apărea în urma unei fracturi?
- A. Flictene și zonă de necroză cutanată
  - B. Sindromul de compartiment
  - C. Embolia grăsoasă pulmonară
  - D. Tromboza venoasă
  - E. Bronhopneumonia
36. Următoarele afirmații sunt adevărate privin fracturile:
- A. În fracturile complete apare un singur fragment osos
  - B. Fracturile spiroide au ca și modalitate de producere un mecanism direct
  - C. Fracturile cominutive prezintă 3 sau mai multe fragmente osoase
  - D. Fracturile stabile prezintă riscul unei deplăsări secundare
  - E. Fracturile oblice se produc printr-un mecanism de flexie
37. Deplasarea fragmentelor de fractură se poate face prin:
- A. Rotație
  - B. Ablație
  - C. Negație
  - D. Unghiulare
  - E. Ascensiune
38. Imagistica specială pentru vizualizarea fracturilor cuprinde:
- A. Tomografia computerizată
  - B. Radiografiile seriate
  - C. Ecografia de părți moi
  - D. Scintigrafia osoasă
  - E. Rezonanța magnetică
39. Tromboza venoasă poate apărea la pacienți:
- A. Cu fracturi multiple
  - B. Cu fracturi ale claviculei
  - C. Imobilizați mai puțin de 10 zile
  - D. Cu fracturi de bazin
  - E. Cu fracturi de membru inferior
40. Complicații locale imediate ale fracturilor sunt:

- A. Pseudartroza
  - B. Leziunea vasculară
  - C. Interpoziția părților moi
  - D. Bronhopneumonia
  - E. Escarele de decubit
41. Referitor la sindromul de compartiment, este adevărat că:
- A. Este descris prin trei mecanisme
  - B. Este descris prin patru mecanisme
  - C. Este descris prin două mecanisme
  - D. Poate pune în pericol viabilitatea membrului afectat
  - E. Determină instalarea unei hipoxii musculare
42. Leziunile nervoase apărute ca și complicații ale fracturilor, pot avea următoarele tipuri anatomo-funcționale:
- A. Neurotmezis
  - B. Neurapraxia
  - C. Neuralgia
  - D. Plegia
  - E. Axonotmezis
43. Referitor la neuroalgodistrofia reflexă posttraumatică se descriu următoarele stadii evolutive:
- A. Atrofic
  - B. Precoce
  - C. Distrofic
  - D. Necrotic
  - E. Apoptotic
44. Artroza posttraumatică este cauzată de:
- A. Infecții ale regiunilor diafizare osoase
  - B. Afecțiuni reumatismale degenerative
  - C. Calusuri vicioase cu dezaxare
  - D. Fracturi intraarticulare
  - E. Afecțiuni musculare degenerative
45. Referitor la tratamentul ortopedic al fracturilor, pot exista următoarele tipuri de tracțiuni continuă:
- A. Internă
  - B. Gravitațională
  - C. Transosoasă
  - D. Cutanată
  - E. Externă
46. Selectați enunțurile adevărate privind ortezele funcționale:
- A. Sunt fabricate din materiale termoplastice
  - B. Pot fi interconectate cu balamale
  - C. Sunt fabricate din material gipsat
  - D. Permite mobilizarea articulațiilor învecinate
  - E. Asigură rotația și unghiularea la nivelul focarului de fractură
47. \* Câte grade are clasificarea Gustilo-Anderson a fracturilor deschise?
- A. Doua
  - B. Trei
  - C. Patru
  - D. Cinci
  - E. Sase
48. \* Agentul patogen cel mai frecvent implicat în infecția osoasă este:

- A. Acinetobacter Baumannii
  - B. Escherichia Coli
  - C. Staphylococcus Epidermids
  - D. Staphylococcus Aureus
  - E. Streptococcus Pneumoniae
49. \* Etapa calusului moale durează:
- A. 7-12 zile
  - B. 7-10 zile
  - C. 7-14 zile
  - D. 7-20 zile
  - E. 7-25 zile
50. \* Următorul este un semn de probabilitate al fracturii:
- A. Mobilitatea anormală
  - B. Întreruperea continuității osoase
  - C. Crepitațiile osoase
  - D. Netransmiterea mișcărilor spre segmentul distal
  - E. Deformarea regiunii

