Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara

Facultatea de Medicină

VARIANTE DE GRILE
PENTRU EXAMENUL DE DISERTAȚIE (pentru studii universitare oferite comasat de licență și master)
Programul de studii - MEDICINĂ
Sesiunea septembrie 2026/februarie 2027

Cuprins

CAP. I - CARDIOLOGIE 4
RĂSPUNSURI CAP. I - CARDIOLOGIE 58
CAP. II - DIABET, NUTRIȚIE, BOLI METABOLICE ȘI REUMATOLOGIE 60
RĂSPUNSURI CAP. II - DIABET, NUTRIȚIE, BOLI METABOLICE ȘI REUMATOLOGIE 88
CAP. III - ENDOCRINOLOGIE 89
RĂSPUNSURI CAP. III - ENDOCRINOLOGIE 94
CAP. IV - GASTROENTEROLOGIE 95
RĂSPUNSURI CAP. IV - GASTROENTEROLOGIE 120
CAP. V - NEFROLOGIE 121
RĂSPUNSURI CAP. V - NEFROLOGIE 149
CAP. VI - PNEUMOLOGIE 150
RĂSPUNSURI CAP. VI - PNEUMOLOGIE 166
CAP. VII - HEMATOLOGIE 167
RĂSPUNSURI CAP. VII - HEMATOLOGIE 175
CAP. VIII - NEUROLOGIE 176
RĂSPUNSURI CAP. VIII - NEUROLOGIE 188
CAP. IX - BOLI INFECȚIOASE 189
RĂSPUNSURI CAP. IX - BOLI INFECȚIOASE 199
CAP. X - DERMATOLOGIE 200
RĂSPUNSURI CAP. X – DERMATOLOGIE 217
CAP. XI - PSIHIATRIE 218
RĂSPUNSURI CAP. XI - PSIHIATRIE 224
CAP. XII - CHIRURGIE 225
RĂSPUNSURI CAP. XII - CHIRURGIE 314
CAP. XIII - CHIRURGIE PLASTICĂ 317
RĂSPUNSURI CAP. XIII - CHIRURGIE PLASTICĂ 327
CAP. XIV - CHIRURGIE VASCULARĂ 328
RĂSPUNSURI CAP. XIV - CHIRURGIE VASCULARĂ 338
CAP. XV - ORTOPEDIE 339

RĂSPUNSURI CAP. XV - ORTOPEDIE 361
CAP. XVI - UROLOGIE 362
RĂSPUNSURI CAP. XVI - UROLOGIE 374
CAP. XVII - ORL 375
RĂSPUNSURI CAP. XVII - ORL 390
CAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE 392
RĂSPUNSURI CAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE 413
CAP. XIX - ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ 414
RĂSPUNSURI CAP. XIX - ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ 422
CAP. XX - PEDIATRIE 423
RĂSPUNSURI CAP. XX - PEDIATRIE 435
CAP. XXI - EPIDEMIOLOGIE 436
RĂSPUNSURI CAP. XXI - EPIDEMIOLOGIE 439
BIBLIOGRAFIE 440

CAP. I - CARDIOLOGIE

1. *Următoarea afirmație despre tromboembolismul venos este falsă:
   A. Este dificil de diagnosticat
   B. Aspectele clinice sunt nespecifice pentru embolia pulmonară
   C. Investigațiile inițiale sunt nespecifice
   D. Investigațiile de rutina sunt specifice pentru embolia pulmonară
   E. Diagnosoticul se stabilește cu întarziere deoarece investigațiile de rutină și aspectele clinice sunt nespecifice

2. *Tromboza arterială si venoasă:
   A. Apare atât la nivelul arterelor cât și a venelor
   B. Coagulii arteriali sunt roșii
   C. Coagulii venoși sunt albi
   D. Fibrina și hematiile contribuie la formarea trombilor albi
   E. Trombocitele și fibrina contribuie la formarea trombilor roșii

3. *Următoarea afirmație este falsă cu excepția:
   A. Trombul limitat la nivelul gambei se definește ca tromboză venoasă proximală
   B. Trombul limitat la nivelul venei popliptee se definește ca tromboză venoasă distală
   C. Este nevoie de câteva zile pentru ca trombii venoși să producă manifestări clinice
   D. Trombul localizat nu poate migra în circulația sanguină și nu poate produce embolie pulmonară
   E. Cel mai frecvent tromboza venoasa își are originea în venele profunde ale membrului superior

4. *Care dintre următoarele afirmații este falsă:
   A. Manifestările tipice de TVP includ durerea
   B. Tumefierea unui membru
   C. Răcirea unui membru
   D. Membru roșu la inspecția tegumentară
   E. Sensibiltate de-alungul traiectului venos

5. *Care dintre următoarele diagnostice intră în diagnosticul diferențial al TVP:
   A. Tromboza venoasă superficială
   B. Astm bronșic
   C. Sindrom coronarian acut
   D. Disecțe de aortă
   E. Pneumothorax

6. *Care dintre următoarele diagnostice intră în diagnosticul diferențial al emboliei pulmonare:
   A. Tamponada cardiacă
   B. Celulita
   C. Sindrom posttrombotic
   D. Ruptura chist Baker
   E. Ocluzie arterială acută

7. *Pe traseul ECG cu 12 derivații în embolia pulmonară acută poate avea aspect de:
   A. Q3 T3 S3
   B. T3 Q1 S3
   C. S1 Q3 T3
   D. V1, V2, V3
   E. S1 Q3 T1

8. *Care dintre următoarele caracteristici clinice nu intră în alcătuirea cu 2 niveluri a scorului WELLS pentru tromboză venoasă profundă
   A. Istoric documentat de tromboză venoasă profundă
   B. Edem al întregului picior
   C. Imobilizare recentă cu aparat gipsat a membrelor inferioare
   D. Cancer activ sub tratament peste 6 luni
   E. Vene colaterale superficiale

9. *Următoarele afirmații despre D-Dimeri sunt adevărate:
   A. Un scor WELLS improbabil nu necesită dozarea D-Dimerilor
   B. D-Dimerii se masoară doar calitativ în plasmă
   C. Nivelurile crescute indică activarea sistemului de coagulare
   D. D-Dimerii sunt specifici pentru trombembolismul venos
   E. D-Dimerii sunt produși de degradare ai firbinogenului

10. *Un pacient care se prezintă cu hemoptizie, alura ventriculară 95 batai/min, cu o intervenție chirurgicală pe abdomen în urma cu 3 săptămâni și are semne și simptome de tromboză venoasă, prezintă un Scor Wells pe două niveluri pentru embolie pulmonară de:
   A. 6 puncte
   B. 6,5 puncte
   C. 7 puncte
   D. 3 puncte
   E. 5,5 puncte

11. Printre factorii de risc tranzitori în trombembolismul venos se numară:
    A. Cancer activ
    B. Imobilizare (repaus la pat >3 zile)
    C. Administrare de estrogeni
    D. Călătorii recente > 4 ore
    E. Vârsta avansată

12. Printre factorii de risc persistenți pentru tromboembolismul venos se numară:
    A. Istoric de trombembolism venos.
    B. Sindrom nefrotic.
    C. Trombofilii ereditare
    D. Sindrom antifosfolipidic
    E. Tromboza venoasă superficială

13. Clinic embolia pulmonară se prezintă astfel:
    A. 65% din cazuri cu durere toracică de tip pleuritic
    B. Dispnee
    C. 25% din cazuri dispnee intense
    D. 10% din cazuri sincopă
    E. Asimptomatic

14. Următoarele afirmații despre tromboza venoasă profundă a membrului superior sunt false:
    A. Algoritmul nu este așa de bine stabilit
    B. Durerea și edemul sunt caracteristice
    C. Necesită examinare ultrasonografică
    D. Nu necesită examinare ultrasonografică
    E. Necesită endarterectomie

15. Standardul anticoagulant pentru trombembolismul venos cuprinde următoarele faze:
    A. Faza acută cu durata de 5-10 zile
    B. Faza acută cu duratat de 1-3 zile
    C. Faza de menținere cu durata de minim 3 luni
    D. Faza subacută cu durata de minim 3 luni
    E. Faza de lungă durată

16. Tratamentul anticoagulant parenteral în trombembolismul venos implică următoarele medicamente:
    A. Heparina cu greutate moleculară mică
    B. Heparina nefracționată
    C. Apixaban

D. Antagonist al vitaminei K
E. Eptifibatid

17. Despre dabigatran se pot afirma următoarele:
A. Nu este necesară administrarea în prealabil de anticoagulant parenteral
B. Este necesară administrarea în prealabil de anticoagulant parenteral
C. Este un inhibitor direct al trombinei
D. Este un inhibitor al factorului VII
E. Este un inhibitor direct al factorului X și factorului Xa

18. Despre apixaban nu se pot afirma următoarele:
A. Este un anticoagulant oral direct
B. Nu este un anticoagulant oral direct
C. Necesită anticoagulare parenterală
D. Se administrează în doza mai mare timp de 7 zile
E. Este inhibitor direct al factorului Xa

19. Următoarele afirmații despre anticoagularea la femeile gravide cu trombembolism venos sunt adevărate:
A. Warfarina nu produce embriopatie
B. Warfarina traversează placenta
C. Warfarina produce embriopatie între săptămânile 13 și 18
D. Anticoagulante directe orale nu traversează placenta
E. Warfarina poate produce hemoragie fetală

20. Utilizarea warfarinei în timpul sarcinii poate induce:
A. Hipoplazie nazală
B. Hemoragie fetală
C. Anomalii neurologice
D. Risc de deces intrauterin
E. Anomalii scheletice diafizare

21. Clasa PESI II presupune:
A. Scorul este cuprins între 66 și 85 puncte
B. Scorul este cuprins între 86 si 105 puncte
C. Riscul de mortalitate este redus
D. Riscul de mortalitate este de 0 și 1,6%
E. Riscul de mortalitate este între 0 și 1,5%

22. În calculul Scorului PESI original următorilor parametri li se acordă câte 20 de puncte:

A. Frecvența respiratorie peste 30 respirații/min
B. Boala pulmonară cronică
C. Status mental alterat
D. Alura ventriculară peste 110 bătăi/min
E. Saturația oxigenului < 90%

23. În calculul Scorului PESI original urmatorilor parametri li se acordă câte 10 de puncte:
A. Sex masculin
B. Saturația oxigenului < 90%
C. Vârsta > 80 ani
D. Insuficiența cardiacă congestivă
E. Boala pulmonară cronică

24. Un pacient 78 ani de sex masculin este diagnosticat cu embolie pulmonară și care prezintă alura ventriculară115 bpm și saturația de oxigen 89%. Despre acest pacient se pot afirma următoarele aspecte:
A. Scor PESI 128 puncte
B. Clasa PESI V
C. Scor PESI 118 puncte
D. Clasa PESI IV
E. Pacientul are 2 puncte în cadrul versiunii simplificate a PESI

25. În cazul pacienților cu cancer și trombembolism pulmonar se pot afirma următoarele:
A. Heparinele cu greutate moleculară mică sunt mai eficiente decat warfarina
B. Anticoagulantele orale directe sunt cel puțin la fel de eficiente ca warfarina
C. Heparinele cu greutate moleculară mică pot crește riscul de sângerare
D. Heparinele cu greutate moleculară mică nu sunt mai eficiente decât warfarina la pacienții cu cancer activ
E. Anticoagulantele orale directe nu cresc riscul de sângerare la pacienții cu cancer și sunt astfel lipsite de riscuri

26. Despre tromboliza următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Nu prezintă riscuri de sângerare
B. Au un risc de 4% de sangerare intracraniană
C. Au un risc de 2% de sângerare intracraniană
D. Se administrează în context de embolie pulmonară cu tensiune arterială sistolică< 90 mmHg
E. Se administrează în contenxt de embolie pulmonară cu tensiune arterial sistolică < 80 mmHg

27. Următoarele afirmații despre tromboliză sunt false:
    A. Tromboliza poate fi administrat direct pe cateter direct în tromb
    B. Restabilește rapid perfuzia pulmonară
    C. Este o procedură exclusiv sistemică
    D. Tromboliza în embolia pulmonară cu risc intermediar este indicație de elecție
    E. Tromboliza locală poate fi folosită în tromboza ilio-femurală

28. Următoarele afirmații despre filtrele de venă cavă inferioară sunt adevărate:
    A. Se indică când pacienții au o contraindicație pentru anticoagulare
    B. Sângerarea activă poate fi o indicație de filtru de vena cavă
    C. Se asociază cu un risc crescut de tromboză venoasă profundă
    D. Filtrele de venă cavă inferioară reduce riscul de embolie pulmonară recurentă versus anticoagulare
    E. Se preferă filtre de venă cavă inferioară permanente

29. Următorii parametri primesc 30 de puncte în calculului scorului PESI, cu excepția:
    A. Vârsta peste 80 de ani
    B. Cancer
    C. Boala pulmonară cronică decompensată
    D. Tensiunea arterială sistolica < 100 mmHg
    E. Temperatura <36 grade Celsius

30. Următoarele afirmații legate de tromboza asociată cancerului sunt adevărate:
    A. Are un prognostic favorabil
    B. 10-20% din toate episoadele de TEV sunt diagnosticate la persoanele cu cancer
    C. Patogeneza include hipercoagulabilitatea indusă direct de cancer
    D. Patogeneza include mobilitatea redusă
    E. Patogeneza include mobilitatea crescută

31. Diagnosticul sindromului antifosfolipidic trebuie luat în considerare la:
    A. TEV la vârstă tânără
    B. Morbiditate în legătură cu sarcina
    C. TEV la vârstă înaintată
    D. Tromboză arterială la vârstă tânără inexplicabilă
    E. Tromboză venoasă cu localizare neobișnuită

32. Următoarele afirmații legate de scorul de evaluare a riscului de tromboză legate de pacient sunt adevărate:
    A. Sângerare activă
    B. Obezitate

C. Internare în secția ATI
D. Trombofilii cunoscute
E. AVC acut

33. Următoarele afirmații legate de riscul de sângerare legate de pacient sunt false:
A. Cancer activ sau în tratament
B. HTA sistolică necontrolată >230/120mmHg
C. Fractură de șold
D. AVC acut
E. Patologii hemoragice ereditare

34. Legat de trombocitopenia indusă de heparină (HIT), se pot afirma următoarele:
A. Este asociată cu o puternică tendință protrombotică
B. Trebuie întrerupt orice tratament cu heparină
C. Anticoagulantele alternative sunt reprezentate de danaparoid, argatroban și fondaparinux
D. Reacția adversă apare la o luna de la administrare
E. Pacienții care dezvoltă HIT nu trebuie expuși din nou la heparină pe viitor

35. Următoarele afirmații legate de anticoagulantele orale directe (DOAC/NOAC) sunt adevărate:
A. Sunt eliminate variabil, pe cale renală și au un timp de înjumătățire de 12 ore
B. Au indice terapeutic mai larg decât warfarina
C. Pot fi administrate în doză fixă fără monitorizare
D. Sunt indicate la pacienții care au suferit înlocuire mecanică a valvelor cardiace sau cu stenoză mitrală moderată sau severă
E. DOAC nu traversează placenta

36. Dintre inhibitorii factorului Xa fac parte:
A. Dabigatran
B. Apixaban
C. Rivaroxaban
D. Warfarina
E. Edoxaban

37. Următoarele afirmații legate de heparina cu greutate moleculară mică(LMWH) sunt adevărate:
A. La femeile însărcinate, LMWH este utilizată în mod uzual deoarece nu traversează placenta

B. Spre deosebire de heparina nefracționată (UFH), LMWH au un risc mai crescut de trombocitopenie indusă de heparină(HIT)
C. Efectul LMWH este doar parțial reversibil la administrarea de de sulfat de protamină
D. Timpul de înjumătățire plasmatică al LMWH este mai scurt decât cel al UFH
E. La pacienții cu tromboză asociată unui cancer, LMWH sunt mai eficiente decât warfarina

38. Următoarele afirmații legate de Apixaban sunt adevărate:
A. Este un inhibitor al factorului Xa
B. Nu se elimină renal
C. Timpul de înjumătățire este de 12ore
D. Efectul maxim este atins la 24 de ore
E. Antidotul în cazul sângerării se numește idarucizumab

39. Tratamentul sângerării la pacienții sub tratament cu anticoagulante orale directe (DOAC) cuprinde:
A. Administrarea DOAC nu trebuie oprită
B. Tratamentul suportiv, cu lichide administrate intravenos și componente ale sângelui, cum ar fi masa eritrocitară, ar trebui administrată după caz
C. Antidotul în cazul dabigatranului este un anticorp monoclonal, idarucizumab
D. Trebuie luată în considerare efectuarea unei endoscopii
E. Administrarea DOAC trebuie oprită

40. Sindromul post-trombotic rezultă prin:
A. Dezvoltarea circulației colaterale
B. Inflamație localizată
C. Ocluzia venoasă proximală cu blocarea circulației de întoarcare
D. Plasma nu extravadează la nivel capilar
E. Hipertensiune venoasă

41. Mijloacele de profilaxie farmacologică în boala venoasă tromboembolică cuprinde:
A. Utilizarea ciorapilor anti-embolici cu lungime până la genunchi sau până la nivelul coapsei
B. În doză mică, DOAC au fost aprobate pentru prevenirea TEV în urma unei intervenții chirurgicale majore de înlocuire a șoldului și a genunchiului, continuate timp de 2-5 săptămâni după operație
C. În doză mică, DOAC au fost aprobate pentru prevenirea TEV în urma unei intervenții chirurgicale majore de înlocuire a șoldului și a genunchiului, continuate timp de 6-8 săptămâni după operație
D. Cel mai adesea sunt folosite heparinele cu greutatea moleculară mică(LMWH)

E. Ridicarea membrelor inferioare

42. *Care dintre următoarele patologii reprezintă o cauză principală pentru insuficiența cardiacă:
    A. Cardiomiopatia dilatativă
    B. Cardiomiopatia hipertrofică
    C. Aritmii
    D. Pericardita constrictivă
    E. Miocardita

43. *Modificările fiziopatologice aparute în insuficiența cardiacă, sunt următoarele, cu excepția:
    A. Dilatare ventriculară
    B. Sinteză crescută de colagen
    C. Alterarea expresiei genei miozinei
    D. Hipotrofie miocitară
    E. Retenție de sare și apă

44. *Circulația hiperdinamică reprezintă o cauză de insuficiență cardiacă.Care din următoarele patologii poate provoca acest tip de circulație:
    A. Valvulopatiile mitrale
    B. Tireotoxicoza
    C. Amiloidoza
    D. Fibrilația atrială
    E. Miocardita

45. *Care dintre următoarele afirmații despre peptidul natriuretic de tip B (BNP) este falsă:
    A. Este secretat predominant de ventriculi
    B. Este secretat ca răspuns la stresul crescut din peretele miocardic
    C. BNP este un bun predictor de evenimente cardiovasculare și mortalitate
    D. BNP este crescut la pacienții cu insuficiență cardiacă
    E. Monitorizarea concentrațiilor serice se folosește de rutina pentru ghidarea tratamentului insuficienței cardiace

46. *Putem clasifica o insuficiență cardică, ca fiind cu fracție de ejecție scăzută, din momentul in care aceasta scade sub:
    A. 50%
    B. 30%
    C. 25%
    D. 40%

E. 45%

47. *Disfuncția sistolică a ventriculului drept poate fi dată de următoarele, cu excepția:
A. Hipertensiunea pulmonară primară
B. Hipertensiunea pulmonară secundară
C. Cardiomiopatia aritmogenă de ventricul drept
D. Reacție secundară a bolilor acute ale cordului stâng
E. Reacție secundară a bolilor cronice ale cordului stang

48. *Diagnosticul insuficienței cardiace cu fracție de ejecție redusă necesită prezența a:
A. 3 condiții
B. 4 condiții
C. 2 condiții
D. 1 condiție
E. 5 condiții

49. Care dintre următoarele patologii sunt cauze de insuficiență cardiacă dreaptă:
A. Infarct de ventricul drept
B. Bronhopneumopatie obstructivă cronică
C. Tireotoxicoza
D. Embolia pulmonară
E. Hipertensiunea pulmonară

50. Semnele care apar în insuficiența cardiacă este sunt reprezentate de:
A. Raluri pulmonare sibilante și ronflante
B. Zgomotele cardiace 3 si 4
C. Edeme periferice gambiere
D. Hepatomegalie nedureroasă
E. Ascită

51. Radiografia în insuficieța cardiacă evaluează:
A. Prezența cardiomegaliei
B. Congestia venoasă pulmonară cu redistribuția circulației către lobii inferiori
C. Prezența revărsatului pleural
D. Liniile Kerley
E. Hipertransparența pulmonară

52. Retenția de sare și apă din insuficiența cardiacă are loc prin următoarele mecanisme:
A. Creșterea presiunii venoase care apare în disfuncția ventriculară duce la retenția de sare si apă

B. Scăderea presiunii venoase care apare în disfuncția ventriculară duce la retenția de sare si apă
C. Scăderea debitului cardiac determină scăderea perfuziei renale și activarea sistemului renină-angiotensină contribuind în plus la retenția de sare si apa
D. Creșterea debitului cardiac determină scăderea perfuziei renale și activarea sistemului renină-angiotensină contribuind în plus la retenția de sare si apa
E. Nicio afirmație de mai sus nu explică mecanismul de retenție de sare și apă din insuficința cardiac

53. Următoarele afirmații despre remodelarea miocardică din insuficiența cardiacă sunt adevărate:
A. Este un proces progresiv
B. Remodelarea are loc sub influența unor factori mecanici, neurohormonali si posibil genetici
C. Elementele definitorii ale remodelării sunt hipertrofia, pierderea miocitelor si fibroza miocardică scăzută
D. Procesul de remodelare continuă câteva săptămâni după leziunea inițială
E. Procesul de remodelare continuă câteva zile după leziunea inițială

54. Cauzele principale ale insuficienței cardiace sunt reprezentate de:
A. Boli pericardice (pericardită constrictivă, pericardită lichidiană)
B. Boala cardiacă ischemică
C. Cardiomiopatia (non-dilatativă): hipertrofică, restrictivă
D. Cardiomiopatia dilatativă
E. Hipertensiunea arterială

55. Următoarele afirmații despre modificările fiziopatologice din insuficiența cardiacă sunt adevărate:
A. Peptidul natriuretic atrial este eliberat de miocitele ventriculare ca răspuns la întindere (stretch)
B. Atât BNP cât și NT-pro BNP sunt crescute la pacienții cu insuficiență cardiacă
C. Creșterea postsarcinii determină creșterea debitului cardiac
D. Scăderea debitului cardiac determină scăderea perfuziei renale și activarea sistemului renină angiotensină
E. Creșterea presiunii venoase sistemice determină apariția ascitei, hepatomegaliei și a edemelor declive

56. Următoarele afirmații referitoare la investigațiile din insuficiența cardiace sunt adevărate, cu excepția:

A. Electrocardiograma evaluează prezența ischemiei, a hipertrofiei ventriculare sau a aritmiilor
B. Radiografia toracică evaluează funcția sistolică și diastolică a ventriculului stâng
C. Ecocardiografia nu poate oferi informații despre cinetica parietală și performanța ventriculară stângă
D. Cateterismul cardiac se utilizează pentru diagnosticul insuficienței cardiace ischemice
E. Determinarea BNP sau NT-pro BNP nu face parte din investigațiile paraclinice ale unui pacient cu insuficiența cardiacă

57. Tabloul clinic al insuficienței cardiace cuprinde următoarele simptome:
A. Durere pleurală
B. Dispnee de efort
C. Ortopnee
D. Fatigabilitate
E. Cardiomegalie

58. Diagnosticul insuficienței cardiace cu fracție de ejecție scăzută necesită prezența următoarelor condiții (conform Ghidului Societății Europene de Cardiologie):
A. Radiografie toracică cu modificări specifice de insuficiență cardiacă
B. Biopsie miocardică pozitivă pentru amiloidoză cardiacă
C. Simptome caracteristice de insuficiență cardiacă
D. Semne caracteristice de insuficiență cardiacă
E. Fracție de ejecție scăzută a ventriculului stâng

59. Clasificarea New York Heart Association (NYHA) a insuficienței cardiace cuprinde:
A. Clasa I - simptomele de insuficiență cardiacă apar în repaus
B. Clasa III- limitare ușoară a activității fizice.
C. Clasa II- fără simptome în repaus, dar la activitatea fizică obișnuită apare oboseala, dispneea sau palpitațiile
D. Clasa III- Limitare marcată a activității fizice. Fără simptome de repaus, dar la activitatea fizică mai scăzută decât cea obișnuită apar oboseala, dispneea și palpitațiile
E. Clasa NYHA IV- simptomele de insuficiență cardiacă apar în repaus și sunt exacerbate de orice activitate fizică

60. Următoarele clase de medicamente sunt utilizate în insuficiența cardiacă:
A. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
B. Diureticele
C. Antiinflamatoarele non-steroidiene
D. Antibioticele
E. Antagoniștii receptorilor de angiotensină II

61. Următoarele afirmații despre tratamentul medicamentos în insuficiența cardiacă sunt adevărate, cu excepția:
    A. Beta-blocantele nu îmbunătățesc statusul funcțional și nu scad mortalitatea cardiovasculară
    B. Ginecomastia apare la 1 din 10 bărbați tratați cu spironolactonă
    C. Efectele adverse ale IECA sunt reprezentate de tuse, hipotensiune arterială, hiperkaliemie și disfuncție renală
    D. Antagoniștii receptorilor de angiotensină determină tuse la fel ca IECA
    E. Digoxinul este indicat la pacienții cu fibrilație atrială și insuficiență cardiacă

62. Insuficiența cardiacă acută poate avea următoarele etiologii:
    A. Sindrom coronarian acut
    B. Regurgitări valvulare acute din endocardita infecțioasă
    C. Fibrilația atrială este frecvent asociată cu insuficiența cardiacă acută și poate necesita cardioversie de urgență
    D. Disecția de aortă care poate determina regurgitare aortică severă
    E. Ischemia acută periferică

63. Pentru stabilirea diagnosticului de insuficiență cardiacă acută sunt utilizate următoarele investigații paraclince:
    A. Ecografia cardiacă transtoracică
    B. ECG în 12 derivații
    C. Radiografia toracică
    D. RMN cardiac
    E. Scintigrafia cardiacă

64. Edemul pulmonar acut din insuficiența cardiacă acută poate cuprinde următoarele elemente de tablou clinic:
    A. Raluri pulmonare subcrepitante
    B. Saturație de oxigen sub 90% în aerul atmosferic
    C. Tahipnee și ortopnee
    D. Durere toracică cu caracter de arsură ce apare postprandial
    E. Expectorație muco-purulentă

65. Tabloul clinic în insuficiența cardiacă cuprinde următoarele semne:
    A. Presiunea venoasă jugulară crescută
    B. Raluri pulmonare crepitante bazal unilateral
    C. Edeme periferice gambiere
    D. Hepatomegalie dureroasă

E. Revărsat pleural

66. Următoarele afirmații despre tratamentul insuficienței cardiace sunt adevărate:
    A. Utilizarea beta-blocantelor este contraindicată în stenoza de arteră renală
    B. Diureticele ameliorează dispneea
    C. Antagoniștii receptorilor de angiotensină nu afectează metabolismul bradikininei și nu determină tuse
    D. Beta-blocantele trebuie folosite cu precauție la pacienții cu boli pulmonare obstructive
    E. Ivabradina este tratamentul de elecție al bradicardiei sinusale

67. Următoarele afirmații despre tratamentul insuficienței cardiace sunt adevărate, cu excepția:
    A. Utilizarea beta-blocantelor este contraindicată în stenoza de arteră renală
    B. Diureticele ameliorează dispneea
    C. Antagoniștii receptorilor de angiotensină nu afectează metabolismul bradikininei și nu determină tuse
    D. Beta-blocantele trebuie folosite cu precauție la pacienții cu boli pulmonare obstructive
    E. Ivabradina este tratamentul de elecție al bradicardiei sinusale

68. *Selectați afirmațiile adevărate referitoare la defibrilare în resuscitarea stopului cardiac:
    A. Este utilizată pentru conversia fibrilației atriale la ritm sinusal
    B. Șocul cu curent direct este eliberat sincron cu complexul QRS
    C. Una dintre padele se plasează la stânga sternului superior și cealaltă deasupra apexului cardiac
    D. Una dintre padele se plasează sub vârful scapulei stângi și cealaltă deasupra apexului cardiac
    E. Una dintre padele se plasează sub vârful scapulei stângi și cealaltă pe peretele anterior al hemitoracelui stâng

69. *Primul pas în suportul vital de bază (BLS) este reprezentat de:
    A. Solicitarea de ajutor imediat
    B. Evitarea expunerii la pericole suplimentare
    C. Testarea la stimuli verbali
    D. Testarea la stimuli dureroși
    E. Eliberarea căilor aeriene

70. Lanțul supraviețuirii în resuscitarea cardiacă cuprinde:
    A. Recunoașterea timpurie a lipotimiei
    B. Alertarea rapidă a serviciilor de urgență
    C. Defibrilarea rapidă

D. Resuscitarea cardiopulmonară precoce
E. Îngrijirea pre-resuscitare

71. Tratamenul cauzelor reversibile în cursul resuscitării cardiace se referă la:
A. Hipoxie
B. Hipervolemie
C. Hipertermie
D. Tamponada cardiacă
E. Pneumotoracele în tensiune

72. Este adevărat că hipotermia terapeutică post-resuscitare :
A. Are importanță încă neclară
B. Se asociază întotdeauna cu scăderea mortalității
C. Se asociază cu agravarea tulburărilor neurologice
D. Poate îmbunătăți prognosticul la pacienții adulti inconstienti cu circulație spontan reluată după un stop cardiac prin fibrilatie ventriculara survenit in afara spitalului
E. Se asociază cu rezultate neurologice mai bune după defibrilare electrică pentru fibrilație ventriculară

73. Ritmuri șocabile ale stopului cardiac sunt:
A. Tahicardia ventriculară fără puls
B. Fibrilația ventriculară
C. Activitatea electrică fără puls
D. Asistola
E. Blocul total atrio-ventricular

74. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la resuscitarea cardiopulmonară (RCP) avansată:
A. Perioadele de RCP durează câte 5 minute
B. Adrenalina se administrează după 3 șocuri
C. Amiodarona de administrează la fiecare 2 minute
D. Se asigură abord vascular intravenos sau intraosos
E. Se limitează la minim întreruperile compresiilor

75. Resuscitarea cardiopulmonară (RCP) de bază la adulți, în afara spitalului, se aplică astfel:
A. La pacient neresponsiv, care nu respiră normal
B. La pacient obnubilat, care nu respiră normal
C. Se efectuează 50 de compresiuni toracice urmate de 2 respirații de salvare
D. Se efectuează 100 de compresiuni toracice urmate de 2 respirații de salvare
E. Se efectuează 30 de compresiuni toracice urmate de 2 respirații de salvare

76. Algoritmul ABCDE al suportului vital avansat la adulți cuprinde:
    A. Căi aeriene
    B. Respirație
    C. Circulație
    D. Dizabilitate
    E. Exercițiu

77. Tratamentul imediat post-resuscitare cardiopulmonară cuprinde, la toți pacienții:
    A. Algoritmul ABCDE
    B. Controlul temperaturii corporale
    C. Angiocoronarografie
    D. Ecografie
    E. RCP extracorporeal

78. Selectați afirmațiile adevărate referitoare la resuscitarea cardiopulmonară (RCP):
    A. Sternul este comprimat ritmic la o adâncime de 8-10 cm
    B. Sternul este comprimat ritmic cu o frecvență de 100-120/minut
    C. Este necesar ca fiecare respirație să dureze timp de 1 secundă
    D. Sunt necesare două respirații eficiente
    E. RCP se întrerupe periodic pentru reevaluarea stării victimei