## Răspunsuri Ortopedie

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



## Obstetrică-ginecologie

1. \* Dintre explorările serologice pentru boli infecțioase, obligatorii la luarea în evidență a gravidei fac parte următoarele, cu o excepție. Care este aceasta?
  - A. Complexul TORCH
  - B. HIV
  - C. Urocultură
  - D. VDRL
  - E. Hepatita B și C
2. \* Examenul ecografic de prim trimestru stabilește:
  - A. Vârsta gestațională
  - B. Aspectul placentei
  - C. Cantitatea de lichid amniotic
  - D. Bunăstarea fetală
  - E. Creșterea fetală
3. \* În trimestrul al III-lea de sarcină sunt obligatorii următoarele investigații, cu o excepție. Care este aceasta?
  - A. Hemoleucograma
  - B. Rh-ul soțului
  - C. Glicemia
  - D. Urocultura
  - E. Examenul bacteriologic al secreției vaginale
4. \* În trimestrul al II-lea de sarcină, consultația prenatală nu cuprinde
  - A. Măsurarea greutateii gravidei
  - B. Măsurarea înălțimii fundului uterin
  - C. Măsurarea circumferinței abdominale
  - D. Scorul biofizic
  - E. Data percepției primelor mișcări
5. Frecvența consultațiilor prenatale este
  - A. Săptămânal
  - B. Lunar până la 28 săptămâni
  - C. Lunar până la termen
  - D. De 2 ori pe lună până la termen
  - E. De 2 ori pe lună după 28 săptămâni
6. Conținutul primei consultații prenatale are ca obiective:
  - A. Stabilirea diagnosticului de sarcină
  - B. Nu este importantă identificarea problemelor de sănătate ale gravidei
  - C. Cunoașterea condițiilor de muncă ale gravidei
  - D. Identificarea stării aparatului genital
  - E. Identificarea sarcinilor cu risc
7. Examenul genital la luarea în evidență a gravidei, poate identifica următorii factori de risc:
  - A. Prolapsul genital
  - B. Un sept vaginal
  - C. Tumori cervicale
  - D. Chisturi ovariene de 2 cm
  - E. Chisturi ovariene de 10 cm
8. Explorările serologice pentru bolile infecțioase la gravide sunt:
  - A. VDRL

- B. HIV
  - C. Hepatita B
  - D. Chlamydia
  - E. Rh-ul
9. Investigațiile obligatorii la luarea în evidență a gravidei sunt:
- A. Stabilirea eografică a vârstei gestaționale
  - B. Determinarea grupului de sânge și al Rh-ului
  - C. Explorarea serologică pentru hepatita A
  - D. Exloprarea serologică pentru HIV
  - E. Coprocultura
10. Consultația prenatală în trimestru II cuprinde:
- A. Luarea în evidență
  - B. Măsurarea greutateii gravidei
  - C. Măsurarea înălțimii fundului uterin
  - D. Măsurarea înălțimii gravidei
  - E. Măsurarea circumferinței toracice
11. Sunt corecte următoarele afirmații, privind investigațiile la luarea în evidență a gravidei:
- A. Determinarea grupului sanguin și Rh-ului mamei sunt obligatorii
  - B. Anticorpii se dozează lunar
  - C. În cazul anticorpilor absenți, nu este necesară repetarea lor pe parcursul sarcinii
  - D. Imunoglobulina anti-D se administrează la 28 de săptămâni
  - E. Rh-ul tatălui este important dacă Rh-ul mamei este negativ
12. Consultația prenatală de trimestrul III:
- A. Este acordată de medicul de familie
  - B. Este acordată de medicul specialist
  - C. Presupune efectuarea uroculturii
  - D. Urmărește măsurarea tensiunii arteriale și a pulsului gravidei
  - E. Nu evaluează edemele
13. La examenul ecografic de trimestrul III se evaluează:
- A. Cantitatea lichidului amniotic
  - B. Creșterea fetală
  - C. Data probabilă a nașterii
  - D. Aspectul placentei
  - E. Prezența
14. Antecedentele ginecologice semnificative pentru sarcină sunt:
- A. Hipertensiunea arterială
  - B. Uterul cicatricial
  - C. Sterilitatea tratată
  - D. Intervenții pe colul uterin
  - E. FIV
15. \* La câte SA ( săptămâni amenoree) se efectuează dublu test?
- A. 9-12 SA
  - B. 10-15 SA
  - C. 15-18 SA
  - D. 10-14 SA
  - E. 18-22 SA
16. \* Care dintre următoarele afirmații legate de amniocenteză este falsă?
- A. Vizează depistarea anomaliilor cromozomiale
  - B. Vizeaza depistarea anomaliilor metabolice
  - C. Este o tehnică neinvazivă