79. În cazul resuscitării cardiopulmonare (RCP) este adevărat că:
    A. RCP mecanică este utilizată de rutină în prezent
    B. La adulți, se efectuează 50 de compresii toracice urmate de 2 respirații eficiente
    C. La pacienții pediatrici, se efectuează 15 compresii toracice urmate de 2 respirații eficiente
    D. Compresiunile toracice acționează ca o pompă care asigură un sistem bidirectional al curgerii sângelui
    E. Inițierea RCP la locul evenimentului salvează vieți

80. *Care din următoarele nu poate fi o complicatie a stenozei mitrale:
    A. Infarctul cerebral
    B. Infarctul splenic
    C. Infarctul pulmonar
    D. Infarctul renal
    E. Infarctul intestinal

81. *Insuficienţa mitrală poate apare în cazul:
    A. Unui infarct miocardic
    B. Endocarditei infecţioase

C. Febrei reumatismale
D. Toate cele de mai sus
E. Doar în cazul febrei reumatismale

82. *În cazul pacienţilor cu stenoză mitrală severă poate apare:
A. Edem pulmonar acut
B. Fibrilaţie atrială
C. Dispnee la eforturi mici
D. Toate cele de mai sus
E. Nici unul dintre fenomele descrise mai sus

83. *Stenoza aortică poate avea următoarea etiologie cu excepţia:
A. Congenitală
B. Degenerativă
C. Virală
D. Reumatică
E. Postiradiere

84. *Pacient în varsta de 55 ani, de sex masculin, obez, dislipidemic, fără patologie cardiovasculară cunoscută, acuză fatigabilitate, dispnee la efort fizic moderat și un episod sincopal la domiciliu în timpul unui efort fizic susținut. Examenul obiectiv relevă TA = 130/80 mmHg, AV = 75 bpm, zgomote cardiace ritmice, suflu mezotelesistolic, aspru, rugos, în spațiul II intercostal parasternal drept, de intensitate gradV/VI, cu iradiere pe vasele gatului. Traseul EKG de repaus evidențiază RS, AV 75 bpm, ax QRS orizontalizat, HVS cu modificari secundare ale fazei de repolarizare ventriculară (subdenivelare 1 mm in DII, DIII, aVF, unde T negative DII, aVF, V5-V6). Ce diagnostic prezumtiv suspicionați?
A. Cardiomiopatie restrictivă
B. Sincopă vasovagală
C. Bicuspidie aortica cu stenoză severă
D. Cardiomiopatie dilatativă
E. Infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST

85. *Următoarele afirmații sunt adevarate despre insuficiența tricuspidiană:
A. Ecocardiografia evidențiază micșorarea ventriculului drept și laxitatea valvei mitrale
B. Ecocardiografia evidențiază micșorarea ventriculului stâng și îngroșarea valvei mitrale
C. Ecocardiografia evidențiază dilatarea ventriculului stâng și îngroșarea valvei mitrale
D. Ecocardiografia evidențiază dilatarea ventriculului stâng și îngroșarea valvei tricuspide

E. Ecocardiografia evidențiază dilatarea ventriculului drept și îngroșarea valvei tricuspide

86. *În insuficienţa aortică pot apare următoarele simptome cu excepţia:
A. Angină pectorală
B. Durere în bară în etajul abdominal inferior
C. Dispnee
D. Puls amplu săltăreţ
E. Palpitaţii

87. *Pacientă în vârstă de 77 ani, fumătoare, hipertensivă, acuză astenie fizică marcată şi dispnee la efort fizic minim. Examenul obiectiv decelează: MV prezent bilateral fără raluri supraadăugate ,TA = 110/60 mmHG, AV = 80 bpm, zgomote cardiace aritmice, ascultatoriu se decelează suflu holosistolic in spatiul V i.c.stang, de intensitate grad IV/VI, cu iradiere în axilă. Traseul EKG evidențiază: Fibrilație atrială, AV = 80 bpm, ax QRS intermediar, unda T negativa DIII, V1. Ce diagnostic sugerează datele prezentate?
A. Edem pulmonar acut cardiogen
B. Stenoza mitrală reumatismală
C. Tromboembolism pulmonar acut
D. Regurgitare mitrală degenerativă
E. Stenoza aortică reumatismală

88. Stenoza mitrală severă se caracterizează prin:
A. Aria valvei mitrale <1 cm2
B. Aria valvei mitrale <1,5 cm2
C. Aria valvei mitrale <2 cm2
D. Gradient mediu transvalvular >10 mmHg
E. Gradient mediu transvalvular >5 mmHg

89. Metodele de corecţie ale stenozei mitrale sunt:
A. Protezarea mitrală
B. Valvulotomia pe cord deschis
C. Valvulotomia pe cord închis
D. Valvulotomia cu balon prin puncţie transseptală
E. Numai medicamentoase

90. Diagnosticul stenozei mitrale se realizează prin:
A. Analize standard de laborator
B. Electrocardiografic în prezenţa fibrilaţiei atriale
C. Ecocardiografic transtoracic

D. Doar ascultatoric
E. Ecocardiografic transesofagian

91. Etiologia insuficienței mitrale poate fi:
A. Degenerativă
B. Infecțioasă
C. Reumatismală
D. Mixedematoasă
E. Determinată de antagoniști dopaminergici

92. În cazul insuficienței mitrale la auscultația cordului se poate constata:
A. Suflu holodiastolic cu iradiere la baza gatului
B. Suflu holosistolic cu iradiere in axila
C. Clic mezo-telesistolic și suflu telesistolic
D. Clic protosistolic și suflu telediastolic
E. Clic mezo-telesistolic și suflu teldiastolic

93. În cazul insuficienței mitrale severe organice tratamentul corect este:
A. Tratamentul insuficienţei cardiace cu: IECA, Beta-blocant, diuretice
B. Tratament corticoterapic
C. Înlocuire valvulară la pacienţi simptomatici cu FE > 30%
D. Înlocuire valvulară la pacienţi simptomatici cu FE < 30%
E. Tratament imunosupresiv

94. Pacient în vârstă de 76 ani, hipertensiv,care a lucrat în mediu toxic, cunoscut cu BPOC și stenoză aortică, acuză fatigabilitate, episoade anginoase repetate însoțite de dispnee la efort fizic moderat. În urma evaluării ecocardiografice se evidențiază ventricul stâng cu dimensiuni cavitare normale, cu HVS concentrică, FEVS scăzuta (40%), VmaxAo = 4,2 m/s, PmedAo = 50 mmHg, aria valvei aortice = 0,8 cm2. Următoarele afirmații sunt corecte:
A. Stenoza aortică moderată
B. Indicația de elecție este intervenție chirurgicală cu înlocuire valvă aortică, dacă riscul chirurgical este scăzut.
C. Stenoză aortică severă
D. Administrarea de vasodilatatoarele necesită prudență
E. Regurgitare aortică severă

95. Care din următoarele afirmații sunt adevărate în legatură cu tratamentul anticoagulant la pacienții cu proteze valvulare:
A. Se face obligatoriu cu acenocumarol

B. Se poate face și cu inhibitori de factor Xa
C. INR ținta este între 2-2,5
D. INR ținta este între 2,5-3 pentru protezele cu trombogenicitate joasă
E. Se recomandă numai la persoane > 65 ani

96. Urmatoarele sunt leziuni cutanate specifice endocarditei infecțioase:
A. Nodulii Osler
B. Hemoragiile in aschie
C. Leziunile Janeway
D. Nodulii Meynet
E. Petele Roth

97. Profilaxia endocarditei bacteriene se efectuază obligatoriu la:
A. Pacienţi cu proteze valvulare metalice
B. Pacienţi cu antecedente de endocardită
C. Pacienţi cu Tetralogie Fallot neoperată
D. Pacienți cu defect septal atrial operat
E. Pacienți cu anevrism de aortă ascendentă

98. Endocardita infecţioasă este consecinţa:
A. Prezenţei unui microorganism în torentul circulator
B. Anomaliilor endoteliului cardiac
C. Unui episod febril prelungit
D. Oricarei proceduri nesângerânde
E. Palpaţiei abdominale profunde în cazul unei apendicite acute

99. Criteriile majore de diagnostic ale endocarditei bacteriene sunt:
A. Febra
B. Tulburări de conducere intraventriculare sau atrioventriculare nou documentate
C. Ecocardiografice: masă intracardiacă mobilă pe valve sau structurile vecine
D. Hemoculturi negative
E. 2 hemoculturi pozitive cu acelaşi germene

100. În cazul pacienţilor cu endocardită infecţioasă, febra persistentă ridică problema:
A. Extensiei leziunii paravalvular şi formarea unui abces
B. Reacţie adversă la medicamente
C. Infecţie nozocomială
D. Embolie pulmonară
E. Infarct mesenteric

101. Ascultaţia cordului în stenoza aortică se caracterizează prin:
   A. Suflu diastolic fin în focarul aortic
   B. Suflu mezodiastolic Austin Flint
   C. Suflu sistolic de ejecţie crescendo-descrescendo în focarul aortic
   D. Zgomot de galop ventricular
   E. Suflu de ejecţie aspru în focarul aortic cu iradiere la baza gâtului

102. Pacienta în vârsta de 63 ani, fumătoare, hipertensivă, cunoscută cu reumatism articular acut de la varsta de 17 ani, se prezintă în serviciul UPU cu stare generală influenţată, dispnee de repaus cu ortopnee si palpitații cu ritm rapid. Examenul obiectiv decelează : tahipnee, MV prezent bilateral, raluri subcrepitante mediobazal bilateral, SaO2 = 87%, TA = 120/60 mmHG, AV = 130 bpm, zgomote cardiace aritmice, ascultatoriu se decelează suflu holodiastolic în spațiul V i.c. stâng pe LMC. Traseul EKG evidențiază: Fibrilație atrialĂ, AV = 130 bpm, ax QRS intermediar, unda T negativa DIII, V1. Conduita terapeutică de urgenţă este:
   A. Oxigenoterapie
   B. Diuretic de ansa i.v.
   C. Digoxin i.v.
   D. Anticoagulant oral
   E. Tratament hipotensor

103. Stenoza aortică severă care apare la vârstnici:
   A. Este întotdeauna determinată de o patologie congenitală
   B. Are etiologie degenerativă
   C. Poate determina sincopa, angină şi dispnee
   D. Apare la diabetici
   E. Asociază o patologie hematologică

104. Pacient în vârstă de 77 de ani, de sex masculin cunoscut cu HTA esentiala gr II, se prezintă în urgenţă cu palpitaţii si ameţeli. Stetacustic cardiac se deceleaza suflu sistolic în focarul mitral. Ecocardiografic: regurgitare mitarală gr III, cu calcificări ale cuspelor, AS=50 mm. EKG: ritm neregulat, ax electric intermediar, FC=120 b/min, complexe QRS cu durata normală. Următoarele afirmaţii sunt adevărate:
   A. Suflulul sistolic indică prezenţa unei stenoze mitrale.
   B. Etiologia aritmiei o reprezintă dilatarea atriului stang secundară valvulopatiei mitrale.
   C. Nu este indicat tratamentul anticoagulant la acest pacient.
   D. Diagnosticul este de insuficienţă mitrală degenerativă cu fibrilaţie atrială cu alură ventriculară rapidă.
   E. Pentru controlul frecvenţei se pot administra betablocante sau blocante ale cananlelor de calciu nondihidropiridinice.

105. Pacient în vârstă de 75 de ani, cunoscut cu insuficienţă cardiacă şi fibrilaţie atrială permanentă cu AV controlată, se prezintă în UPU cu febră 38 C de aprox o săptămână, anasarcă, dispnee inspiratorie, fatigabilitate marcată, tuse seacă, TA=100/60mmHg, SaO2=90% spontan. ECG decelează fibrilaţie atrială cu AV rapida (140b/min) fără modificări ischemice acute. Enzimele miocardice de necroză sunt negative. ECO – masă mobilă la nivelul valvei aortice noncoronare. Care sunt cauzele cele mai probabile ale decompensării insuficienţei cardiace?
    A. STEMI
    B. NSTEMI
    C. Endocardita
    D. Fibrilaţie atrială cu AV rapidă
    E. COVID-19

106. Factorii de risc pentru boală aortică cu valve calcificate sunt :
    A. Vârsta avansată
    B. Nivel crescut de LDL colesterol
    C. Hipertensiune arterială
    D. Diabet zaharat
    E. Vârsta tânără

107. Etiologiile posibile ale insuficienţei aortice sunt:
    A. Congenitală
    B. Dilataţiile mari ale ventriculului stîng din boala coronariană, cardiomiopatia dilatativă
    C. Endocardită reumatismală
    D. Luesul
    E. Ruptura traumatică a valvelor aortice, dilatarea marcată a aortei ascendente

108. Din punct de vedere fiziopatologic, in stenoza mitrala severa apar urmatoarele modificari:
    A. Creșterea presiunii atriale stângi
    B. Hipertrofia și dilatarea atriului stâng
    C. Creșterea presiunii în capilarele pulmonare
    D. Scăderea presiunii atriale stângi
    E. Scăderea presiunii în capilarele pulmonare

109. Din tabloul clinic al stenozei mitrale semnificative hemodinamic pot face parte:
    A. Edemul pulmonar acut
    B. Dispneea de efort cu caracter progresiv
    C. Tusea productivă, spumoasă, cu striruri sanguinolente
    D. Hemoptizia francă

E. Episoadele sincopale

110. Care dintre criteriile ecocardiografice de mai jos indică o stenoză aortică severă:
   A. Velocitate maximă transaortică >4 m/s
   B. Gradientul presional transvalvular aortic mediu mai mare de 40 mmHg
   C. Gradientul presional transvalvular aortic maxim mai mare de 40 mmHg
   D. Gradientul presional transvalvular aortic mediu mai mare de 20 mmHg
   E. Velocitate maximă transaortică >2 m/s

111. *Cel mai frecvent, sindromul coronarian acut este declanşat de:
   A. Eliberarea de oxid nitric
   B. Afectarea coronariană în contextul unei disecții acute de aortă de tip A
   C. Eliberarea de prostaglandină E2
   D. Afectarea coronariană în contextul unei disecții acute de aortă de tip B
   E. Fisura unei placi de aterom

112. *Boala coronariană îmbracă diferite forme clinice, cu excepția:
   A. Angină pectorală stabilă
   B. Angină pectorală instabilă
   C. Infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST
   D. Boala coronariană recunoaște întotdeauna o formă simptomatică
   E. Infarct miocardic acut fără supradnievelare de segment ST

113. *Tratamentul trombolitic este indicat în:
   A. Infactul miocadic acut cu supradenivelare de segment ST în primele 72 de ore de la debut
   B. Infarctul miocadic acut cu supradenivelare de segment ST în primele 12 ore de la debut
   C. Infarctul enteromezenteric în primele 12 ore de la debut
   D. Angina pectorală stabilă clasa II CCS
   E. Infarctul miocardic acut fără supradenivelare de segment ST

114. *Următoarele afirmații despre agenții antiplachetari sunt adevărate, cu excepția:
   A. Clopidogrelul se administrează în doză de încărcare de 600 mg
   B. Doza de întreținere pentru ticagrelor este de 180 mg/zi
   C. Doza de încărcare pentru ticagrelor este de 180 mg
   D. Eptifibatida este un antiagregant plachetar oral
   E. Eptifibatida este un antiagregant plachetar cu administrare parenterală

115. *Următoarele afirmații despre clasaificarea Killip sunt false, cu excepția:

A. Killip I: fără raluri de stază
B. Killip II: raluri de stază pe mai mult de 50% din câmpurile pulmonare
C. Killip IV: raluri de stază pe mai mult de 50% din câmpurile pulmonare
D. Killip III: fără zgomot de galop ventricular
E. Killip I: raluri de stază în mai puțin de jumătatea inferioară a bazelor pulmonare

116. *Următoarea afirmație este adevărată cu privire la tratamentul infarctului miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI):
A. Terapia de reperfuzie este indicată la toți pacienții cu simptome de ischemie cu durată mai mică de 12 ore, in absenta supradenivelării persistente a segmentului ST
B. Tratamentul trombolitic (bivalirudina) este recomandat pacienților care nu ajung la angioplastie coronariană percutană în mai puțin de două ore
C. Stenturile metalice sunt mai des folosite decât cele farmacologic active
D. Accesul venei femurale drepte este recomandat pentru procedura de coronarografie
E. Angioplastie coronariană percutană primară reprezină metoda de reperfuzie de preferat în centrele care dispun de laboratoare de cardiologie intervențională

117. *Următoarea situație reprezintă o contraindicație absolută pentru tromboliză:
A. Tratamentul anticoagulant oral
B. Disecția de aortă
C. Sarcina
D. Puncții vasculare necompresibile
E. Boala hepatică avansată

118. *Cea mai frecventa tulburare de conducere intâlnită postinfarct miocardic acut este :
A. Extrasistolia ventriculară
B. Tahicardia ventriculară
C. Fibrilația atrială
D. Fibrilația ventriculară
E. Blocurile AV de diverse grade

119. Următoarele substanțe nu sunt antiagregante plachetare:
A. Aspirina
B. Clopidogrelul
C. Apixabanul
D. Abciximabul
E. Tenecteplaza

120. Următoarele afirmații despre utilizarea ivabradinei în tratamentul anginei pectorale stabile sunt adevărate:

A. Este utilă în tratamentul anginei pectorale stabile, în cazurile refractare, inclusiv la pacienții cu fibrilație atrială
B. Doza recomandata este de 2.5-7.5 mg x 2 ori/zi
C. Inhibă potențialul de pacemaker If în nodul sino-atrial
D. Inhibă potențialul de pacemaker If în nodul atrioventricular
E. Reacțiile adverse sunt reprezentate de bradicardie și fosfene

121. Următoarele afirmații despre tratamentul anginei pectorale stabile sunt adevărate, cu excepția:
A. Toate formele necesită angioplastie coronariană percutană (PCI) cu implant de stent
B. Revascularizarea prin by-pass aorto-coronarian este singura modalitate de tratament pentru pacienții cu angină pectorală necontrolată, în ciuda tratamentului medicamentos
C. Betablocantele (bisoprololul) reprezintă medicația de elecție la pacienții cu angina pectorală și insuficiența cardiacă acută
D. Aspirina face parte din categoria medicamentelor care reduc riscul evenimentelor majore cardiovasculare
E. Verapamilul, o benzotiapină, inhibă canalele de calciu din miocard, țesutul de conducere și mușchiul neted vascular

122. Următoarele afirmații despre cele 5 tipuri de infarct miocardic, sunt adevărate:
A. Tipul 1 este asociat morții subite cardiace
B. Tipul 2 este consecința fisurii unei plăci de aterom
C. Tipul 5 este asociat by-passului aorto-coronarian
D. Tipul 2 este secundar ischemiei miocardice cauzate de creșterea necesarului de oxigen, cum se întâmplă în anemia severă
E. Tipul 4a este infarctul miocardic determinat de tromboza de stent

123. Următoarele afirmații despre medicația antitrombotică utilizată în tratamentul sindroamelor coronariene acute, sunt adevărate:
A. Efectul antiagregant al heparinei este evaluat prin măsurarea INR la 6 ore
B. Efectul antiagregant al heparinei este evaluat prin măsurarea APTT la 6 ore
C. Enoxaparina este administrată de două ori pe zi, subcutanat, 1 mg/kgc
D. Bivalirudina, un inhibitor direct al trombinei, se poate administra oral, până la 4 ore post angioplastie coronariană percutană
E. Doza de Fondaparinux este de 2.5 mg sc/zi, până la 8 zile

124. Următoarele afirmații despre tratamentul farmacologic al sindroamelor coronarie acute, sunt adevărate, cu excepția:

A. Prasugrelul, un anticoagulant de generație nouă, este de preferat pacienților care urmează să fie supuși unei operații de by-pass aorto-coronarian, reducînd riscul hemoragic
B. Doza de întreținere pentru ticagrelor este de 2*90 mg/zi
C. Dintre inhibitorii de glicoproteină IIIB/IIA fac parte abciximabul, tirofibanul și eptifibatida, aceste molecule fiind administrate oral
D. Pentru reducerea consumului de oxigen, se poate administra metoprololul, fiind disponibile forme pentru administrarea orală și intravenoasă
E. Pentru analgezie este utilizată morfina, în asociere cu un antiemetic

125. Următoarele afirmații despre clasa Killip IV sunt adevărate:
A. Pacienții prezintă șoc cardiogen
B. Pacienții pot necesita inserția unui cateter Swan-Ganz în artera pulmonară
C. Pacienții pot necesita inserția unui cateter Swan-Ganz în vena pulmonară
D. Medicamentele inotrop pozitive (dobutamina,noradrenalina sau dopamina) sunt utilizate în insuficiența cardiac acută severă
E. Pentru scăderea presarcinii, se utilizează nitroglicerina, indiferent de valoarea tensiunii arteriale

126. Următoarele afirmații despre insuficiența mitrală aparută după infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST, sunt adevărate:
A. Ecografia transesofagiană nu este necesară pentru stbailirea cu precizie a etiologiei
B. Ruptura de mușchi papilar necesită revascularizare miocardică de urgență prin angioplastie coronariană percutană și rezolvarea chirurgicală a patologiei valvulare mitrale într-un timp ulterior
C. Ruptura de mușchi papilar, cu regurgitare mitrală severă acută, nu se asociază cu edem pulmonar acut și șoc cardiogen
D. Poate apărea precoce în evoluția infarctului miocardic acut cu supradenivelare de segment ST
E. Apare ca urmare a dilatării și disfuncției severe ventriculare stângi

127. Următoarele afirmații despre aritmiile cardiace post infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI), sunt false, cu excepția:
A. Tahicardia ventriculară este întânită frecvent în STEMI, mai ales ca fenomen de reperfuzie
B. Tahicardia ventriculară nu poate fi cauză de stop cardiac și nu necesită niciodată defibrilare externă
C. Fibrilația atrială este rar întâlnită
D. Cardioversia fibrilației atriale este contrainidcată, recurența aritmiei fiind frecventă

E. Pentru tahicardia ventriculară incesantă poate fi utilă administrarea intravenoasă a magneziului

128. Contraindicațiile relative ale trombolizei sunt:
   A. Accidental vascular hemoragic
   B. Sângerare gastrointestinală în luna precedentă
   C. Discrazia sanguină hemoragică cunoscută
   D. Sarcina și prima săptămână postpartum
   E. Hipertensiunea refractară

129. Următoarele afirmații despre tratamentul fibrilației atriale permanente la pacienții cu infarct miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI) sunt adevărate:
   A. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați medicamentos se recomandă terapie antitrombotică dual: aspirină sau clopidogrel plus anticoagulare orală
   B. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați prin bypass aorto-coronarian se recomandă terapie antitrombotică dual: aspirină sau clopidogrel plus anticoagulare orală
   C. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați medicamentos se recomandă terapie antitrombotică dual: aspirină sau clopidogrel plus anticoagulare orală (întotdeauna un antivitaminic K)
   D. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați medicamentos se recomandă terapie antitrombotică triplă: aspirină și clopidogrel plus anticoagulare orală
   E. La pacienții cu fibrilație atrială permanentă care sunt tratați medicamentos se recomandă terapie antitrombotică dual: aspirină sau clopidogrel plus anticoagulare orală (ticagrelor)

130. Următoarele afirmații despre tratamentul medicamentos post infarct miocardic acut sunt adevărate:
   A. Se administrează zilnic Aspirină (300 mg)
   B. Se administrează un betablocant oral, pentru menținerea unei frecvențe cardiace peste 60 b/min
   C. Statinele sunt utilizate, pentru a obține o valoare a LDL colesterolului mai imca de 1.8 mmoli/l
   D. Sartanii sunt utilizați de rutină, în special la cei cu fracția de ejecție (FE) a ventriculului stâng < 40%
   E. Se administrează un blocant al receptorilor de ADP

131. Diagnosticul inițial al infarctului miocardic acut cu supradenivelare de ST presupune:

A. Durere toracică intensă care cedează la administrarea sublinguală a nitroglicerinei
B. Supradenivelare de segment ST pe traseul ECG, inclusive la pacienții cu cardiostimulare permanentă
C. Creşterea markerilor de necroză miocardică
D. Ecocardiografia transtoracică este utilă, identificandu-se faldul de disecție la nivelul aortei descendente
E. Simptomele vegetative sunt frecvent întalnite

132. Următoarele afirmații despre boala coronariană sunt adevărate:
A. Are o patogenie multifactorială
B. În etiopatogenia acesteia, sunt implicate numeroase mecanisme, cum este si carboxihemoglobinemia
C. Moartea subită cardiacă nu este poate fi un simptom al bolii coronariene
D. O placă de aterom stenozantă 55% nu este considerată o placă semnificativă
E. Primul mecanism care duce la tromboza pe placa aterosclerotică este leziunea endotelială profundă

133. Următoarele afirmații despre diagnosticul formelor de angină pectorală sunt adevărate, cu excepția:
A. Angina atipică de definește ca având 1 din cele 3 caracteristici tipice
B. Angina tipică necesită întrunirea celor 3 caracterisitici tipice
C. Durerea toracică non-anginoasă prezintă 2 din 3 caracteristici tipice
D. Angina vasospastică apare fără factor declanșator
E. Angina microvasculară apare la pacienții cu leziuni coronariene semnificative

134. Modificările ECG în infarctul miocardiac acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI) ne orientează pentru localizarea infarctului. Astfel:
A. Anterior întins: V2-V5
B. Lateral: DII, DIII și aVF
C. Lateral: DI și aVL
D. Inferior: DII, DIII și aVF
E. Anterolateral: V4-V6, DI și aVL

135. Următoarele afirmații despre clasificarea funcțională a anginei pectorale stabile după CCS sunt adevărate:
A. Clasa I: fără angină la activitățile zilnice obișnuite
B. Clasa I: angină la eforturi intense
C. Clasa III: limitarea minimă a activităților zilnice
D. Clasa II: limitarea minimă a activităților zilnice
E. Clasa III: angină în repaus

136. Următoarele afirmații despre angina vasospastică sunt adevărate, cu excepția:
   A. Apare întotdeauna în urma unui factor declanșator
   B. Apare, de obicei, în timpul efortului fizic, fiind o formă de angină pectorală stabilă
   C. Apare mai frecvent la bărbați
   D. Apare mai frecvent la femei
   E. Se caracterizează prin apariția tranzitorie a supradenivelării segmentului ST în timpul durerii

137. Scorul de risc TIMI pentru sindroamele coronariene acute, include următoarele variabile:
   A. Vârsta peste 55 de ani
   B. Tratamentul cu nitroglicerină în ultimele 7 zile
   C. Creșterea enzimelor de necroză cardiomiocitară
   D. Angină severă (peste 2 episoade de angină în repaus în ultimele 24 ore)
   E. Boala coronariană cunoscută (stenoze coronariene peste 50%)

138. Tratamentul dublu antiagregant plachetar la pacienții cu sindrom coronarian acut prevede următoarele:
   A. Aspirină, 3000 mg doza de încărcare, ulterior 75-100 mg, pentru toți pacienții
   B. Aspirină în asociere cu un inhibitor de receptori pentru ADP
   C. Aspirină în asociere cu clopidogrel (300-600 mg doza de încărcare, apoi 75 mg/zi)
   D. Aspirină în asociere cu un inhibitor de COX 1 (ticagrelor)
   E. Nu se asociază niciodată prasugrel, acesta fiind un anticoagulant

139. Următoarele afirmații despre angioplastia primară percutană în infarctul miocardiac acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI) sunt adevărate:
   A. Abordul radial este cel preferat
   B. Abordul femural este cel preferat
   C. Este de preferat implantarea stenturilor metalice
   D. Este preferată implantarea stenturilor farmacologic active
   E. Nu este necesar întotdeauna tratamenutl anticoagulant intraprocedural

140. Complicațiile infarctului miocardic acut sunt:
   A. Ruptura miocardică, cu prognostic bun
   B. Formarea de anevrism ventricular
   C. Defectul septal ventricular, cu mortalitate de 50% la 12 luni
   D. Insuficiența cardiacă
   E. Sindromul Devereux

141. Modificarea stilului de viață după un sindrom coronarian acut presupune:

A. Indicele de masa corporală (IMC) trebuie să fie sub 25 kg/mp
B. Tensiunea arterială diastolică trebuie redusă sub 140 mmHg
C. Pentru pacienții diabetici, HbA1C trebuie să fie mai mică de 7 g/l
D. Fumatul trebuie oprit complet
E. Se recomandă un consum crescut de fructe și legume

142. *Cauze extrinseci ale bradicardiei sinusale sunt următoarele, cu excepția:
A. Tratamentul cu betablocante, digitalice
B. Ischemia acută și infarctul nodului sinusal
C. Sindroamele mediate neural
D. Hipotermia, hipotiroidismul
E. Hipertensiunea intracraniană

143. *Blocul atrioventricular de gradul III se caracterizează prin:
A. Prelungirea progresivă a intervalului PR până când o undă p este blocată
B. Pacienții prezintă indicație de implant de defibrilator cardiac
C. Cardiostimularea nu este recomandată pentru blocurile congenitale
D. Disociație atrioventriculară completă
E. Ritmul de scăpare cu complexe QRS inguste are sediu infrahisian

144. Mecanismele de producere ale aritmiilor sunt reprezentate de:
A. Automatismul accelerat
B. Activitatea declanșată (trigger)
C. Reintrarea
D. Hipersensibilitatea carotidiană
E. Sincopa vasovagală

145. *Selectați afirmația corectă privind tahicardia ventriculară pe cord structural normal:
A. Este de obicei benignă, având un prognostic excelent pe termen lung
B. Nu determină niciodată apariția cardiomiopatiei
C. Tratamentul simptomelor se face, de obicei, cu amiodaronă
D. Ablația aritmiei are șanse mici de succes
E. Se contraindică administrarea blocantelor de canale de calciu

146. *Următoarele sunt cauze de sindrom de QT lung dobândit, cu excepția:
A. Hipopotasemie, hipomagnezemia
B. Administrarea de sotalol, amiodaronă
C. Intoxicatie cu organofosforice
D. Sindromul Romano-Ward
E. Diabetul, postul prelungit

147. *Selectați afirmația falsă cu privire la tratamentul următoarelor forme de bradicardie:
   A. Boala de nod sinusal necesită cardiostimulare permanentă atunci când este simptomatică
   B. Tratamentul sincopei vasovagale include evitarea pe cât posibil a situaţiilor care pot provoca sincopa
   C. La anumiți pacienți cu sincopă reflexă malignă se poate indica implantul unui stimulator cardiac bicameral
   D. Identificarea și corectarea cauzelor extrinseci este un pas obligatoriu in managementul pacienților cu bradicardie sinusală
   E. Boala de nod sinusal asimptomatică necesită implant de stimulator cardiac atunci când pacienții au peste 75 de ani

148. *Durata normală a intervalului PR se încadrează între următoarele valori:
   A. 0,14-0,60 secunde (120-600 milisecunde)
   B. 0,12-0,20 secunde (120-200 milisecunde)
   C. 0,35-0,45 secunde (350-450 milisecunde)
   D. 0,15-0,45 secunde (150-450 milisecunde)
   E. 0,80-0,90 secunde (800-900 milisecunde)

149. *În cazul fibrilației atriale asociate cu deteriorare hemodinamică, care este prima manevră terapeutică pe care o instituiți?
   A. Șoc electric extern asincron
   B. Administrare de adrenalină
   C. Șoc electric extern sincron
   D. Adminsitrare de dobutamină
   E. Adminstrea unui blocant dihidropiridinic al receptorilor de calciu

150. *Sindromul Wolff-Parkinson-White este descris de următoarele afirmații, cu excepția:
   A. Are ca substrat prezența pe lângă calea rapidă, a unei căi lente la nivelul nodului atrioventricular
   B. Are ca substrat prezența de căi accesorii care conectează atriul cu ventriculul și care pot fi dispuse oriunde în jurul inelului tricuspidian sau mitral
   C. Răspunsul ventricular al fibrilației atriale poate fi neobișnuit de rapid la pacienții cu căi accesorii cu conducere anterograde
   D. Se poate asocia cu tahicardia joncțională reciprocă ortodromică
   E. Se poate asocia cu tahicardia joncțională reciprocă antidromică