- D. Se practică de la 15 săptămâni de amenoree
  - E. Este o procedură care prezintă riscuri
17. \* Care este scopul principal al cordocentezei?
- A. Recoltare de țesut trofoblastic
  - B. Recoltare de sânge fetal pur
  - C. Recoltare de lichid amniotic
  - D. Recoltare de sânge matern
  - E. Depistarea celulelor fetale în sângele matern
18. Care dintre următoarele sunt tehnici invazive de diagnostic prenatal?
- A. Ecografia
  - B. Amniocenteza
  - C. Recoltarea sângelui matern
  - D. Biopsia vilozităților coriale
  - E. Recoltarea sângelui fetal
19. Reprezintă contraindicații ale puncției de vilozități coriale:
- A. Obezitatea
  - B. HTA
  - C. Izoimunizarea maternă
  - D. Sarcina gemelară
  - E. Herpesul genital
20. Reprezintă riscuri ale amniocentezei:
- A. Avortul
  - B. Hipogenezia oromandibulară
  - C. Pierderea de lichid amniotic
  - D. Leziunea fetală
  - E. Malformații ale membrelor
21. Când este solicitat sfatul genetic postnatal?
- A. Când testele de screening neonatale indică prezența unei boli genetice
  - B. Când testele de screening neonatale nu indică prezența unei boli genetice
  - C. Când nou-născutul prezintă dismorfii somatice
  - D. Când nou-născutul prezintă disfuncționalități somatice
  - E. La mame cu vârste de peste 35 ani
22. Reprezintă indicații ale cordocentezei:
- A. Coagulopatii
  - B. Șocul septic
  - C. Obținerea rapidă a cariotipului fetal
  - D. Obținerea rapidă a fenotipului fetal
  - E. Infecții fetale
23. Reprezintă riscuri ale biopsiei de vilozități coriale:
- A. Avortul
  - B. Sângerarea vaginală
  - C. Hipogenezia oromandibulară
  - D. Anemia fetală
  - E. Crampele abdominale
24. Pentru ce pot fi studiate celulele fetale din lichidul amniotic?
- A. Pentru diagnosticul genetic al anomaliilor cromozomiale
  - B. Pentru determinarea cariotipului fetal
  - C. Pentru diagnosticul genetic al tulburărilor metabolice
  - D. Pentru determinarea fenotipului fetal
  - E. Pentru determinare grupei sanguine prin PCR
25. Reprezintă indicații ale depistării anomaliilor cromozomiale:

- A. Vârsta mamei sub 35 ani
  - B. Vârsta mamei peste 35 ani
  - C. Antecedente familiale sau personale de boli genetice
  - D. Rezultate normale ale unor teste neinvazive de screening genetic
  - E. Rezultate normale ale unor teste invazive de screening genetic
26. Selectați afirmațiile corecte despre biopsia vilozităților coriale:
- A. Se efectuează între 15-18 săptămâni de amenoree
  - B. Se efectuează între 9-13 săptămâni de amenoree
  - C. După efectuarea procedurii se supraveghează gravida timp de 30 de minute
  - D. Tehnica este diferită de cea a amniocentezei
  - E. Tehnica este similară cu cea a amniocentezei
27. Reprezintă afirmații adevărate despre biopsia embrionară preimplantațională:
- A. Se efectuează în perioada postimplantațională
  - B. Afectează dezvoltarea embrionară
  - C. Permite testarea oului in vitro înainte de a fi transferat intrauterin
  - D. Poate determina sexul embrionului
  - E. Poate determina bolile genetice legate de sexul embrionului
28. \*Semne probabile de sarcină sunt următoarele, cu o excepție. Care este aceasta?
- A. Modificări ale abdomenului
  - B. Palparea fătului
  - C. Modificări ale uterului
  - D. Constrațiile Braxton Hicks
  - E. Grețuri
29. \*Cel mai fidel indicator biometric al vârstei gestaționale în primul trimestru de sarcină este:
- A. Lungimea cranio-caudală
  - B. Amenoreea
  - C. Modificările abdomenului
  - D. Congestia vaginului
  - E. Prezența mișcărilor active fetale
30. \*Semnul Hegar se definește prin:
- A. Înmuiera istmului uterin după 6 săptămâni de gestație
  - B. Congestia vaginului
  - C. Congestia sânilor
  - D. Creșterea mobilității corpului uterin față de istm
  - E. Amenoreea
31. Semne pozitive de sarcină sunt următoarele:
- A. Prezența activității cardiace fetale
  - B. Amenoreea
  - C. Prezența mișcărilor active fetale
  - D. Tulburări digestive
  - E. Palparea fătului
32. În cazul sarcinilor multiple este necesară determinarea:
- A. Corionicității
  - B. Amnionicității
  - C. Tulburărilor digestive
  - D. Tulburărilor urinare
  - E. Tulburărilor neuropsihice
33. Tulburările digestive, ca simptome prezumtive de sarcină, se manifestă prin:
- A. Grețuri
  - B. Vărsături