151. *Care dintre următoarele afirmații despre tahicardia atrială este corect:
   A. Nu poate avea ca substrat un mecanism focal

B. Nu poate avea ca substrat un mecanism de macroreintrare
C. Identificarea extrasistolelor atriale pe ECG în cursul tahicardiei este critică pentru diagnostic
D. Administrarea de adenozina poate evidenția undele P în tahicardia atrială prin macroreintrare prin blocarea nodului atrioventricular
E. Tratamentul prin ablație cu radiofrecvență este contraindicate

152. *Care dintre următoarele strategii terapeutice nu sunt indicate pentru fibrilația atrială:
A. Implantul unui defibrillator cardiac intern
B. Controlul frecvenței cardiace
C. Controlul ritmului
D. Terapia anticoagulantă
E. Ablația cu radiofrecvență de izolare a venelor pulmonare

153. *Metodele de prevenire a accidentului vascular cerebral embolic în fibrialația atrială sunt următoarele, cu excepția:
A. Administrarea de antagoniști ai vitaminei K cu menținerea unui INR între 2 și 3
B. Administrarea de anticoagulante orale non-vitamina K
C. Efectuarea angiocornarografiei
D. Ocluzia cu dispozitiv Watchman a auriculului stâng
E. Excluderea chirurgicală a auriculului stâng

154. Nodul sinusal:
A. Este pacemakerul cardiac fiziologic
B. Se depolarizează spontan
C. Are o rata de descărcare a impulsurilor modulată de către sistemul nervos vegetativ autonom
D. Nu este pacemakerul cardiac fiziologic
E. Nu se depolarizează spontan

155. Dintre cauzele extrinseci ce pot determina bradicardie sinusala, amintim:
A. Hipotermia
B. Hipotiroidismul
C. Icterul colestatic
D. Hipertensiunea intracraniană
E. Hipertiroidismul

156. Selectați afirmațiile false cu privire la funcția nodului sinusal:

A. Pacemakerul cardiac fiziologic este nodul sinusal care are proprietatea de a se depolariza spontan
B. Frecvența nodului sinusal este ușor mai crescută la femei
C. Rata de descărcare a impulsurilor la nivelul nodului sinusal este modulată de către sistemul nervos vegetativ autonom
D. Reducerea tonusului vagal sau creşterea tonusului simpatic determină bradicardie
E. În expir, tonusul parasimpatic scade şi frecvenţa cardiacă creşte

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

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

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

160. Referitor la întârzierea de conducere la nivelul ramurilor fasciculului His, următoarele afirmații sunt corecte:
   A. În blocul de ramură dreaptă vectorul de activare se deplasează spre derivațiile stângi
   B. Blocul de ramură stângă se caracterizează prin undă S adâncă in V1 și undă R amplă, tardivă in DI, V6
   C. Blocul de ramură dreaptă poate fi prezent la 5% din populația sănătoasă
   D. Pacienţii cu tulburări de conducere intraventriculare pot prezenta sincope (fie datorită unui bloc complet intermitent, fie apariţiei unor tahiaritmii ventriculare)
   E. Blocul de ramură stângă apare frecvent in populația tânară, sănătoasă

161. Următoarele sunt caracteristice pentru diagnosticul diferențial al tahicardiei ventriculare:
   A. Disociație atrioventriculară
   B. Complex QRS intre 100-120 ms
   C. Concordanța complexelor QRS in derivațiile precordiale
   D. Ritm ventricular rapid
   E. Unde S adânci in V1 și V6

162. Selectați afirmațiile corecte cu privire la aritmiile ventriculare:
   A. Sindromul Brugada, sindromul QT scurt, tahicardia ventriculară polimorfă catecolaminergică constituie canalopatii ce pot determina apariția de aritmii ventriculare
   B. Tahicardia ventriculară susținută determină intotdeauna sincopă sau stop cardiorespirator
   C. Frecvența cardiacă in TV susținută este de obicei intre 120-221 b/min
   D. 80% din toate tahicardiile cu complexe largi sunt ventriculare şi proporţia este şi mai mare la pacienţii cu boli cardiace structurale
   E. Semne clinice de disociație atrioventriculară reprezintă unde P vizibile, apărute aleator pe traseul ECG

163. Referitor la fibrilația ventriculară (FV), următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:
   A. Determină intotdeauna stop cardiorespirator, pacienții necesită suport vital de bază și avansat
   B. De obicei, FV este inițiată de o extrasistolă ventriculară
   C. Uneori pacienții pot tolera relativ bine fibrilația ventriculară
   D. Supraviețuirii au risc crescut de moarte subită cardiacă in absența unor cauze reversibile
   E. Stimulatoare cardiace sunt dispozitive utilizate in prima linie de tratament pentru aceste aritmii

164. Selectați afirmațiile corecte cu privire la sindromul Brugada:
   A. Determină fibrilație ventriculară la pacienții care au afectare cardiacă structurală
   B. Diagnosticul se face pe baza modificărilor ECG clasice, care apar fie spontan, fie printr-un test de provocare cu admins1trare de antiaritmic de clasa I
   C. În 20% din cazuri, această patologie este moştenită, fiind cauzată de o mutaţie a genei SCN5A
   D. Tratamentul medicamentos constă in administrarea de betablocante sau amiodaronă
   E. Există un risc crescut de moarte subită cardiacă, în special la pacienţii simptomatici sau la cei cu modificări ECG spontane

165. Sindromul de QT lung dobândit se tratează astfel, cu excepția:
   A. Corectarea oricărei tulburări electrolitice
   B. Administrare de sulfat de magneziu 8 mmol (Mg2+) în 10-15 min pentru QT lung dobândit
   C. Adiministrarea in urgență de betablocante pentru scăderea frecvenței cardiace
   D. Amiodarona este contraindicată pe termen lung, dar poate fi utilizată in acut, in adiministrare intravenoasă
   E. Toți pacienții necesită pe termen lung implant de defibrilator cardiac

166. Selectați afirmațiile corecte cu privire la aritmiile ventriculare:
   A. Sindromul de QT scurt dobândit necesită implant de defibrilator cardiac
   B. Tahicardia ventriculară idiopatică are, de obicei, originea la nivelul tractului de ejecție al ventriculului drept sau la nivelul ventriculului stâng septal
   C. Tahicardia ventriculară nesusținută poate apărea la 6% din pacienţii cu cord structural normal şi, de regulă, nu necesită tratament
   D. Tratamentul cu betablocante poate imbunătăți calitatea vieții la pacienții simptomatici cu TV nesusținută
   E. TV nesusținută are o durată între 30 sec și 1 minut

167. Referitor la extrasistolele ventriculare, următoarele sunt adevărate, cu excepția:
   A. Atunci când după fiecare bătaie sinusală urmează în mod regulat o extrasistolă, poate apărea „pulsus bigeminus'
   B. Cateter ablația poate fi eficientă în cazul tuturor pacienților cu extrasistole
   C. O frecvenţă crescută a extrasistolelor predispune la disfuncţie de ventricul stâng
   D. Toți pacienții la care se decelează extrasistole ventriculare necesită tratament cu betablocante
   E. Fenomenul „R pe T" poate duce la fibrilaţie ventriculară la pacienţii cu boală cardiacă structurală

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

A. ICD poate fi implantat în prevenție primară la pacienții cu insuficiență cardiacă cu fracție de ejecție mai mică sau egală cu 35%, încadrați în clasa funcțională NYHA <IV
B. ICD poate fi folosit pentru tratarea aritmiilor ventriculare sau supraventriculare
C. ICD poate acționa prin socuri electrice interne sau overdrive pacing, însă ambele intervenții sunt dureroase pentru pacienți
D. Utilizarea acestui dispozitiv a dus la scăderea ratei morții subite la pacienții cu istoric de aritmii ventriculare severe la 2% pe an
E. ICD-ul în combinație cu terapia de resincronizare cardiacă poate îmbunătăți simptomele și speranța de viață a pacienților cu orice grad de insuficiență cardiacă

169. Referitor la bradicardia sinusală, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:
A. O afectare atrială difuză poate cauza bradicardie sinusală sau pauze sinusale
B. În fibrilație atrială, bradicardia sinusală înseamnă o frecvență cardiacă sub 50 b/min
C. Ischemia acuta nu poate induce bradicardie sinusală
D. Bradicardia sinusală este considerată fiziologică la sportivi la care apare datorită tonusului vagal crescut
E. Ischemia acută poate reprezenta o cauză intrinsecă de bradicardie sinusală

170. Dintre sindroamele mediate neural fac parte:
A. Sindromul de sinus carotidian
B. Sincopa reflexă (vasovagală)
C. Sindromul de tahicardie ortostatică posturală
D. Sindromul Tietze
E. Sindromul Down

171. Despre tratamentul bradiaritmiilor, sunt adevarate următoarele:
A. Cardiostimularea temporară poate fi indicată pacienților cu cauze reversibile până la restaurarea ritmului sinusal
B. Boala de nod sinusal simptomatică poate necesita cardiostimulare permanentă (DDD)
C. Pacienții cu hipersensibilitate carotidiană (asistolă >3 sec), în special cu simptomatologie reproductibilă la masajul sinusului carotidian și după excluderea cauzelor de sincopă cu impact asupra prognosticului vital, pot beneficia de cardiostimulare permanentă
D. Nu există tratament specific bradiaritmiilor
E. Cardiostimularea temporară este întotdeauna contraindicată

172. Caracteristicile electrocardiografice ale blocului de ramură dreaptă sunt următoarele:
A. Durata QRS >120ms
B. Durata QRS >200ms

C. Aspect RSR' în derivațiile V1 și V2
D. Ventriculul stâng este activat normal, iar ventriculul drept este activat cu întârziere
E. Ventriculul stâng este activat cu întârziere iar ventriculul drept este activat normal

173. Diagnosticul diferențial între flutterul atrial cu blocaj 2:1 și tahicardia paroxistică supraventriculară poate fi efectuat utilizând următoarele:
A. Compresiune sinocarotidiană
B. Administrare de adenozina iv
C. Administrare de inhibitor de enzima de conversie a angiotensinei
D. Administrare de betablocant
E. Manevra Heimlich

174. Care dintre următoarele aspecte definesc aritmia sinusală respiratorie:
A. Este dependentă de fluctuaţiile tonusului vegetativ
B. În inspir, tonusul parasimpatic scade şi frecvenţa cardiacă creşte
C. În inspir, tonusul parasimpatic crește și frecvenţa cardiacă scade
D. În expir frecvenţa cardiacă scade
E. În expir crește frecvența cardiacă

175. Caracteristicile electrocardiografice ale blocului de ramură stângă sunt:
A. Durata complexului QRS <120ms
B. Unda S largă în V1
C. Aspect RSR' în derivațiile V1 și V2
D. Impulsul electric ajunge inițial la nivelul ventriculului stâng și numai apoi la nivelul ventriculului drept
E. Impulsul electric ajunge inițial la nivelul ventriculului drept și numai apoi la nivelul ventriculului stâng

176. Următoarele afirmații despre tahicardia sinusală sunt adevărate:
A. Reprezintă un ritm generat de nodul sinusal
B. Reprezintă un ritm generat de nodul atrioventricular
C. Frecvența cardiacă este peste 100/min
D. Poate fi cauzată de anemie
E. Poate fi cauzată de hipotiroidia

177. Tramentul fibrilației atriale poate include următoarele:
A. Anticoagulant oral
B. Amiodaronă
C. Ablația cu radiofrecvență cu izolarea venelor pulmonare
D. Agonist al receptorilor alfa-2/imidazolinici centrali

E. Betablocant

178. Fibrilația atrială cu complexe QRS largi poate fi corelată cu următoarele:
   A. Sindrom Wolff-Parkinson-White
   B. Absența blocului de ramură stângă preexistent
   C. Bloc de ramură dreaptă dependent de frecvență
   D. Bloc de ramură stângă preexistent
   E. Absența blocului de ramură dependent de frecvență

179. Tahicardia sinusală inadecvată are următoarele caracteristici:
   A. Apare mai frecvent la bărbați
   B. Apare mai frecvent la femei
   C. Este responsivă la betablocant
   D. Este responsivă la ivabradina
   E. Este responsivă la adminsitrarea de sartan

180. Următoarele afirmații despre tahicardia prin reintrare în nodul atrioventricular sunt adevărate:
   A. Undele P pot fi absente pe înregistrarea ECG în cursul tahicardiei
   B. Intervalul RR este neregulat
   C. Undele P pot fi inversate (negative) imediat după complexul QRS în cursul tahicardiei
   D. Intervalul RR este de obicei constant, regulat
   E. Rară cauză de palpitații la pacienții cu cord normal

181. Următoarele afirmații despre tahicardia prin reintrare atrioventriculară (mediate de căi accesorii atrioventriculare) sunt corecte:
   A. Este mediată de căi accesorii
   B. Undele P sunt de obicei absente pe înregistrarea ECG în cursul tahicardiei
   C. Prezintă unde P vizibile între complexul QRS și unda T
   D. Prezintă unde P de morfologii diferite și interval RR neregulat
   E. Are debut brusc

182. Tratamentul tahicardiilor paroxistice supraventriculare include:
   A. Propafenona
   B. Lercanidipina
   C. Ablația prin curent de radiofrecvență
   D. Flecainida
   E. Candesartan

183. Care dintre următoarele manevre pot fi folosite pentru oprirea unei tahicardii supraventriculare:
   A. Manevra Valsalva
   B. Compresiunea globilor ocular
   C. Masajul sinusului carotidian
   D. Imersia feței în apă caldă
   E. Manevra Homans

184. Care dintre afirmațiile următoare privind fibrilația atrială sunt corecte:
   A. Reprezintă cea mai frecventă aritmie apărută pe cord indemn
   B. Atriul prezintă 300-600 contracții /minut în cursul fibrilației atriale
   C. Pacientul prezintă un puls complet regulat
   D. Se asociază deseori cu dispnee și reducerea capacității de efort
   E. Nu se convertește niciodată spontan la ritm sinusal, necesitând tratament antiaritmic și/sau conversie electrică externă la ritm sinusal

185. Din punct de vedere clinic, fibrilația atrială poate fi clasificată în:
   A. Paroxistică - convertită spontan după <7 zile
   B. Paroxistică - convertită spontan după> 7 zile
   C. Persistentă - continuă, durează > 7 zile
   D. Persistentă - continuă, durează < 7 zile
   E. Permanentă - continuă, cu decizia comună a medicului și a pacientului de a abandona încercările de reconversie la ritm sinusal

186. Care dintre următoarele afirmații privind tratamentul fibrilației atriale în faza acută sunt corecte:
   A. Controlul frecvenței cardiace se poate efectua utilizând medicație betablocantă
   B. Controlul frecvenței cardiace se poate efectua utilizând sartani
   C. Controlul frecvenței cardiac este recomandat a fi efectuat prin ablația cu radiofrecvență a nodului atrioventrcular
   D. Cardioversia se recomandă în cazurile de fibrilație atrială asociată cu instabilitate hemodinamică
   E. Cardioversia este recomandată cât mai precoce, înaintea anticoagulării, încă de la diagnosticarea pacientului stabil hemodinamic cu fibrilație atrială

187. Care dintre următoarele afirmații despre flutterul atrial sunt adevărate:
   A. Este un ritm atrial organizat, cu o frecvenţă atrială de 250-350/minut
   B. Flutterul atrial tipic (istmodependent) implică existenţa unui circuit de macroreintrare atrial drept, în jurul inelului tricuspidian

C. Flutterul atrial tipic (istmodependent) implică existenţa unui circuit de macroreintrare atrial stâng, în jurul inelului mitral
D. Pe ECG se descriu unde regulate „în dinţi de fierăstrău': (unde F)
E. Poate avea blocaj atrio-ventricular fix sau variabil

188. Criteriile majore pentru diagnosticul clinic al endocarditei infecţioase sunt reprezentate de:
A. Două hemoculturi pozitive cu izolarea unui microorganism tipic pentru endocardita infecţioasă în absenţa unei localizări primare (streptococi *viridans, Abiotrophia* species şi *Granu/icatella* species*Streptococcus bovis,* bacterii din grupul HACEK, sau *Staphylococcus aureus* comunitar sau Enterococcus species)
B. Hemoculturi persistent pozitive (izolarea aceluiaşi microorganism din hemoculturi recoltate la un interval de minimum 12 ore, în toate din 3 hemoculturi sau majoritatea din 4 hemoculturi, prima şi ultima recolatate la interval de cel puţin o oră)
C. Un test serologic de imunofluorescenţă pozitiv pentru febra O cu anticorpi lgG de fază 1 în titru >1:800
D. Dehiscenţă parţială de proteză nou documentată
E. Febră: temperatură>38°C

189. Reprezintă criteriile minore pentru diagnosticul clinic al endocarditei infecţioase:
A. Dovezi ecocardiografice de afectare endocardică:- masă intracardiacă cu mobilitate proprie pe valve sau structurile vecine, în caleajeturilor de regurgitare sau ataşată materialelor prostetice, în absenţa altorexplicaţii anatomice
B. Regurgitare valvulară nou documentată
C. Factori predispozanţi: leziune cardiacă predispozantă sau consum de droguri Intravenoase
D. Febră: temperatură>38°C
E. Fenomene vasculare: embolii arteriale majore, infarcte pulmonare septice, anevrisme micotice

190. Leziunile cutanate specifice endocarditei infecţioase sunt reprezentate de:
A. Noduli Osler
B. Hemoragii în aşchie
C. Leziuni Janeway
D. Peteşii
E. Pete Roth

191. Reprezintă caracteristici clinice ale endocarditei infecţioase:
A. Stare generală alterată
B. Suflu

C. Artralgii
D. Pirexie
E. Epistaxis

192. Suspiciune clinică înaltă pentru a identifica pacienţii cu endocardită infecţioasă avem cand exista:
A. Leziune valvulară nouă sau suflu {de regurgitare) nou-depistat
B. Evenimente embolice de cauză necunoscută
C. Sepsis cu punct de plecare necunoscut
D. Hematurie, glomerulonefrită şi suspiciune de infarct renal
E. Disurie

193. Endocardita cu hemoculturi negative
A. Reprezintă aproximativ 0,1% din cazurile de endocardită
B. Reprezintă aproximativ 5-10% din cazurile de endocardită
C. Cea mai frecventă cauză este terapia prealabilă cu antibiotic
D. Se datorează unor bacterii, care nu cresc pe medii de cultură uzuale
E. Se datoreaza unor bacterii precum *Legionella,Coxiella burneti.*

194. Endocardita infecţioasă poate avea o evoluţie:
A. Acută, fulminantă
B. Cronică
C. Subacută
D. Subacută cu subfebrilităţi şi simptome nonspecifice
E. Favorabila, fără tratament se vindeca100%

195. Regim antibiotic sugerat in endocardita stafilococică:
A. Penicilină 1,2 g la fiecare 4 ore, gentamicină 80 mg la fiecare12 ore
B. Penicilină 2 g la fiecare 8 ore
C. Vancomicină 3 g la fiecare 12 ore
D. Flucloxacilină 2 g la fiecare 4 ore
E. Benzilpenicilină 1,2 g la ficare 4 ore plus gentamicină 80-120 mg la fiecare 8 ore

196. Pacienţi cu risc major pentru a dezvolta endocardită infecţioasă şi complicaţii asociate acesteia sunt:
A. Pacienții peste 70 de ani
B. Pacienţii cu proteze valvulare
C. Pacienţii diabetici
D. Pacienţi cu endocardită infecţioasă în antecedente
E. Pacienţi cu boli cardiace congenitale cianogene necorectate

197. Societatea Europeană de Cardiologie recomandă pacienţilor cu risc major pentru a dezvolta endocardită infecţioasă:
   A. Profilaxie cu antibiotice în timpul procedurilor cu risc crescut, proceduri stomatologice care implică manipularea gingiei, a regiunii periapicale a dinţilor sau perforarea mucoasei orale.
   B. Dezinfectarea rănilor şi eradicarea portajului cronic bacterian
   C. Asanarea focarelor infecţioase prin tratament antibiotic
   D. Auto-medicaţie cu antibiotic
   E. Efectuarea piercing-urilor şi tatuajelor

198. *Suspiciune clinică joasa pentru a identifica pacienţii cu endocardită infecţioasă avem cand există:
   A. Febră plus: Material prostetic intracardiac
   B. Evenimente embolice de cauză necunoscută.
   C. Sepsis cu punct de plecare necunoscut.
   D. Hematurie, glomerulonefrită şi suspiciune de infarct renal.
   E. Febră fără cele de mai sus

199. *Diagnosticul de endocardită infecţioasă se bazează în special pe:
   A. Hemoculturi si ecocardiografie
   B. Ekg
   C. Radiografie toracică
   D. Urocultură
   E. Ecografie abdominală

200. *Regimul antibiotic sugerat cand avem criterii clinice de endocardită, hemoculturi în lucru, fără suspiciune de infecţie cu stafilococi:
   A. Penicilină 1,2 g la fiecare 4 ore, gentamicină 80 mg la fiecare12 ore
   B. Vancomicină 2 g la fiecare 12 ore
   C. Penicilină 2 g la fiecare 4 ore
   D. Benzilpenicilină 2 g la ficare 4 ore
   E. Gentamicină 200 mg la fiecare 8 ore

201. *Boala Chagas:
   A. Este cauzată de infecția cu Trypanosoma cruzi
   B. Ar putea fi asociată cu sarcoidoza
   C. Este caracterizată prin prezența de celule multinucleate gigante
   D. Are o evoluție rapid progresivă și pronostic infaust
   E. Este endemică în Africa de Sud

202. *Clasificarea cardiomiopatiilor, conform ESC, este următoarea, cu EXCEPȚIA:
   A. Cardiomiopatia hipertrofică
   B. Cardiomiopatia dilatativă
   C. Cardiomiopatia restrictivă
   D. Cardiomiopatia distructivă
   E. Cardiomiopatia aritmogenă

203. *În cazul cardiomiopatiei aritmogene (CMA), semnele și simptomele pot cuprinde următoarele, cu EXCEPȚIA:
   A. Aritmie ventriculara simptomatică
   B. Aritmie supraventriculară simptomatică
   C. Semne de insuficiență ventriculară dreaptă
   D. Moartea subită cardiacă
   E. Sincopa

204. *Cardiomiopatia dilatativă (CMD) sporadică poate avea următoarele cauze, cu EXCEPȚIA:
   A. Boli autoimune
   B. Boli endocrine
   C. Chimioterapia
   D. Efortul fizic exagerat (sportivi)
   E. Alcoolul

205. Miocardita cu celule gigante:
   A. Este o formă ușoară/moderată de miocardită
   B. Este o formă severă de miocardită
   C. Are o cauză necunoscută
   D. Poate fi asociată cu bolile autoimune
   E. Are o evoluție lentă

206. Următoarele afirmații referitoare la miocardite sunt ADEVĂRATE:
   A. Biopsia endomiocardică este considerată gold standard pentru diagnostic
   B. IRM cardiac este considerat gold standard pentru diagnostic
   C. Serologia virală nu este utilă, de obicei
   D. Serologia virală este obligatorie
   E. În majoritatea cazurilor, se vindecă în câteva luni

207. Factorii de risc pentru moartea subită, asociată cardiomiopatiei hipertrofice (CMH), sunt următorii:

A. Sincopă inexplicabilă în antecedente
B. Istoric familial de moarte subită cardiacă (<50 ani)
C. Istoric familial de moarte subită cardiacă (<30 ani)
D. Hipertrofie ventriculară stângă masivă (> 20 mm)
E. Hipertrofie ventriculară stângă masivă (> 30 mm)

208. Semnele cardiomiopatiei hipertrofice (CMH) sunt următoarele:
A. Moartea subită cardiacă
B. Durerea cardiacă, sincopa, presincopa
C. Pulsația apicală dublă
D. Zgomot cardiac IV (dacă pacientul nu este în fibrilație)
E. Dispneea datorată relaxării alterate a miocardului

209. În cazul tratamentului cardiomiopatiei hipertrofice (CMH), următoarele afirmații sunt ADEVĂRATE:
A. Durerea toracică este tratată cu verapamil
B. Durerea toracică este tratată cu betablocante
C. Dispneea este tratată cu verapamil
D. Dispneea este tratată cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA)
E. Vasodilatatoarele sunt indicate deoarece pot ameliora obstrucția tractului de ejecție al ventriculului stâng

210. Tratamentul cardiomiopatiei aritmogene (CMA) cuprinde următoarele:
A. Inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei (IECA)
B. Nitrații
C. Amiodarona
D. Sotalol
E. Transplant cardiac

211. Tabloul clinic în cazul cardiomiopatiei dilatative (CMD) poate cuprinde următoarele:
A. Insuficiența cardiacă
B. Aritmii cardiace
C. Moartea subită
D. Evenimente embolice
E. Edemul pulmonar acut

212. Tratamentul cardiomiopatiei dilatative (CMD) cuprinde următoarele:
A. Terapie de resincronizare cardiacă și ICD la pacienții în clasă funcțională NYHA II
B. Terapie de resincronizare cardiacă și ICD la pacienții în clasă funcțională NYHA III
C. Terapie de resincronizare cardiacă și ICD la pacienții în clasă funcțională NYHA IV

D. Transplantul cardiac în cazuri alese
E. Tratamentul general al insuficienței cardiace

213. În cardiomiopatia restrictivă primară non-hipetrofică:
A. Există dilatare biventriculară
B. Există dilatare biatrială
C. Se poate observa dedublarea zgomotului II
D. Poate fi observat semnul lui Kussmaul (presiune venoasă crescută în inspir)
E. Pot apărea zgomotele cardiace III și IV

214. Cardiomiopatia de stres (Tako-tsubo):
A. Pare să se datoreze unui exces tranzitor de catecolamine
B. Poate fi tratată cu betablocante
C. Se poate vindeca complet în 3-5 săptămâni
D. Se prezintă ca o cardiomiopatie dilatativă, mai ales la femeile obeze
E. Este asociată cu preeclampsie

215. Cardiomiopatia peripartum:
A. Afectează femeile începând cu al doilea trimestru de sarcină
B. Afectează femeile în ultimul trimestru de sarcină
C. Se manifestă ca o cardiomiopatie hipertrofică
D. Se manifestă ca o cardiomiopatie dilatativă
E. Se asociază cu eclampsia

216. Tahicardiomiopatia:
A. Poate fi determinată de perioade lungi de tahicardie ventriculară
B. Poate fi determinată de perioade lungi de tahicardie supraventriculară
C. Se caracterizează cardiomiopatie hipetrofică
D. Se caracterizează prin cardiomiopatie dilatativă
E. Cardioversia și ablația sunt contraindicate

217. *Cantitatea normală de lichid pericardic este de:
A. 0-9 ml
B. 10-19 ml
C. 20-49 ml
D. 50-69 ml
E. 70-99 ml

218. *Bolile pericardului se pot prezenta ca următoarele, cu excepția:
A. Formațiuni pericardice

B. Pericardită constrictivă
C. Ruptură de pericard
D. Pericardită acută, incesantă și cronică
E. Revărsat pericardic și tamponadă cardiacă

219. Anomali frecvente întâlnite pe ECG în pericardita acută sunt următoarele:
A. Supradenivelare extinsă de segment ST, concavă în sus (în formă de șa)
B. Supradenivelare extinsă de segment ST, convexă în jos (în formă de șa)
C. Subdenivelare ST reciprocă în derivațiile aVR și V1
D. Subdenivelare ST reciprocă în derivațiile aVL și V1
E. Fenomene Ashman (alternanța RR scurt cu RR lung)

220. Care din următoarele reprezintă o etiologie a pericarditelor:
A. Virală (virus coxsackie, echovirus, oreion, herpes, HIV)
B. Sindrom Dressler (tardiv, post infarct miocardic)
C. Mixedematoasă
D. Sindrom Zollinger-Ellison
E. Chilopericardul

221. Care din următoarele medicamente sunt utilizate în tratamentul pericarditei:
A. Etanercept (inhibitor TNF-α)
B. Antiinflamatoare nesteroidine
C. Corticosteroizi
D. Aspirină
E. Metotrexat

222. Tratamentul de primă linie în pericardită este reprezentat de următoarele asocieri asocierea:
A. Metrotrexat cu colchicină
B. Etanercept cu colchicină
C. Aspirină cu colchicină
D. Aspirină cu antiinflamatoare nesteroidiene
E. Antiinflamatoare nesteroidiene cu colchicină

223. Care din următoarele reprezintă manifestări ale pericarditei tuberculoase:
A. Semnul lui Kussmaul
B. Febră cronică discretă
C. Ageuzie
D. Dispnee
E. Transpirații nocturne

224. Care din următoarele produc cel mai frecvent pericardită constrictivă:
   A. Infarctul miocardic
   B. Leucemia
   C. Hemopericardul
   D. Tuberculoza
   E. Limfomul

225. Simptomele și semnele pericarditei constrictive se produc ca urmare a:
   A. Creșterii presiunii mediastinale
   B. Scăderii presiunii mediastinale
   C. Creșterii umplerii ventriculare
   D. Reducerii umplerii ventriculare
   E. Congestiei venelor pulmonare

226. Care din următoarele reprezintă semne sau simptome ale revărsatului pericardic:
   A. Zgomotele cardiace sunt diminuate și îndepărtate.
   B. Zgomotele cardiace sunt accentuate
   C. Șocul apexian este în general mascat.
   D. Șocul apexian este accentuat
   E. Semnul lui Ewart

227. În revărsatul pericardic și tamponada cardiacă, ecocardiografic se decelează:
   A. Colabare în telesistolă a atriului drept
   B. Colabare în telediastolă a atriului drept
   C. Colabare în protodiastolă a ventriculului drept
   D. Colabare în protosistolă a ventriculului drept
   E. Deplasarea septului interventricular înspre ventriculul drept în inspir

228. În revărsatul pericardic și tamponada cardiacă, radiografia toracică evidențiază:
   A. Cord mărit, globulos sau în formă de pară cu margini bine conturate
   B. Cord mărit, globulos sau în formă de măr cu margini bine conturate
   C. Tipic, venele pulmonare nu sunt dilatate
   D. Întotdeauna venele pulmonare sunt dilatate
   E. Semnul lui Rossler

229. *Pentru stabilirea diagnosticului de retinopatie severă este necesară prezența următorului semn specific decelat prin oftalmoscopie directă:
   A. Macroanevrisme
   B. Edem papilar

C. Constricție arteriolară în formă de punct
D. Îngustare focală venoasă
E. Exudate moi

230. *Leziunile organelor țintă induse de hipertensiunea arterială pot fi puse în evidență prin intermediul următoarelor investigații, cu excepția:
A. Rata filtrării glomerulare
B. ECG
C. Ecocardiografia
D. Raportul aldosteron/renină
E. Examenul fundului de ochi

231. *Managementul de urgență al hipertensiunii arteriale maligne presupune următoarea țintă terapeutică:
A. Reducerea imediată a tensiunii arteriale sistolice < 140 mmHg
B. Reducerea imediată a tensiunii arteriale sistolice < 160 mmHg și a tensiunii arteriale diastolice < 105 mmHg
C. Reducerea cu 25% a tensiunii arteriale medii în câteva ore
D. Reducerea imediată a tensiunii arteriale sistolice la 100-120 mmHg
E. Reducerea frecvenței cardiace la 50-60 b/min

232. *Hipotensiunea ortostatică se referă la:
A. O scădere susținută a TA, de peste 15 mmHg TA sistolică sau de peste 10 mmHg TA diastolică
B. O creștere susținută a TA, de peste 15 mmHg TA sistolică sau de peste 10 mmHg TA diastolică
C. O scădere susținută a TA, de peste 20 mmHg TA sistolică sau de peste 10 mmHg TA diastolică
D. O creștere susținută a TA, de peste 20 mmHg TA sistolică și o scădere de peste 10 mmHg TA diastolică
E. O scădere susținută a TA, de peste10 mmHg TA sistolică și o creștere de peste 10 mmHg TA diastolică

233. *Metoda corectă de măsurare a TA cuprinde:
A. Picioarele încrucișate
B. Folosirea mâinii dominante (dacă există o diferență >15 mmHg)
C. Manșeta >80% din circumferința brațului
D. Manșeta poziționată mai sus decât cordul
E. Repaus complet timp de 20 minute

234. *Referitor la hipertrofia de ventricul stâng indusă de hipertensiune, este adevărată următoarea afirmație:
   A. Este de obicei simptomatică
   B. Poate fi detectată ca un șoc apexian puternic la palparea precordială
   C. Nu poate fi evidențiată pe electrocardiograma (ECG) standard cu 12 derivații
   D. Nu poate fi detectată prin palparea precordială
   E. Poate fi detectată ca un șoc apexian slab perceptibil la palparea precordială

235. *Factori implicaţi în etiologia HTA sunt, cu excepţia:
   A. Dieta
   B. Sedentarismul
   C. Aspecte sociale
   D. INR labil
   E. Medicamente şi droguri

236. *Substanţele frecvent implicate în creşterea TA includ:
   A. AINS
   B. Inhibitorii de PCSK9
   C. Analogii de GLP-1
   D. Fibraţii
   E. Bupropionul

237. Efecte adverse ale alfa-blocantelor includ:
   A. Tuse
   B. Ginecomastie
   C. Hipotensiune posturală
   D. Bronhospasm
   E. Incontinență urinară

238. Printre cauzele hipertensiunii arteriale secundare se numără:
   A. Hipercortizolismul
   B. Hipoaldosteronismul primar
   C. Hipotiroidismul
   D. Feocromocitomul
   E. Boala hepatică avansată

239. Reprezintă contraindicații absolute ale administrării inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei în tratamentul hipertensiunii arteriale:
   A. Antecedentele de angioedem
   B. Astmul bronșic

C. Bradicardia
D. Guta
E. Stenoza bilaterală de artere renale

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

241. Printre investigațiile paraclinice care pot fi recomandate pacienților cu suspiciunea de hipertensiune arterială secundară se numară:
A. Examinarea CT cerebrală
B. Dozarea metanefrinelor plasmatice
C. Ecografia hepatică
D. Angiografia prin RMN sau CT a întregii aorte
E. Dozarea TSH-ului seric

242. Reprezintă efecte adverse ale blocantelor de canale de calciu dihidropiridinice utilizate în tratamentul hipertensiunii arteriale:
A. Hiperuricemia
B. Edemele periferice
C. Ginecomastia
D. Hiperglicemia
E. Cefaleea

243. Terapia inițială a hipertensiunii arteriale conform ghidurilor în vigoare cuprinde următoarele clase de medicamente antihipertensive:
A. Alfa-blocante
B. Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei (IECA)
C. Blocante ale canalelor de calciu
D. Diuretice tiazid-like
E. Diuretice antialdosteronice

244. Referitor la tratamentul hipertensiunii arteriale, sunt adevărate următoarele afirmații:
   A. Diureticele economisitoare de potasiu se utilizează în tratamentul hipertensiunii arteriale rezistente
   B. Labetalolul se utilizează în terapia inițială a hipertensiunii arteriale necomplicate
   C. Valorile țintă ale tensiunii arteriale trebuie să fie sub 130/80 mmHg pentru majoritate apacienților
   D. Doxazosina reprezintă un agent antihipertensiv cu acțiune centrală
   E. Beta-blocantele sunt contraindicate în cazul prezenței astmului bronșic

245. Reprezintă blocante de canale de calciu dihidropiridinice:
   A. Nifedipină
   B. Diltiazem
   C. Amlodipină
   D. Verapamil
   E. Indapamidă

246. Substanțele frecvent implicate în creșterea TA includ:
   A. Inhibitorii factorului de creștere endotelial vascular
   B. Alcoolul
   C. Corticosteroizii
   D. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei I
   E. Blocanții receptorilor angiotensinei II

247. Cele mai frecvente cauze ale hipertensiunii secundare sunt:
   A. Hiperaldosteronismul primar
   B. Activitatea fizică intensă
   C. Hiperaldosteronismul secundar
   D. Obezitatea
   E. Apneea obstructivă de somn

248. Retinopatia hipertensivă moderată este caracterizată prin următoarele modificări:
   A. Hemoragie (înformă de pată, punct sau de flacără)
   B. Încrucișare arteriovenoasă
   C. Îngustare arteriolară generalizată
   D. Pete cu aspect de vată
   E. Îngustare focală arteriolară

249. Valorile prag pentru diagnosticul hipertensiunii arteriale de grad I în cabinetul medical sunt:
   A. TAS 160-179 mmHg

B. TAS 140-159 mmHg
C. TAD 80-89 mmHg
D. TAD 90-99 mmHg
E. TAD 100-109 mmHg

250. Monitorizarea ambulatorie a TA:
A. Permite identificarea diferitelor fenotipuri de TA
B. Reprezintă măsurarea de către pacienți a TA, folosind același aparat ca și în cabinet
C. Determină intermitent TA, pe o perioadă de 24 ore
D. Permite acuratețe diagnostică superioară, comparativ cu determinările TA la cabinet
E. Este în special utilă pentru monitorizarea pe termen lung a TA între vizitele la cabinet

251. Principalele mecanisme care afectează TA sunt:
A. Volumul și tonusul vascular
B. Fumatul pasiv
C. Debitul cardiac
D. Temperatura ambientală ridicată
E. Dieta bogată în alimente proaspete

252. Referitor la hipotensiunea ortostatică, sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Este frecventă la vârstele tinere
B. Este mai frecventă în afecțiuni asociate cu neuropatii autonome
C. Se referă la o scădere susținută a TA, de peste 20 mmHg TA sistolica sau de peste 10 mmHg TA diastolica, la 3 minute de la trecerea într-o poziție de ortostatism
D. De obicei este simptomatică
E. Poate provoca intoleranță posturală sau instabilitate

253. Aspectele legate de dietă clar asociate cu creșterea TA sunt:
A. Aportul ridicat de grăsimi nesaturate
B. Aportul crescut de sare
C. Aportul crescut de legume și fructe
D. Aportul excesiv de liquorice
E. Aportul ridicat de carbohidrați simpli

254. Următoarele afirmaţii sunt adevărate privind impactul modificărilor stilului de viaţă asupra TA:
A. Exerciţiile cardiovasculare regulate (30 min zilnic) scad în medie cu 5 mm Hg valoarea TA
B. Scăderea în greutate la pacienţii supraponderali scade cu 1 mmHg/kg valoarea TA
C. Reducerea aportului de sare <6 g zi scade în medie cu 5 mm Hg valoarea TA

D. Renuntarea la fumat scade valoarea TA cu 7 mmHg
E. Consumul crescut de fructe şi legume şi consumul scăzut de grăsimi saturate scade în medie cu 10 mmHg valoarea TA

255. Indicaţiile de trimitre a pacienţilor hipertensivi către centre medicale de specialitate includ:
A. Pacienţi cu hipertensiune arterială necontrolată (hipertensiune rezistentă) care iau ≥3 clase diferite de medicamente anithipertensive
B. În cazul în care se suspectează cause secundare de HTA
C. Valori normale ale TA, însă cu injurii ale organelor ţintă
D. Dorinţa pacientului
E. Vârsta peste 65 ani a pacientului

256. Următoarele terapii sunt administrate de primă intenţie în managementul urgenţelor hipertensive:
A. NTG, morfină i.v. în edemul pulmonar acut
B. Labetalol, nicardipină i.v. în pre-eclampsie
C. Diuretice tiazidice în sindromul acut coronarian
D. Beta-blocantele în accidentul vascular cerebral
E. Inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei în fibrilaţia atrială cu alură ventriculară rapidă

257. Contraindicaţii absolute în administrarea inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei sunt:
A. Bloc atrioventricular înalt
B. Hipotensiune posturală
C. Stenoza de arteră renală bilaterală
D. Guta
E. Angioedemul

258. Ce investigaţii paraclinice sunt recomandate în diagnosticarea hipertensiunii secundare de cauză endocrină:
A. β-hCG urinar sau seric
B. Metanefrineplasmatice
C. TSH seric
D. Raportul albumină-creatinină
E. Testul supresiv la doze mici de dexametazonă

259. Următoarele afirmaţii sunt adevărate privind hipertensiunea arterială secundară:

A. În coarctaţia de aortă se poate întâlni diferenţă de puls sau TA între membrele superioare sau între membrele superioare şi inferioare
B. În stenoza de arteră renală se poateîntâlni un suflu cardiac
C. Feocromocitomul este asociat cu neurofibromatoza-1
D. În acromegalie se întâlneşte mixedemul pretibial, reducerea reflexelor de relaxare sau exoftalmie
E. Apneea obstructivă în somn se poate manifesta prin sforăit, transpiraţii nocturne, cefalee matinală

260. Problemele privind determinarea valorii TA la cabinetul medical includ:
A. Un „efect de halat alb"
B. Necesitatea unor consultaţii multiple pentru a obţine date suficiente pentru luarea deciziilor (cheltuieli, timp)
C. Lipsa de aderenţă a pacientului la sfatul medicului
D. Necesitatea de cadre medicale şi unităţi sanitare (cheltuieli, timp)
E. Faptul că măsurătorile TA la domiciliu şi în ambulatoriu sunt mai predictive pentru evenimentele cardiovasculare, ţinând cont de faptul că pacienţii nu trăiesc într-o unitate sanitară

261. Ce date ar trebui să obiectiveze anamneza unui pacient cu hipertensiune arterială:
A. Simptome de hipertensiune arterială sau cauze secundare
B. Aspecte legate de stilul de viaţă
C. Istoricul familial
D. Leziunile asimptomatice ale organelor ţintă: ochi, rinichi, cord
E. Estimarea riscului cardiovascular total

RĂSPUNSURI CAP. I - CARDIOLOGIE

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

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

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

1. Următoarele afirmații privind insulina sunt adevărate:
   A. Este un hormon de natură peptidică
   B. Este un hormon de natură sterolică
   C. Este sintetizat în celulele alfa ale insulelor pancreatice Langerhans
   D. Este sintetizat în celulele beta ale insulelor pancreatice Langerhans
   E. Este secretată într-o rată bazală lentă pe parcursul zilei

2. Mecanismele patogenice implicate în etiopatogenia diabetului zaharat tip 2 sunt:
   A. Susceptibilitatea genetică și ereditatea
   B. Obezitatea
   C. Sedentarismul
   D. Anomalii ale acțiunii insulinei
   E. Anomalii ale secreției de insulină

3. *În etiopatogenia diabetului zaharat tip 1 este implicată:
   A. Creșterea producției hepatice de glucoză
   B. Insulinorezistența
   C. Sedentarismul
   D. Distrugerea autoimună a celulelor beta insulare
   E. Obezitatea

4. Caracteristici ale diabetului zaharat tip 2 sunt:
   A. Deficit sever, absolut de insulină
   B. Scădere în greutate de obicei absentă
   C. Este frecvent asociat cu alte boli autoimune
   D. Persistența peptidului C
   E. Vârsta la debut de obicei >30 de ani

5. Factorii dietetici implicați în apariția diabetului zaharat tip 1 sunt:
   A. Enterovirusurile
   B. Introducerea timpurie a laptelui de vacă în alimentație
   C. Deficitul relativ de vitamină D
   D. Toxine din mediu
   E. Stresul psihologic

6. Următoarele afirmații privind diabetul neonatal tranzitoriu sunt adevărate:

A. Apare la scurt timp după naștere
B. Rezultă din anomalii în eliberarea de insulină
C. Rezultă din distrugerea celulelor beta
D. Poate fi tratat cu succes cu biguanide
E. Poate fi tratat cu succes cu sulfoniluree

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

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

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

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

11. Prevalența diabetului zaharat tip 2 crește rapid datorită:
    A. Creșterii populației
    B. Scăderii populației

C. Creșterii speranței de viață
D. Scăderii speranței de viață
E. Diagnosticării mai eficiente

12. *Diabetul zaharat tip 1 reprezintă:
A. 1-3% din toate cazurile de diabet
B. 5-10% din toate cazurile de diabet
C. 20-30% din toate cazurile de diabet
D. 50-60% din toate cazurile de diabet
E. Aproximativ 90% din toate cazurile de diabet

13. *Organul principal al homeostaziei glucozei este reprezentat de:
A. Ficat
B. Rinichi
C. Creier
D. Țesut muscular
E. Țesut adipos

14. Peste 90% din cele aproximativ 200 g glucoză utilizată zilnic provine din:
A. Glicogen hepatic
B. Gluconeogeneza hepatică
C. Gluconeogeneza renală
D. Glicogenoliza renală
E. Gluconeogeneză musculară

15. Următoarele afirmații privind hormonii incretinici (glucagon like peptide-1 și polipeptida insulinotrofică dependentă de glucoză) sunt adevărate:
A. Sunt eliberați de tractul gastrointestinal după ingestia de alimente
B. Scad secreția de insulină din celula beta
C. Cresc secreția de glucagon
D. Încetinesc golirea gastrică
E. Sunt degradați în câteva minute predominant de enzima dipeptidil peptidaza-4

16. Transportorul de sodiu-glucoză 2:
A. Este o proteină de transport a glucozei dependentă de sodiu
B. Este localizat în tubii renali proximali
C. Este localizat în tubii renali distali
D. Readuce glucoza în circulație
E. Elimină glucoza din circulație

17. *Dintre următoarele tipuri de insuline, alegeți analogul de insulină cu durată lungă de acțiune:
    A. Lispro
    B. Aspart
    C. Glargine
    D. NPH
    E. Glulizina

18. *Alegeți criteriul corect de diagnostic al diabetului zaharat, referitor la glicemia bazală (à jeun), conform Organizației Mondiale a Sănătății?
    A. ≥7,0 mmol/l (126 mg/dl)
    B. <6,1 mmol/l (110 mg/dl)
    C. ≥11,1 mmol/l (200 mg/dl)
    D. ≥7,8 mmol/l (140 mg/dl)
    E. ≥10 mmol/l (180 mg/dl)

19. *Hipoglicemia severă este definită ca:
    A. O valoare a glicemiei sub 4,0 mmol/l (70 mg/dl)
    B. O valoare a glicemiei sub 3,0 mmol/l (54 mg/dl)
    C. O valoare a glicemiei sub 5,6 mmol/l (100 mg/dl)
    D. Hipoglicemia pentru care pacientul necesită ajutor din partea altei persoane pentru recuperare
    E. O valoare a glicemiei între 3,0-4,0 mmol/l (54-70 mg/dl)

20. *Tratamentul de primă alegere la persoanele cu diabet zaharat tip 1 este reprezentat de:
    A. Insulină în asociere cu sulfoniluree
    B. Insulină în regim bazal
    C. Metformin
    D. Insulină în regim bazal-bolus
    E. Regimul de insulină premixată de două ori pe zi

21. Criteriile de diagnostic pentru diabetul zaharat, conform Organizației Mondiale a Sănătății, cuprind:
    A. Glicemia bazală (à jeun) ≥6,1 mmol/l (110 mg/dl)
    B. Glicemia la 2 ore în cadrul testului oral de toleranță la glucoză ≥7,8 mmol/l (140 mg/dl)
    C. HbA_{1c}≥6,5% (48 mmol/mol)
    D. Glicemia bazală (à jeun) ≥7,0 mmol/l (126 mg/dl)
    E. Glicemia în orice moment al zilei ≥11,1 mmol/l (200 mg/dl)

22. Simptomele autonome ale hipoglicemiei sunt:
    A. Transpirații
    B. Tremurături
    C. Scăderea capacității de concentrare
    D. Tulburări de vorbire
    E. Anxietate

23. Efectele adverse ale insulinoterapiei sunt reprezentate de:
    A. Hipoglicemie
    B. Scădere în greutate
    C. Creștere în greutate
    D. Lipohipertrofie
    E. Diaree

24. Alegeți afirmațiile adevărate despre activitatea fizică la pacienții cu diabet zaharat:
    A. Are ca și beneficiu scăderea necesarului de insulină
    B. Duce la îmbunătățirea controlului glicemic
    C. Reduce speranța de viață
    D. Se recomandă efectuarea a cel puțin 150 minute de exerciții aerobice și antrenament de rezistență pe săptămână, distribuite pe o perioadă de cel puțin 3 zile
    E. Exercițiul fizic neprogramat poate precipita un episod de hipoglicemie

25. Alegeți afirmațiile adevărate în ceea ce privește dieta în tratamentul pacienților cu diabet zaharat:
    A. Are un rol nesemnificativ la pacienții cu diabet zaharat tip 1
    B. Se încurajează consumul de alimente cu indice glicemic mare
    C. Se recomandă reducerea consumului de carbohidrați rafinați și băuturi îndulcite cu zahăr
    D. Dieta trebuie să fie individualizată în funcție de preferințele personale și culturale ale pacientului
    E. Se recomandă înlocuirea grăsimilor saturate cu grăsimi nesaturate și limitarea aportului de acizi grași trans

26. Simptomele clasice de diabet zaharat sunt reprezentate de:
    A. Poliurie
    B. Disurie
    C. Polidipsie
    D. Scădere ponderală
    E. Gangrenă periferică

27. Tratamentul hipoglicemiei severe se realizează cu:

A. Glucoză pe cale orală
B. Glucagon administrat intramuscular
C. Soluție de glucoză administrată intravenos
D. Ingestia a 15-20 g glucide cu absorbție rapidă
E. Consumul unei băuturi îndulcite cu zahăr

28. Factorii precipitanți ai hipoglicemiei la pacienții cu diabet zaharat sunt reprezentați de:
A. Injectarea unei cantități de insulină mai mare decât este nevoie
B. Efortul fizic neprogramat
C. Excesul de carbohidrați
D. Consumul excesiv de alcool
E. Erorile de administrare a insulinei

29. Locurile obișnuite de administrare subcutanată a insulinei sunt reprezentate de:
A. Peretele abdominal
B. Părțile exterioare ale antebrațelor
C. Partea anterioară și superioară a coapsei
D. Partea anterioară a gambei
E. Fesele

30. Dintre următoarele preparate de insulină, alegeți analogii de insulină cu acțiune scurtă:
A. Lispro
B. Degludec
C. Aspart
D. Detemir
E. Glulizin

31. Alegeți afirmațiile adevărate referitoare la insulină în tratamentul diabetului zaharat:
A. La pacienții cu diabet zaharat tip 2, tratamentul cu insulină este indispensabil pentru supraviețuire
B. Majoritatea preparatelor de insulină au concentrația de 100 UI/ml
C. Utilizarea analogilor de insulină cu acțiune scurtă la persoanele cu diabet zaharat tip 1 reduce episoadele hipoglicemice totale și nocturne și îmbunătățește controlul glicemic
D. Un beneficiu semnificativ al tratamentului cu insulină este scăderea în greutate
E. Insulina degludec este o insulină cu acțiune scurtă

32. Obiectivele controlului și tratamentului diabetului zaharat sunt:
A. Scăderea riscului de apariție a complicațiilor pe termen lung
B. Evitarea reacțiilor adverse iatrogene, cum ar fi hipoglicemia
C. Prevenirea urgențelor diabetice, cum ar fi cetoacidoza diabetică

D. Obținerea unei glicemii à jeun <4,0 mmol/l (70 mg/dl)
E. Tratamentul simptomelor hiperglicemiei

33. Efectele adverse ale metforminului sunt reprezentate de:
A. Hipoglicemie
B. Disconfort abdominal
C. Greață
D. Diaree
E. Creștere în greutate

34. *Administrarea metforminului trebuie oprită dacă rata de filtrare glomerulară estimată (RGFe) este:
A. < 30 ml/min/1,73m^2
B. > 35 ml/min/1,73m^2
C. < 40 ml/min/1,73m^2
D. > 40 ml/min/1,73m^2
E. < 45 ml/min/1,73m^2

35. *Mecanismul de acțiune al sulfonilureelor este reprezentat de:
A. Inhibarea enzimei dipeptidil-peptidază-4 (DPP4)
B. Actionează asupra celulelor β pentru a induce secreția de insulină
C. Creșterea excreției urinare de glucoză
D. Inhibarea alfa-glucozidazei
E. Creșterea efectului incretinic prin activarea receptorului de GLP-1

36. *Mecanismul de acțiune al tiazolidindionelor este reprezentat de:
A. Creșterea excreției urinare de glucoză
B. Inhibarea enzimei dipeptidil-peptidază-4 (DPP4)
C. Acționează asupra celulelor β pentru a induce secreția de insulină
D. Reducerea rezistenței la insulină prin interacțiunea cu receptorul PPAR-γ
E. Inhibarea alfa-glucozidazei

37. Următoarele medicamente fac parte din clasa inhibitorilor transportorului sodiu-glucoză 2:
A. Dapagliflozin
B. Sitagliptin
C. Empagliflozin
D. Dulaglutid
E. Canagliflozin

38. Inhibitorii transportorului de sodiu-glucoză 2 (SGLT2), pe lângă efectele lor asupra glicemiei, mai prezintă următoarele beneficii:
    A. Scad greutatea corporală
    B. Cresc greutatea corporală
    C. Îmbunătățesc disfuncția renală
    D. Reduc riscul de evenimente cardio-vasculare aterosclerotice
    E. Cresc riscul de insuficiență cardiacă

39. Efectele adverse ale inhibitorilor transportorului de sodiu-glucoză 2 (SGLT2) sunt reprezentate de:
    A. Hipoglicemie
    B. Grețuri și varsături
    C. Disconfort abdominal
    D. Candidoză genitală
    E. Deshidratare

40. Din clasa agoniștilor receptorilor de GLP-1 fac parte:
    A. Exenatid
    B. Liraglutid
    C. Dapagliflozin
    D. Dulaglutid
    E. Semaglutid

41. *Prima linie de tratament la majoritatea persoanelor cu diabet zaharat tip 2, ale căror glicemii rămân peste valorile țintă, în ciuda optimizării stilului de viață, este reprezentată de:
    A. Dulaglutid
    B. Metformin
    C. Sitagliptin
    D. Dapagliflozin
    E. Gliclazid

42. În cazul în care pacientul cu diabet zaharat tip 2 este diagnosticat cu boala cardio-vasculară aterosclerotică stabilită, este recomandată administrarea de:
    A. Agonist al receptorului de GLP-1 cu beneficii cardio-vasculare dovedite
    B. Inhibor al transportorului sodiu-glucoză 2 cu beneficii cardio-vasculare dovedite
    C. Tiazolidindione
    D. Meglitinide
    E. Sulfoniluree

43. Următoarele medicamente fac parte din clasa inhibitorilor de dipeptidil-peptidază-4 (DPP4):

A. Sitagliptin
B. Dapagliflozin
C. Saxagliptin
D. Empagliflozin
E. Vildagliptin

44. Studiile clinice au arătat că utilizarea MCG (monitorizarea continuă a glucozei) are următoarele beneficii:
A. Îmbunatățește hemoglobina glicată (HbA1C)
B. Reduce variabilitatea glicemică
C. Crește variabilitatea glicemică
D. Scade riscul de hipoglicemie
E. Crește riscul de hipoglicemie

45. Efectele adverse ale sulfonilureelor sunt reprezentate de:
A. Disconfort abdominal
B. Hipoglicemie
C. Creștere în greutate
D. Grețuri, vărsături
E. Infecții urinare

46. Riscul de hipoglicemie, în cazul administrării sulfonilureelor, este mai crescut în cazul:
A. Administrării sulfonilureelor cu acțiune mai lungă
B. Aportului excesiv de alcool
C. Pacienților cu vârstă înaintată
D. În timpul infecțiilor intercurente
E. Pacienților tineri

47. Principalele clase de medicamente utilizate in tratamentul diabetului zaharat tip 2 sunt reprezentate de:
A. Biguanide (metforminul)
B. Inhibitori ai transportorului de sodiu-glucoză 2
C. Statine
D. Fibrați
E. Agoniști ai receptorilor de GLP-1

48. Evaluarea pe termen lung a controlului metabolic se realizează prin:
A. Determinarea hemoglobinei glicate (HbA1c)
B. Auto-monitorizarea glicemiei din sângele capilar
C. Monitorizarea continuă a glucozei

D. Determinarea frutozaminei
E. Determinarea glicemiei à jeun

49. *Pareza izolată a nervului cranian III apărută din cauza diabetului zaharat este caracteristică:
A. Polineuropatiei simetrice distale
B. Neuropatiei acute dureroase
C. Mononevritei diabetice
D. Amiotrofiei diabetice
E. Neuropatiei autonome

50. *Artropatia Charcot reprezintă o complicație a:
A. Arteriopatiei cronice a membrelor inferioare
B. Poliartritei reumatoide
C. Hiperuricemiei
D. Celulitei
E. Neuropatiei severe din diabetul zaharat

51. *Care dintre următorii agenți farmacologici utilizați în tratamentul diabetului zaharat reduc riscul de insuficiență cardiacă?
A. Agoniștii receptorilor de GLP-1
B. Inhibitorii SGLT2
C. Tiazolidindionele
D. Inhibitorii DPP4
E. Sulfonilureicele

52. *Care dintre următorii agenți farmacologici antihipertensivi sunt asociați cu beneficii suplimentare în abordarea terapeutică a riscului cardiovascular la pacienții cu diabet zaharat?
A. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
B. Blocantele canalelor de calciu
C. Diureticele tiazidice
D. Diureticele de ansă
E. Alfa-blocantele

53. Care dintre următoarele afirmații referitoare la semnele clinice precoce ale neuropatiei diabetice sunt adevărate?
A. Sunt, în principal, senzitive
B. Sunt, în principal, motorii
C. Includ pierderea sensibilității vibratorii
D. Includ pierderea sensibilității termice
E. Includ de cele mai multe ori simptome debutate la nivelul mâinilor

54. Afectarea sistemului cardiovascular în cadrul neuropatiei autonome din diabetul zaharat se caracterizează prin apariția:
    A. Bradicardiei în repaus
    B. Tahicardiei în repaus
    C. Hipotensiunii posturale
    D. Hipertensiunii posturale
    E. Unor reflexe cardiovasculare alterate

55. O leziune cu etiologie predominant ischemică în cazul unui picior diabetic prezintă următoarele caracteristici distinctive:
    A. Este, de obicei, nedureroasă
    B. Se asociază cu modificări trofice
    C. Pulsurile periferice sunt ușor decelabile
    D. La palpare, se decelează un tegument rece
    E. Se asociază deseori cu un aspect de degete în gheară

56. Care dintre următoarele manifestări clinice pot fi întâlnire în neuropatia autonomă din diabetul zaharat?
    A. Gastropareza
    B. Sindromul de tunel carpian
    C. Atrofiile musculare interosoase
    D. Vezica atonă
    E. Scaunele diareice

57. Care dintre următorii agenți farmacologici pot fi utilizați pentru reducerea percepției durerii nevritice în neuropatia diabetică?
    A. Duloxetina
    B. Gabapentinul
    C. Valsartanul
    D. Pregabalinul
    E. Dapagliflozinul

58. Boala cardiovasculară aterosclerotică la pacienții cu diabet zaharat are următoarele caracteristici:
    A. Tinde să afecteze vase mai proximale
    B. Tinde să afecteze vase mai distale
    C. Apare la o vârstă mai tânără
    D. Apare la o vârstă mai înaintată
    E. Este mai difuză

59. Care dintre următoarele afirmații referitoare la piciorul diabetic sunt adevărate?
    A. Screeningul afecțiunilor piciorului trebuie realizat cel puțin o dată la 5 ani
    B. Se recomandă formarea unei echipe multidisciplinare destinate managementului piciorului diabetic
    C. Screeningul afecțiunilor piciorului include anamneza referitoare la ulcerații anterioare sau actuale
    D. Screeningul afecțiunilor piciorului include examinarea clinică a piciorului
    E. O modalitate reproductibilă de evaluare a sensibilității este reprezentată de testarea cu ajutorul monofilamentului

60. Care dintre următorii agenți farmacologici pot fi utilizați la pacienții cu diabet zaharat pentru a atinge ținta terapeutică a LDL colesterolului?
    A. Statinele
    B. Ezetimibul
    C. Inhibitorii de □-glucozidază
    D. Inhibitorii PCSK9
    E. Meglitinidele

61. Principiile îngrijirii piciorului diabetic includ:
    A. Inspecția zilnică
    B. Hidratarea pielii uscate
    C. Verificarea încălțămintei pentru obiecte sau suprafețe ascuțite înainte de purtare
    D. Verificarea temperaturii apei din baie înainte de a intra
    E. Tratarea la domiciliu a infecțiilor și a calozităților, fără a apela la ajutor de specialitate

62. Care dintre următoarele afirmații referitoare la asocierea dintre infecții și diabetul zaharat sunt adevărate?
    A. Hiperglicemia nu are nici o influență asupra apariției și prognosticului infecțiilor
    B. Unele microorganisme sunt mai virulente în medii hiperglicemice
    C. Infecțiile de tract urinar și bacteriuria asimptomatică sunt mai frecvente la pacienții cu neuropatie autonomă
    D. Riscul de tuberculoză este mai scăzut la pacienții cu diabet zaharat
    E. Anumite infecții virale cresc riscul apariției diabetului zaharat

63. Care dintre următorii agenți farmacologici sunt recomandați pentru efectele lor protectoare la pacienții cu diabet zaharat tip 2 și boală cardiovasculară?
    A. Sulfonilureicele
    B. Agoniștii receptorilor de GLP-1
    C. Inhibitorii SGLT2

D. Tiazolidindionele
E. Meglitinidele

64. Care dintre următoarele variante referitoare la cetoacidoza diabetica (CAD) sunt adevărate?
A. Apare mai ales la persoanele cu diabet zaharat tip 1
B. Mortalitatea este mai crescută la persoanele vârstnice
C. Cea mai importantă anomalie biochimică în CAD este reprezentată de lipoliza din țesutul adipos și cetogeneza hepatică necontrolată
D. Nu apare la persoanele cu diabet zaharat tip 2
E. Este o urgență metabolică amenințătoare de viață

65. *Cetoza se definește prin:
A. Valori crescute ale transaminazelor
B. Niveluri crescute de corpi cetonici plasmatici în absența acidozei
C. Niveluri crescute de corpi cetonici plasmatici în prezența acidozei
D. Scăderea sintezei proteice
E. Valori ale pH-ului seric >7,45

66. Referitor la starea hiperosmolară hiperglicemică, sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Are indicație absolută de insulinoterapie ulterioară
B. Semnele și simptomele caracteristice sunt deshidratarea și stuporul
C. Prima măsură terapeutică adoptată este administrarea insulinei
D. Este o complicație metabolică acută caracteristică pacienților cu diabet zaharat tip 2
E. pH-ul seric este normal.

67. Care sunt indicatorii cetoacidozei diabetice severe?
A. Hiperpotasemie (>8 mmol/L) la prezentare
B. Bicarbonatul >15 mmol/L
C. Cetonemie > 6 mmol/L
D. pH <7,3
E. Puls periferic >100 bătăi/minut sau <60 bătăi/minut

68. *În cetoacidoza diabetică tratamentul cu bicarbonat se administrează doar dacă pH-ul seric este:
A. Mai mare de 7,15
B. Între 7,20-7,35
C. Mai mic de 7,0
D. Între 7,0-7,25
E. Indiferent de valoarea acestuia

69. Care dintre următoarele afirmații referitoare la acidoza lactică sunt adevărate?
    A. Poate apărea la pacienții tratați cu metformin
    B. De obicei hiperglicemia și cetoza sunt semnificative
    C. Gaura anionică este importantă
    D. Mortalitatea este >50%
    E. Nivelurile de acid lactic sunt normale

70. Cetoacidoza diabetică se caracterizează prin:
    A. Hiperglicemie (>200 mg/dl) sau diabet zaharat cunoscut
    B. Cetonemie (≥ 3 mmol/L) sau cetonurie semnificativă
    C. Hipoglicemie (<70 mg/dl)
    D. Bicarbonat (HCO_3^-) <15 mmol/L
    E. pH venos >7,45.