- C. Polakiurie
  - D. Pirozis
  - E. Febră înalță
34. Evaluarea ecografică de prim trimestru în sarcină trebuie să cuprindă:
- A. Lungimea cranio-caudală
  - B. Prezența activității cardiace fetale
  - C. Identificarea embrionului și a veziculei viteline
  - D. Localizarea sacului gestațional
  - E. Efectuarea perineotomiei
35. Confirmarea vârstei gestaționale are la bază:
- A. Determinarea lungimii cranio-caudale în primul trimestru de sarcină
  - B. Măsurarea diametrului biparietal între săptămânile 14-26
  - C. Măsurarea tensiunii arteriale
  - D. Determinarea scorului ponderal
  - E. Determinarea grupului de sânge matern
36. Translucența nucală:
- A. Se definește ca grosimea maximă dintre tegument și țesutul moale ce acoperă coloana cervicală fetală
  - B. Se măsoară între 11-14 săptămâni
  - C. Grosimea peste 3mm nu sugerează aneuploidii fetale
  - D. Se măsoară între 21-23 săptămâni
  - E. Nu are implicații în screening-ul aneuploidiilor
37. Identificarea aneuploidiilor în primul trimestru de sarcină are la bază:
- A. Măsurarea translucenței nucale
  - B. Determinarea free  $\beta$ -HCG din serul matern
  - C. Determinarea PAPP-A din serul matern
  - D. Determinarea grupului de sânge matern
  - E. Determinarea Rh-ului matern
38. Tehnica palpării obstetricale descrisă de Leopold cuprinde:
- A. Timpul II- palparea părții fetale aflate la nivelul fundului uterin
  - B. Timpul II - palparea spatelui fetal cu stabilirea diagnosticului de poziție
  - C. Timpul III- palparea segmentului inferior și stabilirea prezentației și mobilitatea acesteia deasupra strâmtorii superioare
  - D. Palparea vulvei
  - E. Palparea pulsului matern
39. Nu reprezintă tulburări digestive de sarcină:
- A. Vărsăturile
  - B. Polakiduria
  - C. Pirozisul
  - D. Tremorul
  - E. Grețurile
40. Care dintre următoarele enunțuri privind sarcinile multiple sunt adevărate?
- A. Sarcinile monoamniotice-monocorionice implică prezența unui singur corion și unui singur sac amniotic ce conține ambii embrioni
  - B. Sarcinile biamniotice-bicorionice implică prezența a doi saci gestaționali, fiecare cu corionul și amniosul său
  - C. Sarcinile monocorionice-biamniotice sunt frecvente
  - D. 1 din 2 femei are istoric de sarcină gemelară monoamniotică-bicorionică
  - E. Implică determinarea corionicității și amnioticității
41. Cele mai frecvent întâlnite tulpini HPV responsabile de leziunile de grad înalt sau cancer invaziv sunt:

- A. HPV-11
  - B. HPV-16
  - C. HPV-40
  - D. HPV-18
  - E. HPV-54
42. Următorii sunt factori de risc pentru apariția cancerului de col uterin:
- A. Fumatul
  - B. Obezitatea
  - C. Partenerii sexuali multipli
  - D. Consumul de alcool
  - E. Imunosupresia endo- sau exogenă
43. \* Screeningul patologiei preneoplazice a colului uterin se începe la:
- A. 40 ani
  - B. 15 ani
  - C. Debutul vieții sexuale
  - D. 21 ani
  - E. 30 ani
44. Care dintre următoarele enunțuri privind screeningul patologiei preneoplazice a colului uterin sunt adevărate:
- A. Se începe la vârsta de 21 ani
  - B. În intervalul 21-29 ani se recomandă la 3 ani doar prin citologie
  - C. În intervalul 21-29 ani se recomandă la 3 ani prin citologie, concomitent cu testarea HPV
  - D. Pentru grupa de vârstă 30-64 ani se recomandă la 5 ani doar prin citologie
  - E. Pentru grupa de vârstă 30-64 ani se recomandă la 5 ani prin citologie, concomitent cu testarea HPV
45. \*Oprirea screeningului patologiei preneoplazice a colului uterin se indică în:
- A. Vârsta de 45 ani cu screening corespunzător în antecedente (3 examinări citologice sau două testări HPV succesive negative)
  - B. Vârsta de 65 ani cu screening corespunzător în antecedente (3 examinări citologice sau două testări HPV succesive negative)
  - C. Vârsta de 65 ani cu screening corespunzător în antecedente (3 examinări citologice sau două testări HPV succesive pozitive)
  - D. Vârsta de 55 ani cu screening corespunzător în antecedente (3 examinări citologice sau două testări HPV succesive negative)
  - E. Vârsta de 55 ani cu screening corespunzător în antecedente (3 examinări citologice sau două testări HPV succesive pozitive)
46. Legat de simptomatologia cancerului de col uterin sunt adevărate următoarele:
- A. În leziunile preneoplazice simptomatologia este de obicei absentă
  - B. În leziunile preneoplazice apare o sângerare vaginală abundentă
  - C. Stadiile incipiente ale cancerului invaziv se manifestă cu durere, scădere ponderală, leucoree fetidă
  - D. În stadiile incipiente cancerul invaziv este oligosimptomatic
  - E. Datorită simptomatologiei precoce, neoplasmul de col este diagnosticat frecvent în stadii incipiente
47. \*Neoplasmul de col devine clinic evident începând cu stadiul:
- A. IA
  - B. IB
  - C. IIA
  - D. III
  - E. IV