71. *În tratamentul stării hiperosmolare hiperglicemice, pentru a preveni leziunile cerebrale, scăderea glicemiei nu trebuie să fie mai mare de:
    A. 150 mg/dl pe oră
    B. 200 mg/dl pe oră
    C. 180 mg/dl pe oră
    D. 90 mg/dl pe oră
    E. 120 mg/dl pe oră

72. Care sunt corpii cetonici?
    A. Acidul 3-hidroxibutiric
    B. Acetona
    C. Acidul ascorbic
    D. Acidul aspartic
    E. Acidul acetoacetic

73. În ceea ce privește tratamentul cetoacidozei diabetice:
    A. Administrarea insulinei este obligatorie
    B. Tratarea cauzei de fond nu este necesară
    C. Administrarea heparinei cu greutate moleculară mică ar trebui luată în considerare în profilaxia trombembolismului, la pacienții vârstnici sau cu risc crescut, indiferent de absența sau prezența contraindicațiilor
    D. Substituția pierderilor de fluide este prima măsură adoptată
    E. Potasiul se administrează indiferent de valoarea serică a acestuia

74. Care sunt complicațiile acute metabolice ale diabetului zaharat?
    A. Retinopatia diabetică
    B. Acidoza lactică
    C. Cetoacidoza diabetică
    D. Starea hiperosmolară hiperglicemică
    E. Nefropatia diabetică

75. Care dintre următoarele afirmații în ceea ce privește starea hiperosmolară hiperglicemică sunt adevărate?
    A. Deficitul de insulină este mai puțin sever decât în cetoacidoza diabetică
    B. Se întâlnește de obicei la pacienții cu diabet zaharat tip 1
    C. Substituția de fluide este cel mai important aspect al tratamentului
    D. Afectează de regulă pacienții vârstnici
    E. Este obligatorie administrarea bicarbonatului

76. Care dintre următoarele afirmații referitoare cetoacidoza diabetică (CAD) sunt adevărate?
    A. Respirația de tip Kussmaul devine mai puțin marcată în acidoza foarte severă din cauza deprimării respiratorii
    B. Prima măsură terapeutică adoptată este administrarea insulinei
    C. Tabloul clinic include: greață, vărsături, astenie și obnubilare
    D. Tratamentul ar trebui administrat într-o secție de terapie intensivă, dacă pacientul are CAD severă
    E. Deficitul de insulină este marcat

77. Care dintre următoarele variante referitoare la cetonurie sunt adevărate?
    A. Reprezintă niveluri crescute de corpi cetonici în sânge
    B. Apare după o perioadă de post la pacienții fără diabet zaharat
    C. Face parte din criteriile de diagnostic ale cetoacidozei diabetice
    D. Poate fi întâlnită și în cazul pacienților cu diabet zaharat tip 1 relativ bine controlat
    E. Reprezintă niveluri detectabile de corpi cetonici în urină

78. În care din următoarele circumstanțe poate fi întâlnită cetoacidoza diabetică la persoanele cu diabet zaharat tip 2?
    A. Infecții
    B. Alimentație deficitară
    C. Diabet zaharat nou diagnosticat
    D. Întreruperea tratamentului cu insulină
    E. Pancreatita acută

79. *Care dintre următoarele afirmații referitoare la cetoacidoza diabetică (CAD) sunt adevărate?

A. Este o complicație cronică a diabetului zaharat
B. Nu se întâlnește la pacienții cu diabet zaharat tip 1
C. Este o stare de anabolism necontrolat asociat cu un deficit marcat de insulină și o creștere a hormonilor de contrareglare
D. Pacienții cu CAD au risc de trombembolism
E. De cele mai multe ori nu necesită niciun fel de tratament

80. Despre complicațiile microvasculare ale diabetului sunt adevărate următoarele:
A. Vizează ochii
B. Vizează rinichii
C. Cresc riscul de infarct miocardic acut
D. Afectează preponderent pacienții cu diabet zaharat tip 1 in primii 10 ani de boală
E. Cresc riscul de accident vascular cerebral

81. *Care este principalul factor implicat în apariția complicațiilor microvasculare ale diabetului zaharat?
A. Durata și gradul hipoglicemiei
B. Durata și gradul hiperglicemiei
C. Rasa
D. Polimorfismul genetic
E. Nici un răspuns nu este corect

82. *Care dintre următoarele complicații cronice ale diabetului zaharat este cea mai frecventă?
A. Neuropatia diabetică
B. Nefropatia diabetică
C. Retinopatia diabetică
D. Maculopatia diabetică
E. Piciorul diabetic

83. Selectați elementele definitorii ale retinopatiei diabetice forma preproliferativă:
A. Dilatări/anse venoase
B. Anomalii microvasculare intraretinale
C. Hemoragii rotunde, multiple, profunde
D. Pete de vată
E. Neovascularizație

84. *Medicația antihipertensivă de elecție în boala renală diabetică este:
A. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
B. Diuretice tiazidice
C. Blocanții canalelor de Ca

D. Beta-blocanți
E. Diuretice de ansă

85. *Care dintre următoarele afirmații referitoare la fotocoagularea laser sunt adevărate?
A. Poate fi utilizată de la stadiile precoce ale retinopatiei diabetice pentru stoparea evoluției
B. Este folosită la aproximativ 50% din pacienții cu diabet zaharat
C. Se utilizează doar din stadiul de retinopatie proliferativă
D. Duce la îmbunătățirea vederii nocturne
E. Lărgește câmpul vizual

86. În determinarea severității retinopatiei diabetice pot fi folosite:
A. Angiografia cu fluoresceină
B. Tomografia în coerență optică
C. Microscopul digital
D. Oftalmoscopul
E. Autorefractometrul

87. Diabetul zaharat poate afecta globii oculari și în următoarele moduri:
A. Dezvoltarea cataractei mai precoce decât în cadrul populației generale
B. Defecte de refracție ca urmare a episoadelor de hipoglicemie
C. Pareze oculare externe ce au, de regulă, caracter permanent
D. Pareze oculare externe ce au, de regulă, caracter temporar
E. O prevalență mai crescută a glaucomului cu unghi deschis

88. Cum se caracterizează nefropatia diabetică?
A. Creștere treptată a excreției urinare de creatinină
B. Creștere treptată a excreției urinare de albumină
C. Creștere treptată a tensiunii arteriale
D. Scădere treptată a tensiunii arteriale
E. Scădere a ratei de filtrare glomerulare.

89. Care dintre următoarele informații referitoare la nefropatia diabetică sunt adevărate?
A. Reprezintă cea mai frecventă cauză de deces prematur a pacienților tineri cu diabet zaharat
B. Este rapid progresivă la pacienții tineri
C. Se manifestă de regulă la 15-25 ani de la diagnosticul diabetului zaharat
D. Crește riscul cardiovascular
E. Rareori ajunge în fază terminală deoarece majoritatea pacienților decedează din cauza bolilor cardiovasculare

90. Care sunt mecanismele fiziopatologice implicate în nefropatia diabetică?
    A. Hipertrofia renală datorată creșterii ratei de filtrare glomerulare este cea mai timpurie anomalie funcțională
    B. Arteriola eferentă devine mai dilatată decât arteriola aferentă
    C. Arteriola aferentă devine mai dilatată decât arteriola eferentă
    D. Creșterea presiunii de filtrare intraglomerulară
    E. Lezarea capilarelor glomerulare

91. Care dintre următoarele afirmații referitoare la albuminurie sunt adevărate:
    A. Cantitatea de albumină urinară este prea mică pentru a fi detectată pe stripuri urinare standard în microalbuminurie
    B. Din stadiu de proteinurie persistentă, boala de rinichi terminală apare în 5-10 ani dacă există o creștere a creatininei serice
    C. Proteinuria marcată poate să inducă sindrom nefrotic transitoriu
    D. Până la 50% dintre pacienții cu diabet zaharat tip 1 au nefropatie diabetică non-clasică
    E. Un număr scăzut de pacienți cu diabet zaharat tip 2 au nefropatie diabetică non-clasică

92. Progresia nefropatiei diabetice poate fi încetinită prin:
    A. Inițierea precoce a unui tratament antihipertensiv agresiv
    B. Administrarea unor agenți antihiperglicemianți cu eliminare renală (glibenclamid, metformin)
    C. Administrarea unor agenți terapeutici precum inhibitorii SGLT2, unde este posibil
    D. Control glicemic atent
    E. Administrarea unor agenți terapeutici antihipertensivi precum blocanții canalelor de Ca

93. Cum se face screening-ul nefropatiei diabetice?
    A. Prin testarea regulată a urinei pacienților cu diabet
    B. Prin testarea regulată a nivelului creatininei serice
    C. Prin testare o dată la 3 luni
    D. Prin testare o dată la 6 luni
    E. În cazul detectării microalbumiuriei, testul trebuie repetat de două ori

94. În maculopatia diabetică apar următoarele modificări:
    A. Exudate dure în cadrul suprafeței unui disc al maculei
    B. Linii sau cercuri de exudate în cadrul suprafeței a două discuri ale maculei
    C. Hemoragii multiple, rotunde
    D. Fibroză retiniană
    E. Pete de vată

95. Identificați afirmațiile adevărate referitoare la boala renală terminală în diabetul zaharat:

A. Dializa peritoneală cronică în ambulatoriu poate fi preferată
B. Șunturile vasculare se calcifică repede
C. Hemodializa este preferată
D. Transplantul renal este imposibil
E. Transplantul renal este posibil, însă au o rată de eșec ușor mai crescută decât la pacienții fără diabet

96. *Care dintre cele de mai jos face parte dintre manifestările non-articulare ale Poliatritei reumatoide (PR)?
A. Sindromul Raynaud
B. Nodulii reumatoizi
C. Nodulii Heberden
D. Corpii hematoxilinici
E. Esofagul de sticlă

97. *Care articulații sunt cel mai frecvent afectate în Poliatrita reumatoidă (PR)?
A. Sacroiliace
B. Mici ale mâinii
C. Mari
D. Interfalangiene distale
E. Coloanei toracale

98. *Ce este factorul reumatoid (FR)?
A. Celulă lupică
B. Un polimorfonuclear neutrofil
C. Imunoglobulină
D. Un limfocit
E. Eozinofil

99. *În Poliatrita reumatoidă (PR), care este durata artriei inclusă în criteriile de diagnostic pozitiv?
A. 3 săptămâni
B. 4 săptămâni
C. 1 săptămână
D. 6 săptămâni
E. 5 săptămâni

100. *Pentru a stabili diagnosticul cert de Poliatrită reumatoidă (PR), conform criteriile ACR/EULAR din 2010, câte puncte trebuie să fie prezente la același pacient?
A. 5 din 10

B. 3 din 6
C. 6 din 10
D. 4 din 6
E. 6 din 7

101. *Ce articulații sunt de obicei cruțate în Poliatrita reumatoidă (PR)?
A. Metatarsofalangiene
B. Interfalangiene proximale
C. Interfalangiene distale
D. Ale genunchilor
E. Metatarsofalangiene

102. *Care dintre cele de mai jos nu fac parte din tratamentul Poliatritei reumatoide (PR)?
A. Metotrexat
B. Leflunomidă
C. Glucocorticoizi
D. Sulfonilureice
E. Antiinflamatoare nesteroidiene

103. Care dintre afirmațiile refritoare la Poliartrita reumatoidă (PR) sunt adevărate?
A. Este o boală reumatică inflamatorie cronică
B. Determină inflamație articulară și leziuni tisulare
C. Afectează în special articulațiile sacroiliace
D. Se însoțește de manifestări sistemice multiple
E. Debutează de obicei prin durere lomosacrată sau fesieră

104. Autoimunitatea este argumentată de prezența?
A. Factorului reumatoid (FR)
B. HLA B27
C. Ac anti-proteine citrulinate (ACPA-anti-citrullinated protein antibodies)
D. Celula lupică
E. Sindrom Raynaud

105. În etiologia Poliartritei reumatoide (PR) sunt implicați:
A. Factorii genetici
B. Hipertensiunea arterială
C. Autoimunitatea
D. Fumatul
E. Agenții infecțioși

106. Ce presupune Sindromul Felty?
   A. Poliatrită reumatoidă (PR)
   B. Sclerodermie
   C. Splenomegalie
   D. Neutropenie
   E. Sindrom Raynaud

107. Criteriile de diagnostic ale Poliatritei reumatoide (PR), conform ACR/EULAR din 2010 cuprind?
   A. Afectarea articulară
   B. Prezența celulei lupice
   C. Durata sinovitei
   D. Reactanții de fază acută (markerii sindromului inflamator- VSH, PCR
   E. Prezența anemiei.

108. Poliartrita reumatoidă (PR):
   A. Este mai frecventă la sexul feminin
   B. Este o boală degenerativă
   C. Este o boală inflamatorie cronică
   D. Afectează cel mai frecvent articulatiile coloanei vertebrale
   E. Afecteaza, cel mai frecvent articulaţiile mici ale mâinilor

109. În Poliatrita reumatoidă (PR) cele afectate articulații sunt:
   A. Metacarpofalangiene
   B. Interfalangiene proximale
   C. Interfalangiene distale
   D. Metatarsofalangiene
   E. Lombo-sacrate

110. Ce deformări articulare pot să apară în Poliartrita reumatoidă (PR)?
   A. Deformare în butonieră
   B. Tofi gutoși
   C. Deformare în gât de lebădă
   D. Noduli Heberden
   E. Dactilită

111. Ce investigații sunt necesare în vederea stabilirii diagnosticului de Poliartrită reumatoidă (PR)?
   A. Reactanții de fază acută (VSH, PCR)
   B. Hemoglobina glicozilată

C. Radiografii articulare
D. Serologia (FR, ACPA)
E. Analiza lichidului sinovial

112. Tratamentul Poliatritei reumatoide (PR) presupune:
A. Glucocorticoizi
B. Bronhodilatatoare
C. Antiinflamatoare nesteroidiene
D. Biguanide
E. Metotrexat

113. Tipuri de afectare clinică în Poliatrita reumatoidă (PR):
A. Cronică
B. Artrită mutilantă
C. Rapid progresivă
D. Palindromică
E. Tranzitorie

114. Nodulii reumatoizi subcutanați care apar în Poliatrita reumatodă (PR) sunt:
A. Fermi
B. Moi
C. Foarte dureroși
D. Uneori lasă să curgă o magmă albă
E. Apar în general în punctele de presiune

115. Ce efecte adverse pot apare după administrarea de glucocorticoizi?
A. Diabet zaharat
B. Creșteri ale valorilor colesterolului total
C. Osteoporoză
D. Creșterea valorilor tensiunii arteriale
E. Creșterea valorilor acidului uric

116. Care dintre afirmațiile de mai jos referitoare la Metotrexat sunt adevărate?
A. Nu se însoțește de efecte adverse
B. Este un medicament de bază în Poliartrita reumatoidă (PR)
C. Face parte din tratamentul hipertensiunii arteriale
D. Poate determina alterarea testelor hepatice, necesitând monitorizarea acestora
E. Poate modifica hemoleucograma sanguină

117. Care dintre preparatele de mai jos sunt agenți biologici utilizați în tratamentul Poliartriei reumatoide (PR)?
   A. Metformin
   B. Tocilizumab
   C. Abatacept
   D. Rituximab
   E. Enalapril

118. Conform definiției ACR/EULAR 2011 remisiunea Poliatritei reumatoide (PR) presupune:
   A. Distrofie unghială
   B. Numărul articulaţiilor dureroase (inclusiv picioarele şi gleznele) < 1
   C. Afectarea articulațiilor sacroiliace
   D. Număr articulaţii tumefiate (inclusiv picioare şi glezne) <1
   E. PCR <l mg/L

119. Ce manifestări non-articulare poate determina Poliatrita reumatoidă (PR)?
   A. Pleurezie
   B. Afectare interfalangiană distală
   C. Sclerită
   D. Vasculită cutanată
   E. Endocardită

120. La nivelul picioarelor în Poliatrita reumatoidă (PR) apar următoarele modificări:
   A. Degete „în ciocan”
   B. Piciorul devine plat
   C. Calusuri și ulcere sub capetele metatarsiene
   D. Prăbușirea bolții medioplantare
   E. Sindesmofite

121. Caracteristicile afectării articulare în Poliatrita reumatoidă (PR) sunt:
   A. Durerea și redoarea sunt mai importante în cursul dimineții
   B. debutează cu lombalgie bilaterală
   C. Durerea și redoarea apar după efortul fizic
   D. Articulațiile afectate sunt de obicei calde și dureroase
   E. Apare o limitare a mișcării

122. Ce deformări articulare pot apare la nivelul mâinilor în Poliatrita reumatoidă (PR)?
   A. Deviere ulnară
   B. Noduli Heberden la nivelul articulațiilor interfalangiene distale
   C. Deformare „în gât de lebădă”

D. Deformare „în butonieră”
E. Subluxație atlanto-axială

123. *Care este aspectul radiologic al artritei psoriazice?
A. Eroziuni marginale articulare
B. Subluxația halucelui
C. Sindesmofite
D. Eroziuni centrale articulare cu aspect de „toc în călimară”
E. Calcificarea ligamentelor interspinoase la nivelul coloanei vertebrale

124. *Care este ținta terapeutică în hiperuricemie?
A. Scăderea și menținerea valorii acidului uric sub 6,05 mg/dl la toți pacienții
B. Scăderea valorii acidului uric sub 8 mg/dl la pacienții cu boală cronică de rinichi
C. Scăderea valorii acidului uric sub 7 mg/dl
D. Scăderea și menținerea valorii acidului uric sub 7 mg/dl la pacienții cu atacuri recurente de gută
E. Menținerea valorii acidului uric la pacienții vârstnici asimptomatici

125. *Care dintre următoarele afirmații referitoare la pegloticaza sunt adevărate?
A. Este administrată per os
B. Este indicată pacienților hipertensivi cu gută
C. Este indicată pacienților cu gută și sindrom metabolic
D. Este rezervată pacienților cu gută severă, refractară
E. Se injectează în articulația afectată

126. * Diagnosticul foarte precoce al spondilitei anchilozante este posibil prin:
A. Radiografie convențională
B. Rezonanță magnetică nuclearăcu gadoliniu
C. Ultrasonografie Doppler
D. Elastografie
E. Angiografie

127. *În spondilita anchilozantă, pentru controlul simptomelor se recomandă de primă intenție tratament cu:
A. Glucocorticoizi oral
B. Glucocorticoizi administrați intravenos
C. Antiinflamatoare nesteroidiene
D. Metotrexat
E. Allopurinol

128. Care din următoarele sunt manifestări clinice ale artritei psoriazice?
   A. Dactilita
   B. Poliartrita inițial asimetrică
   C. Afectarea precoce a coloanei vertebrale cervicale
   D. Afectarea precoce a coloanei vertebrale lombare
   E. Spondiloza cervicală

129. Recomandările terapeutice în artrita psoriazică includ:
   A. Metotrexatul, cu eficiență dovedită asupra începutului dezvoltării leziunilor articulare
   B. Antiinflamatoarele nesteroidiene sau analgezicele pentru ameliorarea durerii
   C. Agenți anti-TNF-alfa la pacienții fără răspuns terapeutic la metotrexat
   D. Hidroxiclorochina ca primă opțiune terapeutică
   E. Injecţii intra-articulare cu glucocorticoizi

130. Care sunt cauzele declanșatoare a artritei reactive?
   A. Dizenteria bacilară
   B. Candidoza
   C. Chlamydia trachomatis
   D. Uretrita nespecifică la bărbat
   E. Cervicita nespecifică la femeie

131. Manifestările clinice din artrita reactivă cuprind:
   A. Poliartrita acută simetrică
   B. Entezita tendonului lui Ahile
   C. Sacroiliita și spondilita la persoane susceptibile
   D. Plăci și pustule proeminente dureroase și adesea confluente
   E. Balanita circinată

132. Care sunt spondilartritele asociate cu HLA-B27?
   A. Spondilita anchilozantă
   B. Artrita reactivă
   C. Artrita infecțioasă
   D. Artrită enteropatică asociată bolilor inflamatorii intestinale
   E. Artrita gutoasă

133. Metabolismul crescut al purinelor apare în:
   A. Leucemii
   B. Policitemia vera
   C. Deficitul de glucozo-6-fosfatază
   D. Carcinoame

E. Hiperparatiroidism primar

134. Care dintre următorii agenți inhibă xantin-oxidaza:
   A. Pegloticaza
   B. Benzbromarona
   C. Alopurinol
   D. Febuxostat
   E. Losartan
135. Tabloul clinico-biologic al spondilitei anchilozante poate include:
   A. HLA B27 prezent la peste 95% din pacienți
   B. Lombalgie neameliorată de repaus
   C. Noduli reumatoizi
   D. Uveită anterioară
   E. Limitarea mobilității coloanei vertebrale în plan sagittal

136. Din tabloul spondilitei anchilozante fac parte următoarele modificări:
   A. Tumefacția articulațiilor metacarpo-falangiene
   B. Durere fesierăși/sau lombalgie însoțite de redoare mai accentuate dimineața, care se ameliorează după efort
   C. Entezite
   D. Xantelasme
   E. Limitarea expansiunii cutiei toracice în inspir

137. În etiopatogenia spondilitei anchilozante se consideră că sunt implicați:
   A. Factori genetici
   B. Factorul reumatoid
   C. Celulele lupice
   D. HLA-B27
   E. Microbiomul intestinal

138. Referitor la lombalgie următoarele criterii sunt sugestive pentru diagnosticul de spondilită anchilozantă:
   A. Vârsta de debut >65 de ani
   B. Debutul insidios
   C. Ameliorarea la efort
   D. Nu se ameliorează la repaus
   E. Ameliorarea după repaus prelungit

139. Următoarele manifestări extra-spinale care pot fi prezente în spondilita anchilozantă:
   A. Sindrom Raynaud

B. Dureri toracice anterioare cauzate de inflamaţia joncţiunii costocondrale
C. Tulburări de conducere cardiacă
D. Insuficiența aortică
E. Boală pulmonară interstițială

140. În spondilita anchilozantă avansată, pot fi prezente următoarele modificări radiografice:
A. Fuziunea articulațiilor sacroiliace
B. Osteofite generalizate
C. Fuziunea articulațiilor apofizelor spinale
D. Calcificarea ligamentelor interspinoase
E. Sindesmofite generalizate

141. În spondilita anchilozantă, afectarea articulară periferică are următoarele caracteristici:
A. Este asimetrică
B. Este oligo-articulară, fiind afectate predominant articulațiile mari
C. Constă în poliatrita simetrică a articulațiilor mici ale mâinii
D. Afectarea șoldului duce la deformări fixe în flexie a șoldurilor și deteriorarea în continuare a posturii
E. La adolescenți monoartrita poate fi modalitatea de debut a unei spondilite anchilozante

142. *Pentru obținerea remisiunii în formele severe de LES cu afectare neurologică sau renală se folosesc:
A. AINS
B. Ciclofosfamida
C. Corticosteroizii
D. Imunomodulatoare
E. Inhibitorii α-adrenergici

143. *Următoarea afirmație despre LES este adevărată:
A. Este mai frecvent la femei
B. Este mai frecvent la bărbați
C. Vârsta maximă de debut este între 60-70 ani
D. Prevalența nu variază în funcție de grupurile etnice
E. Este mai des întâlnit în rândul caucazienilor

144. LES cu afectare cutanată și renală se caracterizează prin:
A. Prezența anticorpilor de tip IgM
B. Prezența anticorpilor de tip IgG
C. Influx de neutrofile, limfocite
D. Prezența depozitelor de complement

E. Influx de macrofage

145. Afectarea articulară din cadrul LES prezintă următoarele caracteristici:
   A. Prezența artralgiilor asimetrice la nivelul articulațiilor mici
   B. Eroziunile osoase sunt frecvente
   C. Aspect clinic normal al articulațiilor
   D. Prezența artralgiilor simetrice la nivelul articulațiilor mici
   E. Discretă tumefacție la nivelul țesuturilor moi periarticulare

146. În cadrul LES, la nivel tegumentar se pot întâlni următoarele:
   A. Leziuni vasculitice la nivelul degetelor
   B. Eritemul în formă de fluture la nivelul frunții
   C. Alopecie cicatricială
   D. Echimoze
   E. Fenomen Raynaud

147. Autoanticorpii întâlniți în LES sunt:
   A. AcANCA
   B. AcANA
   C. Ac anti topoizomeraza-1
   D. Ac anti ADN-dc
   E. Ac anti-SM

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

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

CAP. III - ENDOCRINOLOGIE

1. *Care dintre următoarele afecțiuni poate determina hipotiroidism secundar?
   A. Tiroidita Hashimoto
   B. Agenezia tiroidiană
   C. Tiroidita postpartum
   D. Hipopituitarismul
   E. Deficitul de iod

2. Care dintre următoarele reprezintă cauză de hipotiroidie?
   A. Terapia cu iod radioactiv
   B. Tratamentul cu Propafenona
   C. Deficitul de iod
   D. Tiroidita postpartum
   E. Boala Graves-Basedow

3. Următoarele afirmații referitoare la hipotiroidismul atrofic sunt adevărate:
   A. Anticorpii anti-tiroidieni sunt absenți.
   B. Este asociat cu alte boli autoimune.
   C. Determină infiltrarea limfoidă a glandei, atrofie și fibroză.
   D. Reprezintă o cauză rară de hipotiroidism.
   E. Este mai frecvent la bărbați.

4. Selectați afirmațiile corecte referitoare la tiroidita Hashimoto:
   A. Este mai frecventă la femei
   B. Anticorpii anti-TPO sunt absenți
   C. Terapia cu levotiroxina poate reduce gușa
   D. Anticorpii anti-TPO sunt prezenți
   E. Gușa este absent

5. Care dintre următoarele semne și simptome fac parte din tabloul clinic al pacientului cu hipotiroidism?
   A. Bradicardia
   B. Miopatie proximală
   C. Intoleranța la căldură
   D. Constipația
   E. Creșterea ponderală

6. Despre screening-ul hipotiroidismului congenital se poate afirma:

A. Folosește picătura de salivă pentru a detecta nivelul de TSH
B. Se realizează de rutină la nou-născuți
C. Se efectuează pentru a detecta niveluri scăzute de TSH
D. Se efectuează pentru a detecta niveluri crescute de TSH
E. Terapia cu Levotiroxină este indicată după primii doi ani de viață de la detectarea valorilor anormale de TSH

7. În cazul comei mixedematoase, măsurile terapeutice suplimentare ar trebui sa includă:
A. Iod intravenos
B. Reîncălzire treptată
C. Hidrocortizon 100 mg iv la 8 ore
D. Administrare de glucoză orală
E. Calciu gluconic iv

8. *Ca și tratament, în hipotiroidismul primar:
A. Levotiroxina (T4, tiroxina) se administrează până la atingerea eutiroidismului apoi se sistează
B. Levotiroxina (T4, tiroxina) se administrează toată viața
C. Doza inițială este de 50 µg la pacienții tineri și apți
D. Doza inițială este de 100 µg la pacienții vârstnici/ pacienți cu patologie cardiacă/ stare fragilă
E. Doza poate fi crescută rapid, deoarece tratamentul nu prezintă riscul de dezvoltare a unor ”simptome” tireotoxice

9. Printre cauzele hipertiroidismului se numără:
A. Tratamentul cu Amiodarona
B. Iodul exogen
C. Gușă multinodulară toxică
D. Dishormonogeneza
E. Tiroidita Hashimoto

10. Boala Basedow-Graves:
A. Este o cauză rară de hipertiroidie
B. Are o etiologie virală
C. Prezintă ca și caracteristică afectarea oculară tiroidiană
D. Anticorpii anti-TPO sunt patognomonici acestei boli
E. Unele bacterii Gram negative conțin situsuri care leagă TSH-ul și pot declanșa patologia prin “mimetism molecular”

11. *Indicați afirmația FALSĂ cu privire la tireotoxicoza indusă de amiodaronă:

A. În tipul I, hipertiroidismul este declanșat de conținutul bogat în iod al medicamentului
B. În tipul II, hipertiroidismul este rezultatul efectului distructiv direct al medicamentului
C. În tipul II se poate instala hipotiroidismul după câteva luni
D. Tipul I nu se asociază cu boala Graves preexistentă
E. Raportul T4:T3 mai mare decât uzual se poate observa în ambele tipuri

12. În tabloul clinic al hipertiroidismului, sunt incluse următoarele:
A. Bradicardia sinusală, întâlnită foarte rar în rândul vârstnicilor
B. Copiii prezintă mai degrabă creștere în greutate
C. Copiii se prezintă frecvent cu o rată de creștere scăzută
D. Retracția palpebrală și privirea fixă se regăsesc în hipertiroidismul de orice cauză
E. Tirotoxicoza apatică la unii pacienți vârstnici

13. Sunt adevărate următoarele afirmații despre hipertiroidism:
A. Tratamentul este instituit de cele mai multe ori fără confirmare biochimică
B. TSH-ul seric este suprimat (<0.05 mU/L)
C. fT4 sau fT3 prezintă un nivel scăzut
D. Anticorpii anti-receptor TSH (TRAb) sunt specifici bolii Gaves
E. Anxietatea nu reprezintă un diagnostic diferențial

14. Următoarele afirmații despre tratamentul hipertiroidismului sunt adevărate:
A. Se poate realiza prin medicație anti-tiroidiană, iod radioactiv sau chirurgical
B. După instituirea medicației antitiroidiene, beneficiile clinice sunt evidente imediat, din prima zi de tratament.
C. Beta-blocantele se utilizează pentru un control simptomatic parțial rapid
D. Propiltiouracilul blochează, suplimentar, conversia T4 în T3
E. Pacienții cu guși nodulare sau multinodulare voluminoase vor necesita, în general, un tratament radical

15. *Efectul advers major al terapiei medicamentoase cu antitiroidiene de sinteză, în hipertiroidie, este:
A. Gușa
B. Cardiotireoza
C. Agranulocitoza
D. Agravarea oftalmopatiei
E. Osteoporoza

16. Referitor la tratamentul cu iod radioactiv (IRA) al hipertiroidismului este adevărat că:
A. Eutiroidismul se instalează, de regulă, după 2-3 luni

B. Poate agrava oftalmopatia tiroidiană
C. Prezintă risc neoplazic crescut
D. Toți pacienții necesită o a doua doză de iod radioactiv, din cauza persistenței tirotoxicozei
E. Se poate administra în timpul alăptării

17. Despre criza tiroidiană (“furtuna tiroidiană”) se poate afirma că:
A. Tratamentul este o urgență
B. Reprezintă o agravare rapidă a hipotiroidismului
C. Se manifestă prin hiperpirexie, tahicardie severă, agitație extremă, insuficiență cardiacă și disfuncție hepatică.
D. Nu poate să apară în urma tratamentului cu iod radioactiv
E. Ocazional, poate conduce la cardiomiopatie tirotoxică cu modificări ischemice pe ECG

18. Următoarele afirmații despre tratamentul hipertiroidismului din sarcină sunt adevărate:
A. Iodul radioactiv poate fi utilizat în trimestrele doi și trei de sarcină
B. Propilturacilul (PTU) este preferat în primul trimestru de sarcină
C. Carbimazolul este recomandat în primul trimestru de sarcină
D. Tratamentul de tip “blocare și substituție” este contraindicat
E. Tiroidectomia poate fi practicată la nevoie, de preferat în trimestrul al doilea al sarcinii

19. *Pentru predicția tirotoxicozei neonatale, în cazul unei gravide cu boală Graves în sarcină, este utilă măsurarea directă a:
A. TSH
B. fT4
C. ATPO (anticorpi anti TPO)
D. TRAb (anticorpi anti receptor TSH)
E. fT3

20. Carcinomul tiroidian medular se caracterizează prin următoarele:
A. Este o tumoră neuroendocrină a celulelor C producătoare de calcitonină din tiroidă
B. Este adeseori asociat cu sindromul MEN1
C. Metoda uzuală de terapie constă în tiroidectomie totală cu evidare ganglionară largă
D. Tumora răspunde foarte bine la tratament
E. Recent, tratamentul biologic cu vandetanib și cabozantinib a demonstrat beneficii în carcinoamele medulare avansate

21. În carcinoamele papilare și foliculare:

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

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

RĂSPUNSURI CAP. III - ENDOCRINOLOGIE

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

CAP. IV - GASTROENTEROLOGIE

1. Tabloul clinic în boala de reflux gastroesofagian poate cuprinde următoarele simptome:
   A. Pirozis
   B. Disfagie
   C. Regurgitarea alimentelor și acidului la nivelul cavității orale
   D. Durere retrosternală după consumul de alimente picante, lichide fierbinți
   E. Rinoree și tuse

2. Printre complicațiile bolii de reflux gastro-esofagian se pot menționa:
   A. Hernia hiatală
   B. Acalazia
   C. Strictura peptică
   D. Esofagul Barrett
   E. Perforația esofagian

3. *Vă rugăm selectați varianta corectă cu factorii de risc pentru boala de reflux gastro-esofagian:
   A. Obezitatea, sarcina, alcoolul, fumatul
   B. Sarcina, ingerarea de aclool, ciocolata, blocantele de calciu
   C. Nitrații, antimuscarinice, sclerodermia
   D. Sarcina, sclerodermie, mese copioase
   E. Toate variantele de mai sus

4. *Antagoniștii receptorilor H2 sunt următoarele medicamente, cu excepția:
   A. Cimetidinină
   B. Ranitidină
   C. Famotidină
   D. Omeprazol
   E. Nizatidină

5. *Caracterele clasice de durere din boala de reflux sunt următoarele cu excepția:
   A. Se ameliorează la ingestia de antiacide
   B. Se agravează la ingestia de băuturi fierbinți
   C. Este însoțită de dispnee
   D. Se agravează la ingestia de alcool
   E. Iradiază rareori către membrele superioare

6. Selectați investigațiile paraclinice utile pentru a susține diagnosticul de boală de reflux gastro-esofagian:
   A. Computer tomografie de torace cu substanță de contrast
   B. Gastroscopie
   C. pH-metrie
   D. Manometrie cu Impedanță
   E. Laringoscopie

7. Selectați clasele de medicamente folosite în boala de reflux gastro-esofagian:
   A. Inhibitori de pompă de protoni
   B. Blocante de calciu
   C. Preparate pe bază de alginat
   D. Antagoniștii receptorilor H2
   E. Gastroplicatura endo-luminală

8. Care dintre afirmațiile de mai jos sunt adevărate cu privire la inhibitorii pompei de protoni:
   A. reprezentanti ai clasei de inhibitori de pompă de protoni sunt: omeprazolul, esomeprazolul, pantoprazolul, rabeprazolul, lansoprazolul
   B. reduc secreția acidă cu pană la 75%
   C. aproximativ 60% dintre pacienți devin asimptomatici după 4 săptămâni
   D. doza de administrare este de 3-4 ori/zi, timp de 6 săptămâni
   E. tratamentul pe termen lung, poate crește riscul infecției cu Clostridium Difficile

9. Vă rugăm selectați afirmațiile corecte despre Esofagul Barrett:
   A. Epiteliul scuamos esofagian este înlocuit cu epiteliu pavimentos stratificat
   B. Clasificarea endoscopică Praga este folosită pentru a clasifica leziunile esofagiene
   C. Aproximativ 0,12-0,5 dintre pacienții cu Esofag Barrett vor dezvolta anual adenocarcinom esofagian
   D. În situația în care la rebiopsiere se deceleaza persistenta displaziei de grad scăzut, se poate recomanda ablația prin radiofrecvență
   E. În cazul unei displazii de grad înalt, fărp o leziune vizibilă endoscopic, se recomandă rebiopsierea într-un interval de 3 luni

10. Selectați afirmațiile corecte despre stricturile peptice:
    A. Reprezintă o complicație a bolii de reflux gastro-esofagian
    B. Apare de regulă după vârsta de 30 ani
    C. Se manifestă prin disfagie continuă
    D. Cazurile severe necesită dilatare endoscopică
    E. Cazurile ușoare răspund la tratament cu IPP

11. Următoarele metode trebuie utilizate pentru diagnosticul Esofagului Barrett:
    A. Impedanță și pH-metrie
    B. Computer tomografie de torace
    C. Endoscopie digestivă superioară
    D. Examen histopatologic
    E. Capsula Bravo

12. Esofagita de reflux grad D conform clasificării Los Angeles prezintă următoarele modificări endoscopice:
    A. Discontinuităţi (eroziuni) ale mucoasei limitate la pliuri care nu depăşesc 5 mm
    B. Cel puţin o discontinuitate (eroziune) a mucoasei mai lungă de 5 mm, limitată la nivelul pliurilor, fără continuitate între vârfurile a două pliuri
    C. Discontinuităţi (eroziuni) confluente ale mucoasei
    D. Discontinuităţi (eroziuni) care interesează peste 75% din circumferinţa esofagului
    E. Discontinuităţi (eroziuni) ale mucoasei care se continuă între vârfurile pliurilor, dar nu sunt circumferenţiale

13. Selectați afirmațiile corecte referitoare la succesiunea Esofag Barrett- adenocarcinom esofagian:
    A. Metaplazia intestinală: de la epiteliu scuamo-celular la epiteliu pavimentos
    B. Displazie de grad scăzut ulterior displazie de grad înalt
    C. Displazie de grad înalt ulterior adenocarcinom in situ
    D. Metaplazie intestinală ulterior adenocarcinom in situ
    E. Displazie de grad înalt ulterior metaplazie intestinală

14. În cadrul unui Esofag Barrett cu displazie de grad înalt:
    A. Dacă este vizibilă leziunea, poate fi rezecată endoscopic
    B. Dacă este decelată displazia de grad înalt, fără să fie însă vizibilă leziunea endoscopic, se recomandă repetarea biopsiilor nu mai târziu de 3 luni
    C. Dacă este vizibilă endoscopic leziunea, se recomandă tratament medicamentos cu doză dublă de inhibitori de pompă de protoni
    D. Ecoendoscopia poate fi folosită pentru a stadializa mai bine aceste leziuni
    E. Dacă leziunea este nodulară, se recomandă intervenție chirurgicală de tip Nissen

15. Selectați afirmațiile corecte referitoare la tratamentul în boala de reflux gastro-esofagian (BRGE):
    A. Antagoniștii receptorilor H2 pot fi folosiți în combinație cu inhibitori de pompă de protoni (IPP) la pacienții cu forme mai severe de boală
    B. Antagoniștii dopaminergici sunt utili deoarece reduc peristaltismul
    C. Pacienții cu forme severe de boală, pot să urmeze tratamet cu IPP în doză dublă

D. Preparatele pe baza de Alginat sunt medicamentele de prima linie în BRGE
E. Fundoplicatura laparoscopică Nissen are o rată de success de peste 90%

16. Următoarele afirmații privind infecția cu Helicobacter Pylori sunt adevărate:
A. Prevalența infecției este ridicată în țările dezvoltate
B. Efectul citotoxic direct se datorează producției de urează al bacteriei
C. Gastrita antrală este o consecință obișnuită a infecției cu H. pylori
D. 50-60% din polulația infectată cu H. pylori dezvoltă ulcere duodenale
E. Ulcerele apar mai frecvent atunci când tulpina infecțiosă exprimă genele CagA și VacA

17. Evaluarea endoscopică a pacientului suspect de boală ulcerosă peptică testat pozitiv pentru infecția cu H. pylori este necesară în următoarele situații:
A. Decelarea unei formațiuni palpabile la nivelul epigastrului
B. Pierdere involuntară din greutate
C. Simptome tipice ale bolii ulcerose peptice la pacienții cu vârsta sub 55 de ani
D. Prezența vărsăturilor persistente
E. La toți pacienții înaintea începerii terapiei de eradicare a infecției H. Pylori

18. *Următoarele afirmații privind infecția cu Helicobacter Pylori sunt adevărate cu excepția:
A. Este o bacterie gram negativă
B. Colonizează stratul de mucus de la nivelul antrului gastric
C. Aderă în mod specific la celulele epiteliale gastrice
D. Se poate întâlni și la nivelul jejunului în zonele de metaplazie gastrică
E. Este dobândită de obicei în perioada copilăriei

19. Consecințele infecției cu Helicobacter Pylori pot fi:
A. Gastrita antrală
B. Cancerul gastric
C. Ulcerul duodenal
D. Halena
E. Cancerul duodenal

20. Factorii implicați in apariția ulcerului duodenal sunt:
A. Fumatul
B. Secreția crescută de gastrină
C. Obezitatea
D. Alimentația picantă
E. Infecția cronică cu Helicobacter Pylori

21. *Următoarele sunt metode de detecție a infecției cu Helicobacter Pylori, cu excepția:
    A. Testul respirator cu uree marcată ^{13}C
    B. Dozarea anticorpilor fecali
    C. Testul rapid din proba bioptică ce detectează activitatea ureazică
    D. Examenul histopatologic al biopsiilor prelevate
    E. Testele serologice cu detecția Ac IgG

22. Care sunt “semnele de alarmă” ce fac obligatorie evaluarea endoscopică:
    A. Vârsta peste 50 de ani
    B. Anemia feriprivă
    C. Scădere ponderală involuntară
    D. Hematemeza
    E. Vărsaturi persistente

23. Complicațiile bolii ulceroase peptice sunt următoarele:
    A. Insuficiența evacuatorie gastrică
    B. Perforația
    C. Ocluzia intestinală
    D. Hemoragia digestivă
    E. Ulcerul Vurling

24. *Următoarele afirmații privind regimurile terapeutice de eradicare a Helicobacter Pylori sunt adevărate cu excepția:
    A. Rezistența microbiană la metronidazol și claritromicină este în creștere
    B. Terapiile de salvare includ antibiotice din clasa cefalosporinelor
    C. Metronidazolul are efecte adverse frecvente
    D. Complianța la tratament este esențială
    E. Subcitratul de bismuth este greu de tolerat de către pacienți

25. Tabloul clinic din boala ulceroasă - selectați afirmațiile corecte:
    A. Durerea are un caracter colicativ, predominant nocturn
    B. Alimentația ameliorează întotdeauna simptomatologia ulceroasă
    C. Durerea persistentă sugerează o complicație
    D. În cazul unui ulcer perforat, durerea va iradia în hipocondrul și flancul stang
    E. Ulcerele gastice și duodenale pot fi asimptomatice

26. Care din afirmațiile de mai jos sunt adevărate cu privire la Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS):
    A. AINS inhibă secreția de prostaglandine la nivel local și sistemic

B. Inhibitorii specifici COX-2 produc leziuni mucoasei gastrice mai severe decât AINS convenționale
C. Aproximativ 50% dintre consumatorii de AINS vor dezvolta leziuni ale mucoasei gastrice
D. Aproximativ 10% dintre consumatori vor prezenta simptome
E. AINS și Helicobacter Pylori reprezintă factori de risc sinergici

27. La pacienții cu boală ulceroasă ce necesită tratament cu Antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Trebuie evaluată prezența infecției cu H. Pylori, iar dacă este prezentă se va institui terapia de eradicare
B. Se preferă AINS COX-1 selective
C. Se poate asocia terapie citoprotectoare
D. Terapia citoprotectoare (Misoprostol) este mai bine tolerată decât terapia cu inhibitori de pompă de protoni
E. Se va asocia administrarea de inhibitori de pompă de protoni

28. Selectați afirmațiile corecte cu privire la terapia de eradicare a bacteriei Helicobacter Pylori (HP):
A. în zonele cu rezistență crescută la Claritromicină se recomandă terapia cu: Subcitrat de Bismut, Tetracliclinică, Metronidazol, IPP toate timp de 7 zile
B. Include Esomeprazol, Claritromicină, Amoxicilină, de două ori /zi, toate timp de 14 zile
C. Terapia secvențială este de asemenea folosită în zonele cu rezistență crescută la Claritromicină
D. Tratamentul pe o perioada de 2 săptămâni, scade rata de success terapeutic
E. Se recomandă dozarea antigenului fecal la 2 săptămâni de la terminarea terapiei de eradicare a HP

29. Selectați afrmațiile corecte referitoare la insuficiența evacuatorie gastrică secundară bolii peptice:
A. Insuficiența evacuatorie gastrică secundară bolii peptice are o incidență crescută
B. Vărsăturile din insuficiența evacuatorie gastrică sunt în jet, de obicei nedureroase
C. Diagnosticul se stabileste prin scintigrafie
D. Vărsăturile psihogene sunt frecvente și în cantitate mare
E. Stenoza poate fi pre-pilorică, pilorică sau duodenală

30. Selectați afrmațiile corecte referitoare la tratmentul chirurgical din boala peptică:
A. Gastrectomia sau vagotomia nu mai sunt proceduri de elecție în ulcerul peptic
B. Ulcerul recurent exclude o malignitate la acest nivel

C. Deficitul de Vit B12 este frecvent intalnit la pacienții cu gastrectomie
D. Diareea este o complicație preponderent a vagotomiei
E. Sindromul de Dumping este o complicație ce apare la pacienții cu gastrectomie parțiala și gastro-jejuno anastomoză

31. Următoarele afirmații sunt adevărate referitor la etiopatogeneza bolilor inflamatorii intestinale (BII):
A. Implică interacțiunea dintre factori de mediu, microbiota intestinală, susceptibilitate genetică și răspsunsul imun
B. Pacienții fumători au un risc crescut de a dezvolta boala Crohn
C. Consumul de AINS este asociat cu perioade de remisiune la pacienții diagnosticați anterior cu BII
D. Istoricul familial pozitiv de BII reprezintă un factor de risc independent pentru dezvoltarea BII
E. Igiena mai precară și habitatul mai aglomerat prezintă un risc mai scăzut de a dezovolta boala Crohn

32. Mecanismele prin care microbiota intestinală este legată de etiologia bolilor inflamatorii intestinale (BII) includ:
A. Afectarea funcției de barieră a mucoasei intestinale
B. Organisme patogene specifice
C. Antigene bacteriene
D. Disbioză intestinală
E. Colita limfocitară microscopică

33. Următoarele afirmații referitoare la modificările care apar în bolile inflamatorii intestinale (BII) sunt adevărate:
A. Colita ulcerativă (CU) poate afecta rectul și se poate extinde la nivelul colonului sigmoid, descendent, transvers, ascendent, cec si ileon terminal, leziunile fiind discontinue
B. Boala Crohn (BC) poate afecta orice segment al tractului gastrointestinal, de la cavitatea bucală până la anus
C. Prezența fistulelor și a abceselor intra-abdominle se asociază mai frecvent cu BC
D. În BC, inflamația se extinde în toate straturile (transmural) intestinului, iar în CU apare o inflamație superficială doar a mucoasei
E. Specific pentru CU este prezența granuloamelor și a anticorpilor anti- citoplasmă neutrofile (ANCA)

34. Manifestările extraintestinale ale bolilor inflamatorii intestinale sunt reprezentate de:

A. Dermatită atopică
B. Colangită sclerozantă
C. Eritem nodos
D. Artrită periferică
E. Glaucom

35. Următoarele afirmații sunt adevărate despre tabloul clinic al bolii Crohn (BC):
A. Simptomele majore sunt diareea, greață, vărsături, durere abdominală și febră
B. Aproximativ 30% dintre pacienți vor necesita rezecție intestinală în primii 5 ani de la stabilirea diagnosticului
C. BC poate debuta ca și urgență, cu durere acută abdominală și rectoragie
D. BC se poate complica cu abcese și fistule perianale
E. Durerea abdominală din BC poate fi colicativă sugerând o posibilă stenoză

36. Investigațiile utile în evalurea bolii Crohn (BC) sunt:
A. Endoscopie digestivă superioară și endoscopie digestivă inferioară
B. Teste sanguine care pot releva anemie, valori ridicate ale proteinei C reactive, leucocitoză, hipoalbuminemie
C. Calprotectina fecală
D. Teste serologice care pot releva anticorpi perinucleari ANCA pozitivi și anticorpi ASCA negativi
E. Ecografie, RMN, capsulă endoscopică, ecoendoscopie

37. Următoarele afirmații sunt adevărate referitor la endoscopia digestivă în boala Crohn (BC):
A. Endoscopia digestivă superioară este recomandată la toți pacienții cu BC
B. Evaluarea endoscopică a ileonului terminal este esențială la toți pacienții cu suspiciune de BC
C. Capsula endoscopică este contrindicată de prezența stricturilor intestinului subțire
D. Colonoscopia evidențează modificări care variază de la ulcerații ușoare, neuniforme, aftoide la ulcerații larg răspândite și profunde cu aspect de piatră de pavaj
E. Biopsia endoscopică nu este necesară întotdeuna

38. Următoarele afirmații sunt adevărate referitor la tratamentul din boala Crohn (BC):
A. Inducția remisiei se poate realiza prin administrarea de glucocorticoizi, aminosalicilați, tiopurine
B. Scopul tratamentului este inducerea si menținerea remisiunii clinice precum și vindecarea mucosală
C. Agenții anti-TNF folosiți în BC sunt infliximab, vedolizumab, ustekinumab

D. Terapiile de menținere a remisiunii includ azatioprina, mercaptopurina sau metrotrexatul
E. Antibioticele se pot folosi doar în tratamentul complicațiilor

39. Indicațiile tratamentului chirurgical în boala Crohn (BC) sunt:
A. Retard de creștere la copii în ciuda tratamentului medicamentos
B. Eșescul tratamentului cu aminosalicilați
C. Complicații ale BC (ocluzie intestinală, perforație, fistula enterocutanată)
D. Colangita sclerozantă
E. Eșecul tratamentului cu tiopurine

40. Tratamentul pentru inducția remisiei în Boala Crohn poate fi efectuat cu:
A. Azatioprina
B. Metotrexat
C. Antibioterapia: ciprofloxacină sau metronidazol
D. Glucocorticoizi oral sau i.v.
E. Anticorpi anti-TNF

41. Tabloul clinic in colita ulcerativă poate cuprinde:
A. Diaree cu sânge și mucus, însoțită uneori de discomfort în abdomenul inferior
B. Anorexie cu scădere în greutate.
C. Într-un atac acut diareea apare doar pe parcursul zilei
D. Diareea are caracter urgent fiind însoțită de incontinență
E. Simptomul major în colita ulcerativă este reprezentat de constipație

42. Următoarele afirmații despre megacolonul toxic sunt adevărate:
A. Diagnosticul diferențial include colita infecțioasă (ex. C. difficile si citomegalovirus)
B. Este o complicatie majoră asociata formelor severe, acute de CU
C. Radiografia abdominala pe gol evidențiază un colon dilatat cu diametru mai mare de 6 cm ce conține gaze
D. Tratamentul conservator este de elecție
E. Se impune intervenție chirurgicală de urgentă la toți pacienții, și la cei la care dilarea toxică se remite dupa 48 de ore

43. Examenul obiectiv în colita ulcerativă poate releva:
A. Abdomen destins sau sensibil la palpare
B. Tușeul rectal poate evidenția prezența sângelui
C. Adesea rectul este cruțat
D. Foarte rar rectul este cruțat

E. Anusul prezintă frecvent modificări

44. Următoarele afirmații despre investigațiile în colita ulcerativă sunt adevărate:
    A. Testele sangvine pot evidenția leucocitoză, trombocitoză și anemie feriprivă
    B. pANCA este întotdeauna negativ
    C. Endoscopia digestivă inferioară cu biopsie din mucoasă este standardul de aur în CU
    D. Colonoscopia nu permite evaluarea extinderii bolii
    E. La pacienții cu colită cronică cromoendoscopia este utilizată pentru excluderea displaziei

45. Următoarele afirmații despre tratamentul în colita ulcerativă sunt adevărate:
    A. Pilonul principal al tratamentului formelor ușoare și moderate cu orice extensie este un aminosalicilat cu acțiune topică în lumenul colonic
    B. Modul de acțiune al 5-ASA în BII este necunoscut
    C. În proctită supozitoarele 5-ASA sunt tratamentul de primă linie
    D. Pilonul principal al tratamentului formelor ușoare și moderate este reprezentat de corticoterapia orală
    E. Pilonul principal al tratamentului formelor ușoare și moderate este reprezentat de antiinflamatoarele nesteroidiene

46. Definiția episodului sever de colită ulcerativă cuprinde următoarele:
    A. Frecvența scaunelor mai mare de 4 pe zi
    B. Temperatură mai mare de 37.5 grade C
    C. Bradicardie
    D. Anemie (hemoglobina mai mică de 10 g/l)
    E. Hipoalbuminemie

47. Următoarele afirmații legate de terapia de salvare în colita ulcerativă sunt adevărate:
    A. Continuarea monoterapiei cu corticosterioizi este recomandată scăzând mortalitatea
    B. Terapii de salvare cu beneficii dovedite cuprind ciclosporina și infliximabul
    C. Se recomandă continuarea corticoterapiei și după inițierea terapiilor de salvare.
    D. Terapia de salvare se impune la pacienții cu CRP mai mic de 45mg/l și mai puțin de 8 scaune pe zi
    E. Terapia de salvare trebuie instituite doar de către medici gastroenterologi cu experiență ce fac parte dintr-o echipă multicisciplinară

48. Următoarele afirmații despre episodul sever de colită ulcerativă sunt adevărate:
    A. Se recomandă internare în spital
    B. Se recomandă excluderea unei infecții intestinale
    C. Nu se recomandă anticoagulare proficlactică

D. Se recomandă Hidrocortizon 100mg de 4 ori pe zi
E. Este necesară monitorizare zilnică

49. Următoarele afirmații despre cancerul în BII sunt adevărate:
A. Pacienții cu boală Crohn sau colită ulcerativă au o incidență crescută în dezvoltarea displaziei și a cancerului de colon
B. Pacienții cu boală inflamatorie intestinală nu trebuie să intre într-un program de screening special
C. Riscul de displazie nu este legat de extensia bolii
D. Riscul de dispazie nu este legat de durata bolii
E. Prezența colagitei sclerozante primare crește riscul de apariție a cancerului de colon la pacienții cu BII

50. Următoarele sunt forme de colită inflamatorie microscopică:
A. CU microscopică
B. Boala celiacă
C. Boala Crohn
D. Colita limfocitară microscopică
E. Colita colagenoasă microscopică

51. *Care dintre următoarele modificări macroscopice este specifică colitei ulcerative?
A. Intestinul afectat este deseori îngroșat și îngustat
B. Prezența fistulelor și abceselor intraabdominale
C. Nu se asociază cu ileita de reflux
D. În formele severe, mucoasa adiacentă inflamației poate căpăta aspectul de polipi postinflamatori
E. Un semn precoce este ulcerația aftoid

52. *Artropatia de tip I din BII se caracterizează prin:
A. durează luni-ani
B. se asociază cu alte manifestări extraintestinale
C. este independentă de activitatea bolii inflamatorii intestinale
D. se asociază de regulă cu uveita
E. este mai comună în colita ulcerativă

53. *Terapii de menținere în boala Crohn sunt următoarele, cu excepția:
A. Infliximab
B. Azatioprina
C. Prednison
D. Metotrexat

E. Mercaptopurina

54. *Intervenția chirurgicală standard în boala Crohn în cazul afectării întregului colon și a rectului este:
A. Proctocolectomie cu anastomoză ileorectală
B. Stricturoplastie
C. Colectomie subtotală cu ileostomă terminală
D. Colectomie totala cu anastomoză ileorectală
E. Proctocolectomie cu ileostomă terminală

55. *Următoarea substanță este o integrină:
A. Infliximab
B. Adalimumab
C. Vedolizumab
D. Tofacitinib
E. Golimumab

56. *În cazul unei colite ulcerative care răspunde la corticoterapia intravenoasă, după câte zile trebuie înlocuită cu corticoterapie orală:
A. 3 zile
B. 5 zile
C. 7 zile
D. 30 zile
E. 10 zile

57. *Una din următoarele situații nu este o indicație pentru tratamentul chirurgical în colita ulcerativă:
A. Eșecul tratamentului medical
B. Megacolon toxic
C. Corticodependența / răspuns incomplet la tratament medical
D. Colita ce afectează întreg colonul
E. Hemoragia

58. *Care dintre următoarele afirmații legată de infecţia cronică VHB este adevarată?
A. Faza 1 este denumită infecţie VHB cronică AgHBe pozitivă.
B. Faza 2 este denumită de infecţie VHB cronică AgHBe negativă
C. Faza 3 este denumită infecţie VHB cronică AgHBe pozitivă.
D. Faza 5 este denumită de infecţie VHB cronică AgHBe negativă.
E. Infecţia cronică VHB progresează printr-o serie de cinci faze distincte.

59. *Care din următoarele afirmații sunt false legate de virusul hepatitic C?
    A. Virusul hepatitei C este un virus ARN monocatenar din familia Flaviviridae.
    B. Pacienţii cu infecţie cronică VHC sunt de obicei asimptomatici.
    C. Infecţia cronică VHC progresează printr-o serie de patru faze distincte.
    D. Diagnosticul pornește de la evidenţierea anticorpilor VHC în ser.
    E. Tratamentul pentru infecţia VHC este în prezent bazată pe agenţii antivirali cu acțiune directă care sunt administrați oral.

60. *Următoarea afirmație legată de infecția cronică virală D este falsă:
    A. Virusul delta nu este capabil singur de replicare dar este activat de prezența VHB.
    B. Virusul delta este capabil singur de replicare și nu este activat de prezența VHB.
    C. Infecţia cu virusul hepatitei D se poate dezvolta ca şi co-infecţie sau ca suprainfecţiecu VHB
    D. Vindecările spontane sunt puţin frecvente
    E. Între 60-70% dintre pacienţi vor dezvolta ciroză, mai rapid decât în monoinfecţia VHB

61. *Care din următoarele afirmații legate de hepatopatiile cronice este falsă?
    A. Pacienţii cu infecţie cronică VHC sunt de obicei asimptomatici
    B. Infecţia cronică VHB progresează printr-o serie de patru faze distincte
    C. Vindecările spontane în hepatitele cronice HVD sunt puţin frecvente
    D. Tratamentul pacienţilor cu hepatită cronică virală D activă se face cu interferonpegylat-alfa-2a pentru 12 luni
    E. Tratamentul pacienţilor cu hepatită cronică virală D activă se face cu agenţii antivirali cu acțiune directă administrați oral

62. *Care din următoarele afirmații legate de hepatitele virale este falsă?
    A. Infecţia cronică VHC determină progresia lentă a fibrozei care conduce, în decursul a zeci de ani, la ciroză
    B. Profilaxia infecției cu virusul hepatic B este condiţionată de vaccinare
    C. Virusul hepatitic E se transmite pe cale intravenoasă
    D. Prezența Ac anti VHA lgM indică o infecţie acută a cu virusul hepatitei A
    E. Prognosticul este excelent în hepatita acută virală A majoritatea pacienţilor vindecându-se complet

63. *Hepatita virală A se caracterizează prin:
    A. Transmitere fecal-orală
    B. Boala nu prezintă infecţiozitate maximă chiar înaintea debutului icterului.
    C. Hepatita acută virală se poate croniciza
    D. O infecţie anicterică este rară la copii şi nu conferă imunitate pe viaţă

E. Pentru stabilirea diagnosticului de certitudine este necesară determinarea viremiei

64. Faza 1 de infecţie VHB cronică AgHBe pozitivă este caracterizată prin:
    A. Nivel înalt de replicare virală cu AgHBe pozitiv, care nu este asociată cu un răspuns mediat imun de injurie hepatică
    B. Cauzează distrucţie hepatică
    C. Nu cauzează distrucție hepatică
    D. Necesită tratament
    E. Tratamentul nu este necesar

65. Care dintre următoarele afirmații legate de faza 2 de infecţie VHB cronică AgHBe pozitivă sunt adevărate:
    A. Nu asociază distrucția hepatică
    B. Asociază frecvent distrucţia hepatică, cu transaminaze fluctuant crescute (ALT) în prezenţa unor niveluri crescute de infecţie AgHBe pozitivă
    C. Este cunoscută și sub denumirea de faza imunotolerantă
    D. Tratamentul în această fază este necesar și poate conduce la seroconversie de la AgHBe pozitiv la AgHBe negativ
    E. Este cunoscută și sub denumirea de fază imunoactivă

66. Care dintre următoarele afirmații legate de faza de purtător inactiv sunt adevărate:
    A. Corespunde fazei 3 de infecţie VHB cronică AgHBe negative
    B. Se caracterizează prin niveluri scăzute de ADN-VHB (<2.000 Ul/ml), absenţa AgHBe şi valori normale ale ALT
    C. Corespunde fazei 4 de infecţie VHB cronică AgHBe negative
    D. Se caracterizată prin niveluri crescute de replicare virală (ADN VHB $10^5/10^6$), dar cu AgHBe negativ şi ALT crescut
    E. Corespunde fazei 2 de infecţie VHB cronică AgHBe pozitivă

67. Tratamentul hepatitei cronice HBV se realizează cu:
    A. Interferonul pegylat alfa-2a {180 µg o dată pe săptămână s.c.)
    B. Interferonul pegylat alfa-2a {180 µg o dată pe luna s.c.)
    C. Analogi nucleotidici/nucleozidici (Tenofovir, Entecavir)
    D. Analogi nucleotidici/nucleozidici administrați subcutanat
    E. Analogi nucleotidici/nucleozidici administrați oral

68. Care este semnificația markerilor virali în hepatita B?
    A. AgHBs pozitiv semnifică expunere anterioară (veche) la hepatita B
    B. Prezența anticorpilor Anti-HBs reprezintă imunitate la VHB expunere anterioară la infecţievindecată vaccinare

C. AgHBs pozitiv semnifică infecție acută sau cronică
D. Prezența anticorpilor Anti-HBc Ig M în titru înalt semnifică hepatită B acută
E. Prezența anticorpilor Anti-HBc IgG reprezintă expunere anterioară (veche) la hepatita B

69. Care sunt posibilele manifestări extrahepatice în infecția cronică cu virusul C?
A. Evoluția către ciroză hepatică
B. Artrita
C. Crioglobulinemia cu sau fără glomerulonefrită
D. Porfiria cutanea tarda
E. Hipertensiune arterială esențială

70. Care din următoarele afirmații sunt adevărate legate de tratamentul infecției cronice cu virusul hepatitic C?
A. Scopul tratamentului este de a elimina ARN VHC din ser pentru oprirea progresiei bolii hepatice active
B. Scopul tratamentului este de a elimina ARN VHC din ser pentru a prevenii dezvoltarea HCC
C. Tratamentul pentru infecţia VHC este în prezent bazat pe agenţii antivirali cu acțiune directă care sunt administrați subcutanat
D. Tratamentul pentru infecţia VHC este în prezent bazat pe agenţii antivirali cu acțiune directă care sunt administrați oral
E. Regimurile actuale bazate pe agenţii antivirali cu acțiune directă elimină virusul la mai mult de 95% din pacienţi.