48. În fazele incipiente cancerul invaziv al colului uterin se manifestă prin:
- Anemie
  - Leucoree fetidă
  - Sângerare vaginală anormală, în cantitate redusă, la contactul sexual
  - Sângerare spontană în postmenopauză, la pacientele fără activitate sexuală
  - Scădere ponderală
49. Care dintre următoarele afirmații privind examenul clinic în cancerul de col uterin sunt adevărate?
- În cazul leziunilor preneoplazice examenul clinic este de obicei anormal
  - Cancerul invaziv al exocolului se prezintă sub forma unei leziuni vegetante
  - În cancerul invaziv al exocolului apare colul „în butoiăș”
  - Cancerul invaziv al endocolului se prezintă sub forma unei leziuni vegetante
  - Cancerul invaziv al exocolului se prezintă sub forma unei leziuni ulcerate
50. \*Diagnosticul de certitudine al cancerului de col uterin se pune prin:
- CT pelvis
  - Ecografie
  - IRM
  - Biopsie de col uterin
  - Testare HPV
51. Leziunile intraepiteliale de grad înalt cuprind următoarele (Bethesda 2001):
- Displazia ușoară
  - CIN 1
  - Displazia moderată
  - Displazia severă
  - CIN 2
52. Leziunile intraepiteliale de grad scăzut cuprind următoarele (Bethesda 2001):
- Displazie ușoară
  - CIN 1
  - Displazie moderată
  - Displazie severă
  - CIN 3
53. Care dintre următoarele enunțuri privind tratamentul leziunilor preinvazive ale colului uterin sunt adevărate?
- Constă în metode excizionale care furnizează piesa pentru examenul histopatologic
  - Constă în metode distructive care furnizează piesa pentru examenul histopatologic
  - Metodele excizionale se bazează pe electrocoagulare, criocoagulare, vaporizare laser
  - Metodele distructive sunt reprezentate de excizia cu bisturiul clasic, cu ansa sau acul diatermic
  - Terapia distructivă nu mai reprezintă un standard al tratamentului
54. Selectați indicațiile hysterectomiei în leziunile displazice ale colului uterin:
- Displazii ușoare excizate în limite de siguranță oncologică
  - Când se anticipează o urmărire postoperatorie optimă
  - Prezența unor afecțiuni ginecologice concomitente
  - Leziuni întinse la bolta vaginală
  - Paciente care mai doresc sarcini viitoare
55. Tratamentul stadiului IA1 al cancerului de col uterin este:
- Chimioterapie
  - Brahiterapie intracavitară

- C. Radioterapie
  - D. Conizație, la pacientele care doresc conservarea uterului
  - E. Histerectomie totală simplă, la pacientele care nu mai doresc sarcini în viitor
56. \*Tratamentul stadiului IA2 al cancerului de col uterin constă în:
- A. Conizație, la pacientele care doresc conservarea fertilității
  - B. Trahelectomie radicală asociată cu limfadenectomie pelvină laparoscopică de stadializare, dacă nu se dorește conservarea fertilității
  - C. Trahelectomie radicală asociată cu limfadenectomie pelvină laparoscopică de stadializare, conservându-se potențialul fertil al pacientei
  - D. Histerectomie radicală cu limfadenectomie pelvină, conservându-se potențialul fertil al pacientei
  - E. Chimioterapie
57. Trahelectomia radicală prezintă următoarele complicații:
- A. Angina
  - B. Stenoză cervicală
  - C. Dispareunie profundă
  - D. Menometroragii
  - E. Melenă
58. Referitor la tratamentul stadiilor IIB-IV al cancerului de col uterin sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. De elecție este tratamentul chirurgical
  - B. Este recomandată radiochimioterapia
  - C. Conizația este indicată la pacientele care doresc conservarea potențialului fertil
  - D. În cazuri selecționate stadiul stadiul IIB poate fi tratat chirurgical
  - E. În cazuri selecționate stadiul stadiul IV poate fi tratat chirurgical
59. Radioterapia în cancerul de col uterin:
- A. Nu se asociază niciodată cu chimioterapia
  - B. Este externă sau brahiterapie
  - C. Poate fi utilizată ca terapie curativă unică în stadiile incipiente
  - D. Se poate asocia ca terapie adjuvantă sau neoadjuvantă chirurgiei
  - E. Poate fi utilizată ca terapie curativă unică în stadiile avansate
60. Selectați afirmațiile adevărate privind rolul radioterapiei în cancerul de col uterin:
- A. Optimizează controlul locoregional al bolii
  - B. Optimizează controlul la distanță al bolii
  - C. Reduce riscul recidivei centrale pelvine
  - D. Nu influențează recidiva centrală pelvină
  - E. Are efecte adverse mai reduse comparativ cu chirurgia
61. În funcție de localizare distingem următoarele tipuri de leiomiome uterine:
- A. Subseros, dezvoltat spre suprafața externă a uterului
  - B. Intramural, cu punct de plecare la nivelul colului
  - C. Submucos, cu dezvoltare în grosimea miometrului
  - D. Intramural, cu dezvoltare în grosimea miometrului
  - E. Cervical, cu punct de plecare la nivelul colului
62. Factorii de risc ai leiomiomatozei uterine sunt:
- A. Fumatul
  - B. Consumul de alcool
  - C. Menarha tardivă
  - D. Carnea roșie
  - E. Rasa neagră
63. Leiomiomatoza uterină este:



- A. Cea mai frecventă tumoră benignă uterină
  - B. Tumoră cu originea la nivelul glandelor endometriale
  - C. Cea mai frecventă tumoră malignă uterină
  - D. O tumoră bine delimitată, fiind înconjurată de o pseudocapsulă
  - E. Infiltrativă
64. Leiomiomul uterin se manifestă clinic prin :
- A. Hipermenoree
  - B. Menoragie
  - C. Amenoree
  - D. Dismenoree
  - E. Afectarea fertilității
65. Leiomiomele uterine cu localizare anterioară pot determina:
- A. Constipație
  - B. Diaree
  - C. Frecvența micțională crescută
  - D. Dificultăți de evacuare a vezicii urinare
  - E. Hidronefroză unilaterală
66. Complicațiile leiomiomatozei uterine:
- A. Necroza aseptică
  - B. Torsiunea unui fibrom intramural
  - C. Prolabarea transcervicală a unui fibrom cu baza de implantare înaltă
  - D. Degenerescența calcară
  - E. Torsiunea unui fibrom subseros pediculat
67. \*Torsiunea unui nodul uterin fibromatos:
- A. Este o complicație a fibroamelor intramurale
  - B. Este legată întotdeauna de efortul fizic
  - C. Se manifestă printr-o durere pelvină surdă
  - D. Presupune tratament medicamentos
  - E. Se manifestă printr-o durere pelvină de mare intensitate
68. Explorările paraclinice utile în stabilirea diagnosticului de leiomiom uterin sunt:
- A. Urografia IV
  - B. Ecografia
  - C. Ecografia cu infuzie salină
  - D. Testarea HPV
  - E. Rezonanța magnetică nucleară
69. Referitor la utilizarea dispozitivului intrauterin cu eliberare de levonorgestrel în tratamentul leiomiomelor uterine sunt adevărate următoarele:
- A. A fost sesizată reducerea dimensiunilor nodulilor
  - B. Nu a fost sesizată reducerea dimensiunilor nodulilor
  - C. Majoritatea femeilor devin amenoreice
  - D. Hematocritul nu se modifică
  - E. Este eficient în ameliorarea sângerărilor uterine
70. Care dintre următoarele afirmații despre tratamentul chirurgical al leiomiomelor uterine sunt adevărate?
- A. Histerectomia intervine asupra simptomatologiei cât și asupra riscului de recurență
  - B. Histerectomia este recomandată pacientelor la care se dorește conservarea fertilității
  - C. Miomectomia este recomandată pacientelor la care se dorește conservarea fertilității
  - D. Principalul dezavantaj al miomectomiei este sângerarea uterină