71. Care din următoarele afirmații sunt adevărate legate de infecția cronică cu virusul hepatitic C?
A. Diagnosticul infecției cronice cu HCV este efectuat prin evidenţierea anticorpilor VHC și a ARN VHC în ser
B. Pacienţii cu infecţie cronică VHC sunt de obicei asimptomatici uneori cu creşteri moderate ale transaminazelor (de obicei ALT)
C. Pot fi întâlnite manifestări extrahepatice, incluzând artrita, crioglobulinemia cu sau fără glomerulonefrită şi porfiria cutanea tarda
D. Infecţia cronică VHC determină progresia rapidă a fibrozei care conduce, în decursul a câtorva luni la ciroză
E. Factorii asociaţi cu o progresie rapidă a fibrozei VHC includ consumul de alcool, co-infecţia cu HIV, obezitatea, diabetul şi infecţia cu genotipul 3

72. Care din următoarele afirmații sunt adevărate legate de infecția cronică cu virusul hepatitic C?

A. Comparativ cu infecţia VHB, VHC cauzează rar cancer hepatic în absenţa cirozei
B. Comparativ cu infecţia VHB, VHC cauzează mai frecvent cancer hepatic în absenţa cirozei
C. Tratamentul pentru infecţia VHC este în prezent bazat pe agenţii antivirali cu acțiune directă care sunt administrați oral
D. Durata tratamentului cu agenți antivirali cu acțiune directă variază în funcție de gradul de fibroză, de la 8 la 12 săptămâni
E. Regimurile terapeutice actuale bazate pe agenți antivirali cu acțiune directă elimină virusul la mai mult de 95% din pacienţi

73. Manifestările clinice la pacienții cu infecție cronică VHC cuprind:
A. Starea generală de rău nespecifică uşoară
B. Oboseală
C. Manifestări extrahepatice, incluzând artrita, crioglobulinemia cu sau fără glomerulonefrită
D. Manifestări extrahepatice, incluzând artrita, crioglobulinemia cu sau fără pielonefrita
E. Eritem nodos

74. Care din următoarele afirmații legate de infecția cu virusul hepatitei Dsunt adevărate?
A. Infecţia cu virusul hepatitei D se poate dezvolta ca şi co-infecţie sau ca suprainfecţie a VHB
B. Diagnosticul de coinfecție este confirmat prin descoperirea Ac anti VHD lgM serici pozitivi în prezenţa Ac anti HBc lgM
C. Diagnosticul de suprainfecție este efectuat prin descoperirea ARN VHD sau a anticorpilor lgM anti VHD în acelaşi timp cu Ac anti HBc lgG
D. Tratamentul pacienţilor cu boală hepatică activă se face cu interferonpegylat-alfa-2a pentru 12 luni
E. Diagnosticul de coinfecție este confirmat prin descoperirea Ac anti VHD lgG serici pozitivi în prezenţa Ac anti HBc lgG

75. Virusul hepatitei E (VHE) prezintă următoarele caracteristici:
A. Diagnosticul este susținut de prezența anticorpilor anti VHE de tip IgG sau IgM
B. ARN VHE poate fi pus în evidenţă în ser sau scaun prin PCR
C. Infecţia VHE poate conduce la o infecţie cronică la pacienţii imunocompromişi
D. Transmiterea virusului se face prin sânge /produse de sânge
E. Transmiterea virusului se realizează enteral de obicei prin intermediul apei contaminate iar 30% din câini, porci şi rozătoare poartă virusul

76. Virusul hepatitei A (VHA) prezintă următoarele caracteristici:

A. Transmiterea infecţiei se face în principal pe cale fecal-orală şi apare datorită ingestiei alimentelor şi apei contaminate
B. Perioada de incubație este scurtă (2-3 săptămâni)
C. Infecţia VHA poate conduce la o infecţie cronică la pacienţii imunocompromişi
D. Simptomatologia este nespecifică și include greaţa şi anorexia
E. Tratamentul se realizează cu Interferon sau analogi nucleotidic.

77. Următoarele afirmații sunt adevărate legate de profilaxia infecției cu virusul hepatic B:
A. Imunizarea activă presupune administrarea de vaccin recombinant, produs prin inserţia în drojdie a unei plasmide care conţine gena AgHBs
B. Vaccinarea anti HBV cuprinde administrarea de trei injecţii (la 0, 1 şi 6 luni) la nivelul muşchiului deltoid
C. Vaccinarea anti HBV cuprinde administrarea de trei injecţii (la 0, 1 şi 12 luni) la nivelul muşchiului deltoid
D. Rapelul poate deveni necesar după aproximativ 10 ani
E. Profilaxia activă şi pasivă (combinate) prin vaccinare şi imunoglobuline ar trebui administrată la personalul sanitar cu contaminare accidentală prin înţepare cu ac la toţi nou-născuţii din mame AgHBs pozitive

78. Virusul hepatitei D prezintă următoarele caracteristici:
A. Este o hepatită cronică relativ rar întâlnită vindecările spontane sunt puţin frecvente.
B. Diagnosticul este efectuat prin descoperirea anticorpilor anti-delta la un pacient cu boală hepatică cronică AgHBs pozitivă.
C. Confirmare diagnosticului realizează prin efectuarea PCR ARN VHD.
D. Tratamentul infecției se realizează cu analogi nuclotidici/nucleozidici.
E. Infecţia cu virusul hepatitei D se poate dezvolta ca şi co-infecţie sau ca suprainfecţie asociată virusului hepatic C.

79. Terapia antivirală orală de elecție pentru VHB este reprezentată de următoarele medicamente:
A. Entecavir
B. Glecaprevir
C. Tenofovir
D. Interferon pegylat alfa-2a
E. Sofosbuvir/Ledipasvir

80. Selectați afirmațiile corecte referitoare la terapia anitivirala orală pentru infecţia VHC:
A. Agenţii antivirali cu acțiune directă elimină virusul la mai mult de 95% din pacienţi
B. Aceste medicamente țintesc enzimele din interiorul virusului, de obicei polimeraza, proteina NS5a sau proteaza NS3/4

C. Durata tratamentului variază între 8-12 saptămâni în funcție de prezența sau absența cirozei
D. Terapia de „salvare" se poate realiza cu sofosbuvir/velpatasvir şi cu inhibitorul pangenotipic de protează voxilaprevir
E. Terapia antivirală orală se realizează cu analogi nuclotidici (Entecavir/Tenofovir)

81. Tratamentul infecției VHC poate include următorii agenți antivirali, cu excepția:
A. Sofosbuvir/ Ledipasvir
B. Glecaprevir
C. Entecavir
D. Lamivudina
E. Sofosbuvir/ Velpatasvir

82. *Cauze intrahepatice de hipertensiune portală sunt următoarele, cu excepția:
A. Colangita biliară primitivă
B. Sindromul Budd-Chiari
C. Ciroză
D. Tromboza venei porte
E. Fibroză hepatică congenitală

83. *Selectați patologia în care gradientul albumină ser-ascită este crescut >11g/L:
A. Pancreatită
B. Hipertensiune portală
C. Tuberculoză peritonelă
D. Sindrom nefrotic
E. Carcinomatoză peritoneală

84. *Selectați medicația vasoconstrictoare ce poate fi administrată unui pacient cu ciroză hepatică și hemoragie variceală:
A. Propranolol
B. Terlipresina
C. Carvedilol
D. Eplerenona
E. Rifaximina

85. *Tabloul clinic din hemocromatoză include următoarele manifestări, cu excepția:
A. Pigmentarea bronzantă a pielii
B. Diabet zaharat
C. Hepatomegalie
D. Prurit supărător fluctuant

E. Hipogonadismul secundar

86. *Rifaximina este:
    A. Diuretic de ansă
    B. Antibiotic semisintetic cu efect benefic în profilaxia secundară a encefalopatiei portosistemice
    C. Agent vasoconstrictor cu rol in tratamentul hemoragiei variceale
    D. Cefalosporină de generația a III-a
    E. Toate variantele sunt greșite

87. *Ce investigație serologică este caracteristică pentru diagnosticul de colangita biliară primitivă?
    A. Autoanticorpii pANCA (anticorpi anti-citoplasma polinuclearelor neutrofile)
    B. Anticorpii anti-nucleari (ANA) (titru >1:80):
    C. Anticorpii anti-muşchi neted (anti-actină). (titru >1:80):
    D. Anticorpii anti-ficat/rinichi de tip microzomal (antiLKM1)
    E. Anticorpi mitocondriali - AMA (în titru>1:160) anticorpul M2 este 98% specific

88. *Următoarele cauze de ciroză hepatică sunt mai puțin comune, cu excepția:
    A. Fibroza chistică
    B. Sindromul Budd-Chiari
    C. Ficatul gras non-alcoolic (NAFLD)
    D. Ciroza biliară secundară
    E. Colangita biliară primitivă

89. *Diureticul de elecție folosit în ciroza hepatică este:
    A. Furosemid
    B. Spironolactona
    C. Eplerenona
    D. Vaptanii
    E. Nici o variantă nu este corectă

90. *Selectați afirmația corectă referitoare la colangita sclerozantă primitivă:
    A. Modificările biliare tipice pot fi identificate prin M RCP
    B. Acidul ursodeoxicolic reprezintă terapia de elecție
    C. Reprezintă o cauză comună pentru apariția cirozei hepatice
    D. Anticorpii anti-mitocondriali serici (AMA) se regăsesc la aproape toţi pacienţii
    E. Manifestările autoimune precum sclerodermia, tiroidita apar cu frecvenţă crescută

91. Clasificarea Child-Pugh modificată cuprinde următorii parametri:

A. Valoarea trombocitelor
B. Prezența și severitatea ascitei
C. Gradul varicelor esofagiene
D. Nivelul albuminei serice (g/L)
E. Timpul de protrombină (secunde peste normal)

92. Colangita biliară primitivă se caracterizează biologic prin:
A. Fosfatază alcalină serică crescută
B. Colesterolul seric este scăzut
C. Anticorpii mitocondriali sunt prezenți la peste 95% dintre pacienți
D. IgM seric poate fi foarte crescut
E. Anticorpii mitocondriali sunt negativi

93. Complicațiile cirozei hepatice sunt reprezentate de:
A. Ascită
B. Sindromul hepatopulmonar
C. Crioglobulinemia
D. Encefalopatia portosistemică
E. Carcinomul hepatocelular

94. Tratamentul pacientului cu hemoragie variceală include:
A. Endoscopia de urgență cu bandare variceală sau scleroterapia varicelor
B. Transfuzie de sânge cu o hemoglobină țintă de 90 g/L
C. Sondă Sengstaken ca primă opțiune de hemostază
D. Terapie cu vasoconstrictoare
E. Antibioterapie profilactică

95. Factorii precipitanți ai encefalopatiei portosistemice sunt:
A. Constipația
B. Hemoragia gastrointestinală
C. Regimul bogat în lipide
D. Proceduri chirugicale
E. Medicație deprimantă a sistemului nervos central

96. Următoarele afirmații cu privire la ciroza hepatică sunt false:
A. Hepatita autoimună, boala Wilson, colangita biliară primitivă sunt cauze frecvente de ciroză hepatică
B. Ecografia este utilă pentru depistarea HCC
C. Endoscopia este utilă doar pentru tratamentul episodului acut de sângerare variceală

D. Scăderea albuminei și a sodiului seric sunt indicatori de prognostic nefavorabil în ciroză
E. Prognosticul poate fi apreciat cu ajutorul clasificării Child-Pugh sau a scorului MELD

97. Ciroza macronodulară prezintă următoarele caracteristici:
A. Nodulii de regenerare au dimensiuni variabile
B. Este adesea cauzată de hepatite virale cronice
C. Nodulii de regenerare au de obicei dimensiuni < 3 mm
D. Este adesea cauzată de alcool
E. Este adesea cauzată de boli ale arborelui biliar

98. Selectați indicatorii de prognostic nefavorabil în ciroză din următoarele analize de laborator:
A. Sodiu seric scăzut <125 mmol/L
B. Albumina serică scăzută
C. Timp de protrombină prelungit >6 sec peste valoarea normală
D. Creatinina serică crescută
E. Timp de protrombină prelungit >3 sec peste valoarea normală

99. Selectați cauzele frecvente pentru apariția cirozei hepatice:
A. Colangita biliară primitivă
B. Abuzul de alcool
C. Hepatita cronică B±D
D. Ficatul gras non-alcoolic
E. Hepatita cronică C

100. Următoarele patologii prezintă indicație pentru transplantul hepatic:
A. Insuficienţă hepatică acută de orice cauză
B. Hepatita acută alcoolică severă
C. Pacienții cu colangită biliară primitivă atunci când bilirubina serică este crescută constant >100 µmol/L
D. Pacienţii cu ciroză în stadiu final (Child gradul C scorul MELD ≥20 scorul UKELD ≥49)
E. Pacienţii cu ciroză în stadiu final (Child gradul A scorul MELD ≥20 scorul UKELD ≥49)

101. Scorul MELD cuprinde următorii parametri biologici, cu excepția:
A. INR
B. Creatinina serică

C. Bilirubina serică
D. Albumina serică
E. AST

102. Tratamentul ascitei la pacientul cu ciroză hepatică include:
A. Restricţia hidrică dacă sodiul seric este <128 mmol/L
B. Paracenteza este tratamentul de primă intenție
C. Diuretice
D. Paracenteza pentru ascita sub tensiune sau când terapia diuretică este insuficientă
E. Medicamentele care scad retenţia de sodiu (AINS, corticosteroizi).

103. Următoarele afirmații referitoare la peritonita bacteriană spontană (PBS) sunt corecte:
A. Paracenteza diagnostică trebuie efectuată întotdeauna.
B. cele mai frecvente microrganisme infectante sunt Escherichia coli, Klebsiella sau enterococii.
C. PBS apare la până la 50% dintre pacienţii cu ascită.
D. Tratamentul include antibiotic cu spectru larg și asociere de perfuzii cu soluţii de albumină umană.
E. Prevenţia secundară cu norfloxacin 400 mg pe zi prelungeşte supravieţuirea.

104. Tabloul clinic din encefalopatia portosistemică poate include:
A. Fetor hepaticus
B. Flapping tremor
C. Ascită în tensiune
D. Apraxia constructivă
E. Scăderea calităţii funcţiei intelectuale

105. Aspectul serocitrin al lichidului de ascită poate să apară în cadrul următoarelor patologii:
A. Ciroză
B. Pancreatita cronică
C. Insuficiență cardiacă congestivă
D. Obstrucţia canalului limfatic principal
E. Sarcină ectopică ruptă

106. Selectați contraindicațiile absolute pentru transplantul hepatic:
A. Lipsa angajamentului psihologic din partea pacientului
B. Metastazele hepatice (cu excepția celor neuroendocrine)
C. Tromboza venoasă splahnică extinsă
D. Vârsta sub 70 ani

E. Tumori maligne extrahepatice

107. Următoarele afirmații despre șuntul portosistemic transjugular intrahepatic (TIPS) sunt adevărate:
   A. Reduce presiunea hepatică sinusoidală şi din vena portă prin crearea unei şuntări eficiente
   B. Creşte riscul de encefalopatie portală
   C. Se utilizează dacă șuntul portosistemic chirurgical nu este posibil
   D. Este utilizat atunci când sângerarea variceală nu poate fi controlată acut sau la resângerare
   E. Stenoza sau tromboza de stent sunt frecvente

108. Prevenirea sângerării variceale recurente – profilaxia secundară poate fi efectuată cu ajutorul următoarelor medicamente:
   A. Terlipresina
   B. Somatostatina
   C. Propranolol
   D. Carvedilol
   E. Metoprolol

109. Tratamentul encefalopatiei portosistemice include:
   A. Identificarea și eliminarea oricărei cauze precipitante
   B. Administrarea de purgative
   C. Administrarea de antibiotice precum Neomicina
   D. Oprirea sau reducerea terapiei diuretice
   E. Tratarea infecției

110. Selectați afirmațiile corecte despre sindromul hepatorenal:
   A. Apare la pacienţii cu ciroză avansată, hipertensiune portală, icter şi ascită
   B. Terapia diuretică trebuie continuată, uneori fiind necesară creșterea dozelor de diuretic
   C. În patogeneză au fost incriminaţi eicosanoizii
   D. Hipovolemia intravasculară trebuie corectată de preferinţă cu albumină
   E. Transplantul hepatic este cea mai bună opţiune

111. Următoarele patologii pot fi asociate colangitei biliare primitive:
   A. Sclerodermia
   B. Keratoconjunctivita sicca
   C. Tiroidita
   D. Rectocolita ulcero-hemoragică

E. Boala celiacă

112. Următoarele afirmații privind hemocromatoza ereditară sunt adevărate:
   A. Reprezintă depunerea excesivă de fier în diferite organe
   B. 30% dintre pacienții cu ciroză vor dezvolta carcinom hepatocelular
   C. Testarea genetică este rareori necesară pentru diagnosticul de certitudine
   D. Testele de laborator pot evidenția fierul seric crescut, feritina crescută și biochimie hepatică adesea normală
   E. Biopsia hepatică este obligatorie pentru diagnostic

113. Boala Wilson se caracterizează prin următoarele afirmații:
   A. Este o afecţiune autozomal recesivă
   B. Scăderea ceruloplasminei serice prezentă la peste 80% dintre pacienţi
   C. Un semn specific este inelul Kayser-Fleischer
   D. Cupremia şi ceruloplasmina sunt de obicei crescute
   E. Cuprul urinar este scăzut

114. Conform clasificării Child-Pugh se acordă 2 puncte modificării următorilor parametri:
   A. Encefalopatie absentă
   B. Ascită moderată/severă
   C. Albumină (g/L) 28-35
   D. Ascită mică
   E. Encefalopatie ușoară/moderată

115. Investigațiile utilizate pentru stabilirea etiologiei cirozei sunt:
   A. Determinarea markerilor virali
   B. Ecografia abdominală
   C. Determinarea imunoglobulinelor serice
   D. Fibroscan
   E. Determinarea autoanticorpilor serici

116. Măsuri terapeutice în cadrul unei hemoragii variceale la pacientul cirotic sunt:
   A. Tratament diuretic
   B. Terapia vasoconstrictoare
   C. Bandarea/ligatura elastică a varicelor esofagiene
   D. Scleroterapia varicelor esofagiene
   E. Hemocliparea varicelor esofagiene

117. Patogeneza sindromului ascitic în ciroza hepatică include:
   A. Retenţia de sodiu şi apă

B. Scăderea albuminei serice
C. Hipertensiunea portală
D. Sindromul hepatorenal
E. Infecțiile bacteriene

RĂSPUNSURI CAP. IV - GASTROENTEROLOGIE

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

CAP. V - NEFROLOGIE

1. *Sindromul Fanconi se asociază cu:
   A. Disfuncție de tub contort distal
   B. Disfuncție de duct colector
   C. Pseudohipoaldosteronism
   D. Sindromul secreției inadecvate de hormon antidiuretic hipofizar (SIADH)
   E. Glucozurie, fosfaturie, aminoacidurie

2. *Factorul care influențează principal reglarea volumului extracelular este:
   A. Nivelul ureei plasmatice - electrolit osmotic activ
   B. Concentrația sodiului
   C. Nivelul potasiului – electrolit predominant extracelular
   D. Ionii de magneziu
   E. Nivelul de acizi organici

3. *Următorul medicament poate cauza retenție de sodiu, mai ales la pacienții cu funcție renală deja afectată:
   A. Estrogenii
   B. Diureticele de ansă
   C. Amiloridul
   D. Triamterenul
   E. Blocanții de canale de calciu

4. *Diureticele cu efect de economisie a potasiului au următoarea utilizare clinică:
   A. Hiperaldosteronism (primar și secundar)
   B. Hipercalciurie
   C. Alcaloza metabolică
   D. Glaucom
   E. Sindromul secreției inadecvate de ADH

5. *Care dintre următoarele este cauza de hiponatremie cu hipovolemie:
   A. Hipotiroidismul
   B. Polidipsia psihogenă
   C. Sindromul secreției inadecvate de hormon antidiuretic hipofizar
   D. Diareea
   E. Insuficiența hepatică

6. *Este element cheie în tratamentul hiponatremiei:
   A. Dacă pacientul este hipovolemic- considerați diuretic de ansă

B. Dacă pacientul are SIADH- soluție salina 0,9%
C. Dacă pacientul are hiponatremie simptomatică, se recomandă soluția salina 3%
D. Corecția trebuie sa depășească 8 mmol în primele 24 h
E. Corecția lenta a hiponatremiei determină demielinizarea osmotică

7. *Următoarea afirmație este corectă cu privire la hipernatremie:
A. În hipernatremia severă nu se utilizează inițial soluție salină 0,9%
B. Poate apărea în contextul diabetului inispid nefrogen
C. Poate aparea în boala Addison
D. Poate aparea în hipotiroidism
E. Se va asocia cu osmolalitatea plasmatică redusă

8. *Cea mai frecventă cauză de hipokaliemie cronică este:
A. Tratamentul cu diuretice (mai ales tiazidice)
B. Sindromul Gordon
C. Hipoaldosteronismul hiporeninemic
D. Injuria renala acută
E. Rabdomioliza

9. *Este cauza de hiperkaliemie prin creșterea eliberării K din celule:
A. Administrarea de amilorid
B. Tratamentul cu ciclosporina
C. Sindromul Gordon
D. Liza tumorală
E. Deficitul de aldosteron

10. *Cel mai puternic predictor al mortalității la pacienții cu hiponatremie simptomatică este:
A. Hipopotasemia asociată
B. SIADH asociat
C. Hipoxia asociată
D. Acidoza asociată
E. Leziunea acută de rinichi asociată

11. *Intrarea potasiului în celula din mediul extracelular este stimulata de:
A. Acidoză
B. Lezarea celulară
C. Insulina
D. Stimularea alfa-adrenergică
E. Rabdomioliza

12. *Tratamentul hipekaliemiei implică următoarele măsuri:
    A. Tratamentul alcalozei cu bicarbonat de sodiu hiperton 8,4%
    B. Administrarea desmopresinei
    C. Corticoterapie de urgență
    D. Spironolactona/eplerenonă
    E. Administrare de insulinăși glucoză

13. Următoarele afirmații sunt adevărate despre apa totală din organism:
    A. Reprezintă 50-60% la femei
    B. Lichidul intracelular reprezintă 35% din masa slabă
    C. Lichidul interstițial reprzintă 12%
    D. Plasma reprezintă 4-5%
    E. Lichidul cefalo-rahidian reprezintă 12%

14. Lichidul intracelular:
    A. Conține în principal K
    B. Conține în principal Na
    C. Ionii de magneziu sunt osmitic activi
    D. Ionii de magneziu sunt osmotic inactivi
    E. Ionii de calciu sunt principalul factor osmotic intracelular

15. Compoziția electrolitică a plasmei este:
    A. Na=142 mmol/l
    B. K=2mmol/l
    C. Ca^{2+}=2.5mmol/l
    D. $HCO3^{-}$=26mmol/l
    E. Proteine=16mmol/l

16. Compoziția electrolitică a lichidului interstițial este:
    A. Na=144 mmol/l
    B. K=4 mmol/l
    C. Ca^{2+}=2.5 mmol/l
    D. $HCO3^{-}$=30 mmol/l
    E. Proteine=55 mmol/l

17. Compoziția electrolitică a lichidului intracelular este:
    A. Na=10 mmol/l
    B. K=160 mmol/l
    C. Ca^{2+}=1.5 mmol/l
    D. $HCO3^{-}$=26 mmol/l

E. Proteine=55 mmol/l

18. Receptorii de volum extrarenali sunt la nivelul:
    A. Atriului stang
    B. Venelor toracice majore
    C. Corpului sinusului carotidan
    D. Arcului aortic
    E. Arteriolelor glomerulare aferente

19. O încărcare cu sare va duce la:
    A. Creșterea volumului circulant efectiv
    B. Scăderea volumului extracelular
    C. Crește presiunea de perfuzie renală
    D. Scade secreția de renină
    E. Crește secreția de aldosteron

20. Un aport scăzut de sare va duce la:
    A. Creșterea volumului circulant efectiv
    B. Scăderea volumului extracelular
    C. Crește presiunea de perfuzie renală
    D. Scade secreția de renină
    E. Crește secreția de aldosteron

21. În următoarele afecțiuni apar edeme:
    A. Insuficiența cardiacă
    B. Hipertensiune arterială
    C. Ciroza hepatică
    D. Hipoalbuminemie
    E. Sindromul acut de deshidratare

22. Funcțiile majore ale tubului contort proximal sunt:
    A. Reabsorbție solviți
    B. Secreție/absorbție de urați
    C. Secreția medicamentelor
    D. Secreția de potasiu
    E. Secreția de renina

23. Boli asociate cu patologie a tubului contort proximal:
    A. Sindrom Fanconi
    B. Sindrom Barter

C. Sindrom Gitelman
D. Acidoza tubulară renală tip 2
E. Acidoza tubulară renala tip 1

24. La nivelul ductului colector are loc:
A. Secreție de sodiu
B. Absorbție de sodiu
C. Secreție de apă
D. Absorbție de apă
E. Secreție de potasiu

25. Boli asociate cu patologia tubului colector:
A. Sindrom Fanconi
B. Sindrom Barter
C. Sindrom Liddle
D. Pseudohipoaldosteronism tip 1
E. Diabet insipid nefrogen

26. După principiile lui Starling, distribuția volumului extracelular depinde de:
A. Tonusul venos
B. Permeabilitate capilară
C. Tensiunea arterială
D. Presiunea oncotică
E. Drenajul limfatic

27. Care sunt efectele nedorite ale diureticelor de ansă?
A. Retenție de urați
B. Hipopotasemie
C. Hiperpotasemie
D. Scaderea toleranței la glucoză
E. Creșterea toleranței la glucoză

28. Care dintre următoarele medicamente pot cauza retenție de sodiu?
A. Diureticele
B. Estrogenii
C. Mineralocorticoizii
D. Antiinflamatoarele nesteroidiene
E. Tiazolidindionele

29. Diuretice cu efect de economisire al potasiului sunt:

A. Acetazolamida
B. Lixivaptan
C. Bumetanida
D. Amilorid
E. Triamteren

30. Care sunt cauze de hiponatremie cu volum extracelular normal?
A. Sindromul secreției inadecvate de hormone antidiuretic hipofizar
B. Eliberarea anormală de hormone antidiuretic
C. Vărsături
D. Boala renală tubulointerstițială
E. Bolile psihice

31. Care sunt cauze de hipokaliemie?
A. Diuretice de ansă
B. Sindrom Conn
C. Sindrom Gitelman
D. Acidoza tubulară renală tip 1 și 2
E. Injuria renală acută

32. Care dintre următoarele acțiuni sunt specifice managementului de urgență în hiperkaliemie?
A. Monitorizare ECG și acces i.v.
B. Administrare de patiromer
C. Corectarea acidozei severe
D. Administrarea de 10 ml gluconate de calciu 10% i.v. in 5 minute
E. Hemodializa sau dializa peritoneală

33. Hipotensiunea posturală poate apărea în următoarele situații:
A. Diabet zaharat
B. Boala Parkinson
C. Administrarea de nitrați
D. Repaus la pat prelungit
E. Aport crescut de sare

34. Dintre efectele nedorite ale diureticelor de ansă se numără:
A. Hipopotasemia
B. Hipercalciuria
C. Hipermagneziemia
D. Ototoxicitate

E. Hiperpotasemie

35. Următoarele afirmații sunt adevărate privitor la diureticele economisitoare de potasiu de tipul antagoniștilor de aldosteron:
    A. Cresc reabsorbția de sodiu
    B. Nu se recomandă în insuficiența cardiacă
    C. Antagonizează efectul fibrotic al aldosteronului asupra inimii
    D. Eplerenona este lipsită de proprietăți antiandrogenice
    E. Sunt reprezentați de metolazol și indapamid

36. Hiponatremia cu euvolemie poate apărea în următoarele situații clinice:
    A. Hipotiroidism
    B. Tratament antidepresiv
    C. Boala Addison
    D. Hemoragie acută
    E. Diureza osmotică

37. Pentru evitarea sindromului de demielinizare osmotică se recomandă:
    A. Corecția rapidă a potasiului seric
    B. Corecția rapidă a hiponatremiei
    C. Creșterea lentă a Na seric
    D. Creșterea plasmatică a sodiului cu maxim 8 mmol/L/zi
    E. Administrarea diureticelor tiazidice sau de ansă

38. Următoarele pot fi cauze de hipokaliemie:
    A. Diaree severă
    B. Sintromul Liddle
    C. Rabdomioliza
    D. Cetoacidoza diabetică
    E. Acidoza tubulară renala tipurile 1 și 2

39. Următoarele afirmații sunt adevărate în ceea ce privește tratamentul hiperkaliemiei:
    A. Ionii de caciu protejează de efectele hiperkaliemiei, dar nu modifică concentrația potasiului
    B. Patiromerul leagă potasiul în tractul gastrointestinal
    C. E necesară corecția alcalozei metabolice concomitente cu NaHCO3 1,26%
    D. Se administrează Insulină + glucoză intravenos
    E. Poate necesita efectuarea hemodializei

40. Cauzele hiponatremiei cu hipovolemie și sodiu urinar sub 20 mmol/l sunt:

A. Vărsăturile
B. Diureticele
C. Boala renală tubulo-interstițiala
D. Hemoragiile
E. Diareea

41. Cauze de hipernatremie pot fi:
A. Deficit de hormon antidiuretic
B. Deficit de aport hidric
C. Polidipsia psihogenă
D. Boala Addison
E. Hipotiroidismul

42. Următoarele investigații se modificăîin hipernatremie:
A. Osmolalitate plasmatică este scăzută
B. Osmolalitate urinară mai mică decât cea plasmatică indică diabetul insipid
C. Osmolalitatea urinară crește după administrarea desmopresinei în diabetul pituitar
D. Osmolalitatea urinară este scăzută în diureza osmotică
E. Osmolalitatea urinară este crescută în socul termic

43. Sindromul Liddle are următoarele caracteristici:
A. Hipokaliemie și acidoză
B. Hipokaliemie și alcaloză
C. Producție redusă de renină
D. Hipertensiune arterială
E. Producție redusă de aldosteron

44. Din punct de vedere clinic, hipokaliemia se poate asocia cu:
A. Creșterea frecvenței extrasistolelor atriale si ventriculare
B. Slăbiciune musculară
C. Sindrom de demielinizare osmotică
D. Poliurie, polidipsie, sete
E. Febra

45. Următoarele sunt cauze de hiperkaliemie prin creșterea eliberării K din celule:
A. Deficitul de aldosteron
B. Sindromul Gordon
C. Liza tumorală
D. Cetoacidoza diabetică
E. Rabdomioliza

46. Următoarele sunt cauze de hiponatremie cu hipervolemie:
    A. Diabetul insipid hipofizar
    B. Diabetul insipid nefrogen
    C. Insuficiența cardiacă
    D. Insuficiența hepatică
    E. Hipoalbuminemia

47. Care sunt semnele clinice de scădere a volumului extracelular:
    A. Hipotensiune posturală
    B. Turgorul cutanat
    C. Presiunea jugulară venoasă crescută
    D. Venoconstricție periferică
    E. Hipertensiune arterială

48. *În ecuația Henderson-Hasselbalch, pK are are valoarea de:
    A. 5,9
    B. 6
    C. 6,1
    D. 6,2
    E. 6,3

49. *În acidoza respiratorie apare următoarea modificare:
    A. pH crescut
    B. pCO2 foarte scăzut
    C. pCO2 normal
    D. $HCO3^-$ crescut
    E. $HCO3^-$ scăzut

50. *Următoarea caracteristică se întâlnește în acidoza tubulară de tip 4:
    A. Hipokalemie
    B. Nivel plasmatic redus de clor și crescut de bicarbonat
    C. Nivel bazal scazut de aldosterone în 24 de ore
    D. Test anormal de stimulare al hormonului adrenocorticotrop
    E. Corecția hiperkalemiei cu 0,1m furosemide

51. *Valoarea normală a gaurii anionice este de:
    A. -2 – 2 mmol/L
    B. 2-6mmol/l
    C. 5-12 mmol/l

D. 12-16mmol/L
E. 15-21mmol/L

52. *Acidul carbonic este disociat în dioxid de carbon și apa în prezența:
A. Anhidrazei carbonice
B. Amilazei carbonice
C. Glutaraldehidoxidazei carbonice
D. Lipazei carbonice
E. Aldosteronului