- E. Principalul dezavantaj al miomectomiei este recurența leiomiomului
71. \*Selectați enunțul adevărat referitor la hiperplazia endometrială:
- Este o proliferare exagerată a stromei
  - Se găsește întotdeauna un stimul estrogenic excesiv
  - Se găsește întotdeauna un stimul progesteronic excesiv
  - Nu progresează niciodată spre cancer endometrial
  - Diagnosticul de certitudine este ecografic
72. Factorii de risc ai hiperplaziei endometriale sunt:
- Estrogenii exogeni balansați de progestative
  - Estrogenii exogeni nebalansați de progestative
  - Menarha tardivă
  - Menopauza precoce
  - Sindromul ovarelor polichistice
73. \*Diagnosticul de certitudine al hiperplaziei endometriale se pune cu ajutorul:
- Ecografiei
  - Sonohisterosalpingografiei
  - Histeroscopiei
  - Biopsiei endometriale
  - CT-ului
74. \*Ecografic, grosimea endometrială în postmenopauză nu trebuie să depășească:
- 14 mm
  - 4 mm
  - 1 mm
  - 20 mm
  - 32 mm
75. \*În tratamentul medicamentos al hiperplaziei endometriale:
- Se administrează progestative în cazurile fără atipii celulare
  - Se administrează progestative în cazurile cu atipii celulare, în postmenopauză
  - Se administrează estrogeni în cazurile fără atipii celulare
  - Nu este necesară biopsie de control
  - Se administrează progestative pe termen indefinit
76. Selectați enunțurile adevărate privind chisturile funcționale ovariene:
- Sunt formațiuni benigne
  - Sunt formațiuni maligne
  - Necesită întotdeauna tratament chirurgical
  - Consumul de contraceptive orale combinate scade șansele de apariție
  - Cel mai frecvent este chistul de teacă luteinizantă
77. Următoarele sunt chisturi ovariene funcționale:
- Chisturile foliculare
  - Chisturile de teacă luteinizantă
  - Chisturile funcționale de corp galben
  - Fibromul
  - Abcese tubo-ovariene
78. Chisturile de teacă luteinică sunt:
- Cele mai frecvente
  - Cele mai rare
  - Unilaterale
  - Bilaterale
  - Asociate sarcinii
79. Care dintre următoarele afirmații privind teratoamele ovariene sunt adevărate?
- Sunt chisturi benigne funcționale

- B. Sunt chisturi dermoide
  - C. Sunt tumori maligne
  - D. Riscul lor principal este ruptura cu hemoperitoneu
  - E. Riscul lor principal este torsiunea
80. Elementele care sugerează caracterul benign al unei tumori ovariene sunt:
- A. Unilateralitatea
  - B. Imobilitatea
  - C. Suprafața neregulată
  - D. Prezența ascitei
  - E. Caracterul chistic
81. În cadrul examenului ecografic pelvin următoarele chisturi ridică suspiciunea de malignitate:
- A. Cu porțiuni solide
  - B. Cu ecogenitate neomogenă
  - C. Fără vegetații intrachistice
  - D. Septate
  - E. Fără ascită asociată
82. Complicațiile chistului ovarian benign sunt:
- A. Torsiunea
  - B. Hemoragia
  - C. Prolabarea transcervicală
  - D. Compresiunea
  - E. Necroza septică
83. Tratamentul chirurgical al formațiunilor ovariene:
- A. Este întotdeauna pe cale laparoscopică
  - B. Se indică prin laparotomie în formațiunile cu suspiciune de malignitate
  - C. Se adresează tuturor chisturilor funcționale
  - D. Este indicat pentru toate tumorile chistice suspecte sau solide în postmenopauză
  - E. Este indicat pentru toate chisturile cu caractere benigne și asimptomatice
84. Tratamentul medicamentos al tumorilor benigne ovariene:
- A. Este recomandat tumorilor solide în postmenopauză
  - B. Este recomandat tumorilor chistice suspecte în postmenopauză
  - C. Este reprezentat de contraceptive orale combinate
  - D. Este recomandat chisturilor funcționale
  - E. Este doar pe bază de estrogeni
85. \*Vulvovaginita fungică este:
- A. O infecție rară a vaginului și a vulvei
  - B. Determinată majoritar de Candida albicans
  - C. Determinată de Gardnerella vaginalis
  - D. Transmisă strict pe cale sexuală
  - E. Transmisă strict pe cale extrasexuală
86. Proliferarea fungică genitală este favorizată de:
- A. Utilizarea dispozitivului intrauterin
  - B. Partener sexual unic
  - C. Sarcină
  - D. Diabet zaharat
  - E. Tratamentul cu antibiotice
87. Simptomatologia infecției fungice genitale:
- A. Leucoree densă
  - B. Leucoree abundentă

- C. Leucoree apoasă
  - D. Miros de mere acre
  - E. Prurit vulvar intens
88. Selectați enunțurile adevărate privind manifestările clinice în infecțiile fungice genitale:
- A. Se caracterizează prin leucoree albicioasă, aderentă
  - B. Leucoreea are un miros vaginal neplăcut de pește
  - C. Se însoțesc de disurie
  - D. Simptomele se corelează întotdeauna cu examenul obiectiv
  - E. Leucoreea este verzuie
89. \*Tratamentul infecțiilor fungice genitale se face cu următorul preparat:
- A. Metronidazol
  - B. Clindamicină
  - C. Tinidazol
  - D. Penicilină
  - E. Fluconazol
90. \* În formele recurente ale infecțiilor fungice se recomandă:
- A. Doar tratament topic
  - B. Tratament oral în doză unică (fluconazol)
  - C. Tratament intravenos
  - D. Administrarea inițială a unui preparat per os timp de 14 zile
  - E. Doar terapie unică, fără terapie de întreținere
91. Vaginoza bacteriană este:
- A. Cea mai frecventă cauză de leucoree în menopauză
  - B. Cea mai frecventă cauză de leucoree în perioada fertilă
  - C. Considerată întotdeauna o infecție transmisă pe cale sexuală
  - D. Cauzată în special de *Trichomonas vaginalis*
  - E. Cauzată în special de *Gardnerella vaginalis*
92. Factorii de risc ai vaginozei bacteriene sunt:
- A. Consumul de antibiotice
  - B. Sarcina
  - C. Contacte sexuale frecvente
  - D. Corticosteroizi
  - E. Utilizarea dispozitivului contraceptiv intrauterin
93. Manifestările clinice în vaginoza bacteriană sunt:
- A. Leucoree albicioasă
  - B. Leucoree alb-cenușie
  - C. Leucoree apoasă, aerată
  - D. Prurit
  - E. Miros vaginal neplăcut, de pește
94. \*Tratamentul infecției cu *Trichomonas vaginalis* se face cu:
- A. Derivați de nitroimidazol
  - B. Clindamicina
  - C. Penicilină
  - D. Ciprofloxacina
  - E. Doxiciclină
95. Care dintre următoarele afirmații privind infecția cu *Trichomonas vaginalis* sunt adevărate?
- A. Este una dintre cele mai frecvente infecții cu transmitere sexuală
  - B. Transmiterea extrasexuală este frecventă
  - C. Dezvoltarea parazitului este favorizată de un pH vaginal acid
  - D. Presupune prezența unei leucorei abundente, spumoase, cenușie sau verzuie

- E. Este însoțită de prurit intens și arsuri vulvo-vaginale
96. Sifilisul genital:
- A. Este o afecțiune acută
  - B. Este o afecțiune cronică
  - C. Are ca agent etiologic *Treponema pallidum*
  - D. Diseminează în forma de sifilis primar
  - E. Presupune apariția unei ulcerații mari, extrem de dureroasă
97. Următoarele afirmații legate de sifilisul genital sunt adevărate:
- A. Este o infecție înalt contagioasă
  - B. Șancrul moale este frecvent localizat la nivelul vulvei, vaginului, cervixului
  - C. Are următoarea evoluție maculă -> papulă -> ulcerație
  - D. Apare o adenopatie inghinală uni- sau bilaterală
  - E. Penicilina este antibioticul de elecție
98. Cei mai importanți agenți patogeni implicați în etiologia bolii inflamatorii pelvine sunt:
- A. *Trichomonas vaginalis*
  - B. *Chlamydia trachomatis*
  - C. *Neisseria gonorrhoeae*
  - D. *Treponema pallidum*
  - E. *Stafilococcus aureus*
99. Selectați afirmațiile adevărate privind infecțiile genitale înalte:
- A. Majoritatea apar ca rezultat al ascensionării microorganismelor din tractul genital inferior
  - B. Etiologia este de cele mai multe ori monomicrobiană
  - C. În formele acute simptomatologia este zgomotoasă
  - D. Tratamentul medicamentos se bazează pe antibioterapie
  - E. Tratamentul chirurgical este indicat tuturor formelor
100. \*În cazul diagnosticului incert de infecție genitală înaltă, examinarea paraclinică considerată standard de aur este:
- A. Ecografia
  - B. Histerosalpingografia
  - C. CT-ul
  - D. Laparoscopia
  - E. RMN-ul

## Răspunsuri Obstetrică-Ginecologie

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