53. Celulele principale de la nivelul tubului colector:
A. Au receptori pentru absorbția Na
B. Reabsorb Na si H2O și secretă K
C. Reabsorb K și secretă Na și H2O
D. Răspund la acțiunea aldosteronului
E. Sunt rezistente la acțiunea aldosteronului

54. Cauze de acidoză metabolică sunt:
A. Acidoza tubulară renală tip 2
B. Catabolism accentuat al lizinei
C. Bronhopneumopatia cronică obstructivă
D. Tratament cu acetazolamide
E. Acidoza tubulară renală de tip 4

55. Cauzele acidozei tubulare renale distale de tip 1 sunt:
A. Sindrom Marfan
B. Sindrom Ehler-Danlos
C. Consum de Amfotericina B
D. Consum de AINS
E. Sindrom Henderson-Hasselbalch

56. Acidoza cronică din boala renală cronică:
A. Scade capacitatea de excreție a amoniacului
B. Crește capacitatea e excreție a H^+
C. Poate duce la osteodistrofie renală
D. Se corectează de obicei prin dializă
E. Boala tubulară produce retenție de bicarbonat

57. Acidoza tubulară renală de tip 1 (“distală”) este caracterizată prin:
A. Alcaloză

B. Acidoză
C. Producție urinară scazută de amoniu
D. Producție urinară crescută de amoniu
E. Imposibilitatea de a scădea pH-ul urinar sub 5,3 în ciuda prezenței acidozei sistemice

58. Următoarele sunt cauze de acidoză metabolică cu gaura anionică crescută:
A. Cetoacidoza diabetică
B. Supradozajul de salicilați
C. Depleția de potasiu/exces de mineralocorticoizi
D. Statusul hipercalcemic
E. Ingestia de etilenglicol

59. Despre reabsorbția renală a bicarbonatului putem afirma următoarele:
A. HCO_3^- plasmatic este în mod normal menţinut la valoarea de aproximativ 25 mmol/L
B. Tubul contort distal este responsabil de aproximativ 85-90% din reabsorbţia bicarbonatului filtrat
C. Reabsorbţia bicarbonatului este catalizată de pompa de Na^+/K^+-ATPază
D. Este prezentă o mai mare cantitate de anhidrază carbonică intraluminal la nivelul tubului distal
E. HCO_3^- plasmatic este în mod normal menţinut la valoarea de aproximativ 45 mmol/L

60. Cauzele acidozei metabolice cu gaura anionică normală sunt:
A. Acidoza tubulară renală distală (tip 1)
B. Acidoza tubulară renală tip 4
C. Creșterea producției de HCl
D. Catabolismul scazut al argininei și lizinei
E. Ingestia de clorură de amoniu

61. Cationii prezenți în mod normal în plasma sunt:
A. Cl^-
B. HCO_3^-
C. Na^+
D. K^+
E. Mg^{2+}

62. Care circumstanțe favorizează sinteza de amoniac la nivelul celulelor tubilor proximali?
A. Hiperpotasemia
B. Hipopotasemia
C. Alcaloza respiratorie
D. Acidoza systemică

E. Alcaloza metabolică

63. Următoarele modificări gazometrice sunt întâlnite în alcaloza metabolică:
A. HCO_3^- scăzut
B. HCO_3^- crescut
C. $PaCO_2$ scăzut
D. $PaCO_2$ crescut
E. pH normal sau crescut

64. Următoarele modificări gazometrice sunt întâlnite în acidoza metabolică:
A. HCO_3^-scăzut
B. HCO_3^- crescut
C. $PaCO_2$scăzut
D. $PaCO_2$ crescut
E. pH normal sau crescut

65. Următoarele modificări gazometrice sunt întâlnite în acidoza respiratorie:
A. HCO_3^-scăzut
B. HCO_3^- crescut
C. $PaCO_2$scăzut
D. $PaCO_2$ crescut
E. pH normal sau crescut

66. Următoarele modificări gazometrice sunt întâlnite în alcaloza respiratorie:
A. HCO_3^- scăzut
B. HCO_3^- crescut
C. $PaCO_2$ - scăzut
D. $PaCO_2$ - crescut
E. pH normal sau crescut

67. *Leziunea structurală inițială în nefropatia diabetică este reprezentată de:
A. Glomeruloscleroză avansată
B. Apariția materialului hialin
C. Îngroșarea membranei bazale glomerulare
D. Semilune
E. Glomeruloscleroza nodulară (leziunea Kimmerlstiel-Wilson)

68. *Tratamentul nefropatiei diabetice constă în:
A. Începerea imunosupresiei
B. Corticoterapie

C. Corticoterpie + imunosupresie
D. Controlul glicemic atent
E. Azatioprina

69. *Majoritatea pacienților cu glomerulopatie membranoasă idioapatică prezintă următorul tip de autoanticorpi:
A. Anticorpi antinucleari
B. Anticorpi anti-Sm
C. Anticorpi anti membrane bazală glomerulară
D. ANCA
E. PLA2R

70. *Următorul tip de glomerulonefrită rapid progresivă (GNRP) prezintă model immunofluorescent negativ:
A. Vasculitele sistemice asociate ANCA
B. GNRP mediat de complex imun idiopatic
C. Nefropatia IgA
D. GN mezangiocapilară
E. Sindromul Goodpasture

71. *Principalele celule implicate în sindromul nefrotic sunt:
A. Celulele endoteliale
B. Podocitele
C. Acantocitele
D. Celulele mezangiale
E. Miofibroblastii

72. *Leziunile Kimmelstiel-Wilson sunt caracteristice următoarei clase de nefropatie diabetică (conform Clasificarii Societăţii de Patologie Renală (Rena Pathology Society):
A. III
B. IIa
C. IIb
D. I
E. Ib

73. *Sindromul nefrotic se caracterizează prin următoarele, cu excepția:
A. Hipoalbuminemie
B. Edeme
C. Dislipidemie
D. Proteinurie>3,5g/zi

E. Proteinurie<3,5g/zi

74. *Confrom clasificării Societății de Patologie Renală, clasa IIb a nefropatiei diabetice prezintă:
A. Expansiune mezangială ușoară
B. Leziune Kimmelstiel-Wilson
C. Glomeruloscleroză globală
D. Expansiune mezangială severă
E. Îngroșare izolată a MBG

75. *Semiluna se definește ca:
A. Depozite mezangiale de IgA1 polimerice
B. Îngroșare a MBG
C. Depunere de amilorid în mezangiu
D. Depozite eozinofilice în mezangiu
E. Agregat de macrophage și celule epiteliale în spațiul Bowman

76. *Cu privire la tipurile de GNRP, modelul immunofluorescent negativ (GNRP pauci-imun) include:
A. Crioglobulinemie
B. Vasculite sistemice asociate ANCA
C. Lupus eritematos sistemic
D. Sindromul Goodpasture
E. Sindromul Alport

77. *Pozitivarea anticorpilor PLA2R sugerează:
A. Vasculita sistemica ANCA pozitiv
B. Glomerulonefrita anti-MBG
C. Glomerulonefrita membranoasă idiopatică
D. Nefropatie diabetică
E. Nefropatie asociată HIV

78. Bariera de filtrare glomerulară este alcatuită din:
A. Epiteliul vascular
B. Membrana bazală glomerulară
C. Podocite
D. Endoteliul fenestrat
E. Matrice mezangială

79. Următoarele fac parte din cele patru sindroame glomerulare majore cel mai frecvent descrise:
    A. Sindromul nefrotic
    B. Sindromul poliuric
    C. Hematurie asimptomatică
    D. Prezentări mixte nefritice/nefrotice
    E. Sindromul nefritic

80. Se consideră glomerulopatii asociate sindromului nefrotic:
    A. Nefropatia membranoasă
    B. Nefropatia diabetică
    C. Glomerulonefrita acută
    D. Vasculita ANCA
    E. Nefropatia cu leziuni minime

81. Următoarele afirmații sunt adevărate cu privire la glomeruloscleroza focală și segmentară:
    A. Tratamentul de prima linie la adulți presupune administrare de Ciclofosfamidă, Clorambucil sau Azatioprină
    B. Varianta histologică clasică a GSFS presupune prezența de segmente sclerotice dispune în întreg glomerulul
    C. GSFS primară se prezintă de obicei prin proteinurie masivă, hematurie, hipertensiune și insuficiență renală
    D. Nu recidivează pe rinichiul transplantat
    E. Prednisolon 0,5-2mg/kg pe zi este utilizat ca tratament la majoritatea pacienților

82. Următoarele se consideră cauze de glomerulonefrită membranoasă secundară:
    A. Hepatita C
    B. Cancerele
    C. Sarcoidoză
    D. AINS
    E. Diabetul

83. Următoarele afirmații cu privire la amiloidoză sunt adevărate:
    A. Imagistic rinichii sunt de dimensiuni reduse
    B. În colorația Roșu de Congo depozitele eozinofilice se colorează roz
    C. Macroglosia apare în aproximativ 10% din cazurile cu amiloidoză AL
    D. Afectarea cardiacă este frecventă în amiloidoza AA
    E. Amiliodozele familiale au transmitere autosomal dominantă

84. Tratamentul glomerulopatiei membranoase presupune:

A. Administrare de corticosteroizi orali singuri
B. Administrare IECA în doza maximă tolerată
C. Administrare de Clorambucil (lunile 2,4,6) alternativ cu Prednisolon oral (lunile 1,3,5)
D. Administrarea de Rituximab este eficientă în inducerea remisiunii
E. Administrare de Azatioprină pentru inducerea remisiunii

85. Următoarele tipuri de GNRP se încadrează în modelul liniar imunofluorescent:
A. GNRP mediat de complex imun idiopatic
B. Sindromul Goodpasture
C. Vasculite sistemice asociate ANCA
D. GNRP mediat de anticorpi idiopatic anti-MBG
E. Lupus ertematos sistemic

86. Nefrita acută se prezintă clasic ca :
A. Proteinurie
B. Hipertensiune
C. Hematurie macroscopică sau microscopică cu cilindrii eritrocitari la microscopia urinară
D. Edem
E. Leucociturie

87. Se consideră boli asociate frecvent sindromului nefritic acut:
A. Lupus eritematos sistemic
B. Sindromul Henoch-Schonlein
C. Glomeruloscleroză focală și segmentară
D. Glomerulonefrita poststreptococică
E. Nefropatia diabetică

88. Următoarele afirmații despre Nefropatia cu IgA sunt false:
A. Apare mai frecvent la copii și barbați tineri
B. Majoritatea cazurilor prezintă sindrom nefrotic intens
C. Amigdalectomia poate reduce proteinuria și hematuria la cei cu amigdalita recurentă
D. Tratamentul presupune administrare de corticosteroizi oral
E. Este interzisă admininstrarea IECA sau BRA

89. Tabloul clinic in Sindromul Alport cuprinde:
A. Hematurie
B. Proteinurie<1-2g/zi
C. Purpura
D. Surditate neurologică

E. Boala renală progresivă

90. Următoarele se consideră vasculite de vase mici care interesează rinichii:
    A. Arterita Takayasu
    B. Granulomatoza cu poliangeită
    C. Granulomatoza eozinofilică cu poliangeită
    D. Poliangeita microscopică
    E. Boala Kawasaki

91. Tratamentul glomerulonefritei anti-MBG implică:
    A. Schimburi plasmatice pentru îndepărtarea anticorpilor anti-MBG circulanți
    B. Ciclofosfamida pentru a suprima sinteza suplimentară a anticorpilor
    C. Micofenolat de mofetil pentru inducerea remisiunii
    D. Corticosteroizi pentru suprimarea inflamației produsă de anticorpii deja depuși în țesut
    E. Inhibitori SGLT2

92. Următoarele afirmații despre vasculitele de vase mici ANCA pozitive sunt adevărate:
    A. Clinic se poate manifesta prin erupții purpurice sau ulcerații vasculitice
    B. Medicamentele pot induce cel mai frecvent vasculita asociată cu MPO-ANCA
    C. Nu asociază hemoragie pulmonară
    D. Anticorpii ANCA nu pot aparea împreună cu anticorpii anti-MBG
    E. Histologia este „standardul de aur” pentru diagnostic și prognostic

93. Tratamentul bolii fulminante în vasculitele ANCA pozitive presupune:
    A. Intensificarea imunosupresiei
    B. Asocierea plasmaferezei
    C. Reducerea dozei de Prednisolon
    D. Ciclosporina oral în doze maximale
    E. Azatioprina pentru inducerea mai rapida a remisiunii

94. Următoarele afirmații despre GNMC tip 1 sunt adevărate:
    A. Microscopic - aspect de „spița de roată”
    B. Se poate instala secundar unei infecții cronice (abces, endocardita)
    C. La pacienții cu GNMC tip 1 idiopatic, fără afectare renală și fără proteinurie nu se administrează tratament
    D. Mai este numită boala cu depozite dense
    E. Nivelul seric al C 4 este scăzut

95. Caracteristicile renale extraglomerulare ale nefritei lupice includ:
    A. Nefrita tubulointerstitială

B. Valori C3 scăzute
C. Tromboza venoasă renală
D. Stenoza arterei renale
E. Hemoptizie

96. Conform clasificarii nefritei lupice - Clasa IV-NL difuză - se caracterizează prin:
A. >90% glomerului sclerozați
B. Progresie către sindrom nefrotic, hipertensiune și insuficiență renală
C. >50% din glomeruli cu leziuni segmentale și globale
D. Are un curs benign
E. Forma de manifestare cea mai frecventă și severă

97. Următoarele afirmații cu privire la tratamentul nefriei lupice se consideră adevărate:
A. Nefrita lupică clasa V nu necesită tratament specific
B. Steroizii și dozele mari de ciclofosfamidă cu administrare intravenoasă sau MMF pot fi folosiți ca terapie de inducție
C. În terapia de menținere a remisiunii este utilizat MMF sau Azatioprina
D. Nefrita lupică mezangială minimă necesită medicație imunosupresivă
E. Rituximabul nu este util în nefritele lupice refractare severe

98. Caracteristicile clinice sistemice în boala renală crioglobulinemică sunt:
A. Artralgiile
B. Fenomenele Raynaud
C. Polineuropatie
D. Sindrom Alport
E. Purpura

99. Următoarele afirmații cu privire la glomerulonefrită anti-MBG sunt adevărate:
A. 2/3 din pacienți cu sindrom Goodpasture prezintă hemoragie pulmonară asociată
B. Ac. AntiMBG nu sunt prezenți în serul pacienților
C. Prognosticul este legat direct de gradul afectării glomerulare la debutul tratamentului
D. Aspectul tipic al sindromului Goodpasture la imunofluorescență este dat de prezența depozitelor liniare de anticorpi anti-MBG
E. Nu se utilizează corticosteroizi orali pentru tratament

100. Renoprotecția se realizează prin:
A. Menținerea TA<130/80mmHg
B. Menținerea proteinuriei/24h > 1g/24h
C. Administrarea de statine
D. Administrare de anticoagulant

E. Întreruperea fumatului

101. Tabloul clinic caracteristic sindromului Henoch-Schonlein cuprinde:
   A. Colici abdominale
   B. GN
   C. Neuropatie periferică
   D. Dureri articulare
   E. Eritem malar

102. Proteinurie tranzitorie poate apărea în:
   A. Stări febrile
   B. Insuficiența cardiacă congestivă
   C. Sindrom Goodpasture
   D. Boli infecțioase
   E. Sindrom Alport

103. Urmatoarele sunt incluse sub termenul de gamapatie monoclonala cu semnificatie renala:
   A. Amiloidoza AL
   B. Nefropatia lupica
   C. GN crioglobulinemica
   D. Sindromul Henoch Schonlein
   E. GN fibrilara

104. Nefrita lupică – clasa IV- se caracterizează prin:
   A. Progresie către sindromul nefrotic
   B. Sunt prezente depozite subepiteliale
   C. Implicarea a < 50% din glomeruli
   D. Este cea mai frecventă formă de nefropatie lupică
   E. Este o boală renală ușoară

105. Următoarele afirmații despre tratamentul nefritei lupice sunt adevărate:
   A. Nefrita lupică de tip I necesită tratament cu steroizi
   B. În terapia de menținere a remisiunii se poate utiliza ciclosporina
   C. Rituximab-ul poate fi util în nefritele lupice refractare severe
   D. Ca terapie a fazei de inducție în tipul II se folosește ciclofosfamida
   E. Biopsia și histologia renală ghidează terapia

106. Vasculita cu imunoglobulina A (Sindromul Henoch Schonlein) cuprinde:
   A. Odinofagia

B. Erupția cutanată caracteristică
C. Durerile articulare
D. Glomerulonefrita
E. Colici abdominale

107. Următoarele sunt incluse sub termenul de gamapatie monoclonală cu semnificație renală:
A. Amiloidoza AL
B. Nefropatia memranoasă idiopatică
C. Nefropatia C3 cu paraproteinemie
D. Nefrita lupică tipul III, IV
E. Nefrita lupică sclerozantă avansată

108. Suspiciunea clinică a unei cauze non-diabetice a nefropatiei poate fi cauzată de:
A. Un istoric atipic
B. Absența retinopatiei diabetice
C. Hematurie
D. Albuminurie
E. Proteinuria de rang nefritic

109. Măsurile terapeutice de renoprotecție în nefropatia diabetică cuprind:
A. Atingerea unei ținte a tensiunii arteriale< 140/90 mmHg
B. Ținta proteinuriei<0,3 g/24 ore
C. Ținta HbA1c< 6%
D. Efectuarea a 6 ședințe de plasmafereză
E. Controlul dislipidemiei

110. Următoarele medicamente pot induce vasculita asociată cu MPO-ANCA:
A. Propiltiouracil
B. Minociclina
C. Heparina nefracționată
D. Hidroxicloroquina
E. Ciclofosfamida

111. *Antiinflamatoarele non-steroidiene pot produce uneori următorul tip de glomerulopatie asociată cu nefropatie tubulo-interstițială:
A. Glomeruloscleroza focală și segmentară
B. Glomerulopatia cu leziuni minime
C. Glomerulonefrita membrano-proliferativă
D. Glomerulonefrita rapid progresivă

E. Nefropatia cu IgA

112. *Următoarele boli sistemice pot cauza nefrita tubulo-interstițială cronică:
   A. Hiperoxaluria
   B. Hiperuricemia
   C. Hiperpotasemia
   D. Sarcoidoza
   E. Nefropatia de reflux

113. Următoarele afirmații despre NTI acută produsă de infecții sunt adevărate:
   A. NTI poate complica infecții sistemice cu virusuri
   B. NTI nu poate complica infecții sistemice cu bacterii
   C. NTI nu poate complica infecții sistemice cu virusuri
   D. Tratamentul implică eradicarea infecției
   E. În cazul pacienților transplantați, protocolul de imunosupresie trebuie ajustat

114. Sunt cauze metabolice de nefrită tubulo-interstițială cronică:
   A. Siclemia
   B. Hipouricemia
   C. Siclemia
   D. Nefrocalcinoza
   E. Hiperoxaluria

115. Tabloul clinic al nefropatiei analgetice poate cuprinde:
   A. Hematurie
   B. Infecții de tract urinar
   C. Obstrucție de tract urinar
   D. Ulcerații
   E. Erizipel

116. Tratamentul nefropatiei analgetice presupune:
   A. Folosirea unei alternative de tratament anti-algic sau antipiretic, precum diclofenacul sodic
   B. Evitarea AINS
   C. Inițierea terapiei cu Febuxostat
   D. Incetinirea progresiei bolii
   E. Inițierea pulsurilor de Ciclofosfamidă

117. *Conform clasificării KDIGO (2012) a bolii cronice de rinichi, rata de filtrare glomerulară de 33 ml/min/1,73m^2, corespunde urmatorului stadiu:

A. G2
B. G3a
C. G3b
D. G4
E. G5

118. *Ținta hemoglobinei la pacienții cu anemie secundară bolii cronice de rinichi este cuprinsă între:
A. 80-100 g/l
B. 100-120 g/l
C. 120-140 g/l
D. > 140 g/l
E. 90-100 g/l

119. *Mecanismul principal al anemiei din boala cronică de rinichi este reprezentat de:
A. Pierderea gastro-intestinală
B. Deficitul de vitamina B12
C. Deficitul de folați
D. Deficitul de eritropoetină
E. Hemoliza

120. *Pentru tratamentul dialitic de urgență se utilizează urmatorul abord vascular:
A. Cateter venos central tunelizat
B. Fistula arterio-venoasa radio-cefalică
C. Fistula arterio-venoasabrahio-cefalică
D. Cateter venos central temporar
E. Grefon sintetic arterio-venos

121. *Pentru corecția acidozei metabolice din boala cronică de rinichi se va administra:
A. Paricalcitol
B. Bicarbonat de sodiu
C. Clorura de potasiu
D. Eritropoetina
E. Chelatori de fosfat

122. *Un pacient cu boala cronica de rinichi, RFG 28 ml/min, raport albumina/creatinina urinară 25 mg/mmol este în stadiul:
A. G3aA3
B. G3bA1
C. G4A2

D. G5A1
E. G3bA1

123. *Ținta hemoglobinei serice la pacienții cu BCR:
A. Este de peste 120 g/L
B. Este intre 100-120 g/L
C. Se atinge strict prin administrare de transfuzii
D. Se atinge strict prin administrare de agenți stimulatori ai eritropoiezei
E. Se atinge strict prin administrarea de fier

124. *La pacienții cu BCR se recomandă evitarea administrării:
A. Fier intravenos
B. Antiinflamatoare nesteroidiene
C. Agenților calcimimetici
D. Chelatorilor intestinali de fosfor
E. Agenților stimulatori ai eritropoiezei

125. *Este complicație tardivă a transplantului renal:
A. Necroza tubulară acută
B. Ocluzia anastomozei venoase
C. Rejetul acut
D. Stenoza anastomozei arteriale
E. Tulburarile limfo-proliferative

126. Următoarele modificări apar în tulburarea mineral osoasă asociată bolii cronice de rinichi:
A. Modificări ale calciului
B. Modificări ale potasiului
C. Modificări ale fosforului
D. Modificări ale PTH-ului
E. Modificări ale sodiului

127. Agenții calcimimetici utilizați în boala cronică de rinichi au următoarele proprietăți:
A. Se utilizează în tratamentul hiperpotasemiei
B. Suprimă nivelul de PTH
C. Previn malnutriția protein-calorică la pacienții cu boală cronică de rinichi
D. Au rol în scăderea produsului fosfo-calcic
E. Favorizează calcificările vasculare

128. Pruritul la pacienții cu boală cronică de rinichi se datorează:

A. Hiperpotasemiei
B. Deficitului de eritropoetina
C. Acumulării produșilor de nitrogen reziduali rezultați din catabolismul proteic
D. Hiperparatiroidismului
E. Acidozei metabolice

129. Pentru a reduce fosforul la pacienții cu boală cronică de rinichi se aplică următoarele:
A. Glucoza tamponată cu insulină
B. Diuretice tiazidice
C. Chelatori intestinali de fosfor
D. Restricție dietetică
E. Bicarbonat de sodiu administrat intravenos

130. Următoarele medicamente trebuie evitate la pacienții cu boală cronică de rinichi, datorită nefrotoxicității:
A. Cefalosporinele de generația a III- a șia IV-a
B. Blocantele canalelor de calciu
C. Furosemidul
D. Antiinflamatoarele non-steroidiene
E. Gentamicina

131. Conform clasificării KDIGO (2012) a bolii cronice de rinichi, pacienții sunt stadializați pe baza:
A. Ratei de filtrare glomerulare estimate
B. Greutății corporale
C. Albuminuriei
D. Indicelui gleznă-braț
E. Ratei de excreție a ureei

132. Următoarele boli vasculare sunt implicate în etiologia bolii cronice de rinichi:
A. Nefropatia endemic balcanică
B. Boala litiazică
C. Nefroscleroza hipertensivă
D. Boala renovasculară
E. Vasculite ale vaselor mici și medii

133. Tratamentul tulburării mineral osoase asociate bolii cronice de rinichi are ca scop următoarele modificări biochimice:
A. Reducerea fosforului seric

B. Controlul PTH-ului
C. Reducerea potasiului seric
D. Obținerea unui calciu seric normal
E. Scăderea creatininei serice

134. Următoarele anomalii endocrine pot fi întâlnite la pacienții cu boală cronică de rinichi:
A. Hiperprolactinemia
B. Amenoreea
C. Creșterea nivelului seric de testosteron
D. Scăderea spermatogenezei
E. Anomalii complexe în secreția și acțiunea hormonului de creștere

135. Următoarele afirmații prinvind pericardita uremică sunt adevărate:
A. Apare încă din stadiile incipiente (G1 și G2) ale bolii cronice de rinichi
B. Prezintă risc de tamponadă pericardică
C. Poate reprezenta un semn al dializei ineficiente
D. Este un semn al uremiei severe
E. Poate să se remită cu dializa intensivă

136. Factorii de risc care conduc la dezvoltarea calcifilaxiei la pacienții cu boală cronică de rinichi sunt:
A. Nivelul scăzut al fosforului seric
B. Hiperparatiroidismul
C. Utilizarea warfarinei
D. Utilizarea calcimimeticelor
E. Nivelul crescut al potasiului seric

137. Următoarele afirmații privind sindromul de dezechilibru de dializă sunt adevărate:
A. Apare frecvent la pacienții care efectuează dializa peritoneală
B. Apare atunci când rata de eliminare a ureei în timpul ședințelor de dializă este prea rapidă
C. Apare atunci când se efectuează ședințe de hemodializă de scurtă durată
D. Poate fi evitat prin corecția graduală a uremiei prin ședințe de hemodializă scurte
E. Poate provoca edem cerebral

138. Următoarele imunosupresoare fac parte din clasa inhibitorilor de calcineurine:
A. Prednison
B. Azatioprina
C. Ciclosporina
D. Tacrolimus

E. Daclizumab

139. Medicamentele utilizate în boala cronică de rinichi cu rolul de a scădea nivelul PTH-ului seric sunt reprezentate de:
   A. Alfacalcidol
   B. Paricalcitol
   C. Prednison
   D. Cinacalcet
   E. Blocanți ai canalelor de calciu

140. Următoarele boli glomerulare pot conduce la boala cronica de rinichi:
   A. Boala polichistică renală
   B. Amiloidoza
   C. Nefropatia de reflux
   D. Glomeruloscleroza focală
   E. Nefrocalcinoza

141. Complicațiile abordului vascular la pacienții hemodializați cronic sunt reprezentate de:
   A. Malfuncție de catetervenos central
   B. Tromboza de fistulă arterio-venoasă
   C. Peritonita bacteriană spontană
   D. Sângerare la nivelul abordului vascular
   E. Osteoliza

142. Dializa peritoneală poate conduce la următoarele complicații:
   A. Peritonita sclerozantă
   B. Peritonita bacteriană
   C. Infecția orificiului de ieșire al cateterului
   D. Infecția tunelului subcutan (tunelita)
   E. Tromboza de fistulă arterio-venoasă

143. Inhibitorii de calcineurine, utilizați la pacienții cu transplant renal, pot conduce la următoarele efecte adverse:
   A. Nefrotoxicitate
   B. Depleție severă a limfocitelor B
   C. Hipertensiune arterială
   D. Hiperparatiroidism primar
   E. Amiloidoză renală

144. Rejetul acut la pacienții cu transplant renal este caracterizat prin:

A. Apare o alterare a funcției renale în primele 3 luni
B. Apare celmai frecvent la pacienții cu polichistoză renală
C. Biopsia renală este utilă pentru că poate confirma diagnosticul și de asemenea poate evidenția severitatea și tipul rejetului
D. Rejetul celular poate răspunde la doze mari de corticoizi intravenos
E. De obicei apare după 10 ani de evoluție a bolii

145. Complicațiile precoce care pot surveni la pacienții transplantați renal sunt reprezentate de:
A. Tumori maligne datorate tratamentului imunosupresor
B. Rejetul acut
C. Ocluzia sau stenoza anastomizei arteriale
D. Ocluzia anastomozei venoase
E. Osteoporoza

146. Următoarele afirmații privind anomaliile metabolice care apar la pacienții cu boala cronică de rinichi sunt adevărate:
A. Uratul este reținut pe masură ce rata de filtra reglomerulară scade
B. Necesarul de insulină la pacienții diabetici crește pe masură ce boala cronică de rinichi avansează
C. Colchicina poate fi folosită în timpul atacurilor acute de gută
D. Doze scăzute de Alopurinol sunt eficiente pentru prevenirea atacurilor de gută
E. Pot aparea anomalii ale metabolismului lipidelor

147. Factorii de risc pentru dezvoltarea calcifilaxiei la pacienții cu boală cronică de rinichi sunt reprezentați de:
A. Hiperparatiroidismul
B. Tratamentul cu eritropoetină
C. Nivelul crescut al fosforului seric
D. Tratamentul cu chelatori de fosfați
E. Guta

148. Următoarele afirmații privind anemia din boala cronică de rinichi sunt adevărate:
A. Mecanismul principal este deficitul de eritropoetină
B. De obicei anemia este hipocromă, microcitară
C. Tratamentul anemiei se face cu agenți stimulatori ai eritropoiezei umane sintetici
D. Ținta hemoglobinei la pacienții aflați în tratament trebuie să depășească 120 g/l
E. Hemodializa poate să cauzeze un anumit grad de hemoliză care să conducă la anemie

149. Complicațiile tardive care pot aparea la pacienții transplantați renal sunt reprezentate de:
   A. Bolile limfoproliferative
   B. Rejetul acut
   C. Osteoporoza
   D. Recurența bolii renale de fond
   E. Bolile cardiovasculare

150. Următoarele afirmații privind stadializarea bolii cronice de rinichi sunt adevărate:
   A. Boala cronică de rinichiprezintă 4 stadii
   B. Stadiul G3 corespunde unei rate de filtrare glomerulară sub 15 ml/min/1,73m2
   C. Pacienții sunt stadializați atât pe baza ratei de filtrare glomerulară cât și a albuminuriei
   D. Stadiul G3b corespunde unei rate de filtrare glomerulară cuprinsă între 30 - 44 ml/min/1,73m2
   E. Stadiul G2 corespunde unei rate de filtrare glomerulară cuprinsă între 60 - 89 ml/min/1,73m2

RĂSPUNSURI CAP. V - NEFROLOGIE

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

CAP. VI - PNEUMOLOGIE

1. *Simptomele în astmul bronșic nu includ:
   A. Wheezing
   B. Senzație de constricție toracică
   C. Ortopnee
   D. Dispnee
   E. Tuse

2. *Astmul poate fi clasificat în funcţie de:
   A. Factorii săi declanşatori
   B. Vârsta de debut
   C. Subtipul inflamator
   D. Răspunsul la tratament
   E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte

3. *Treapta terapeutică 2 în astmul bronșic conține:
   A. Terapie de tip add-on, inițială
   B. Doze mici de corticosteroid inhalator (CSI)
   C. Doze medii de corticosteroid inhalator (CSI)
   D. Antagonist ai receptorului de leukotriene
   E. β2-agonist cu durată lungă de acţiune (BADLA)

4. *Afirmația falsă în legatură tratamentul cu corticosteroizi inhalatori la pacienții cu astm bronșic este:
   A. Toţi pacienţii care prezintă simptome persistente regulate (chiar şi uşoare) necesită tratament cronic cu corticosteroizi inhalatori
   B. Dipropionatul de beclometazonă (BDP) este cel mai utilizat corticosteroid inhalator
   C. Dozele de beclometazonă sunt de 50, 100, 200 şi 250 μg/puff
   D. Alţi corticosteroizi inhalatori includ formoterolul și salmetarolul
   E. Doza de corticosteroid inhalator ar trebui redusă pe o treaptă inferioară odată ce astmul este controlat

5. Alegeți afirmațiile corecte în legătură cu astmul bronșic:
   A. Obstrucţia difuză a căilor aeriene, este ireversibilă spontan sau cu tratament
   B. Prezintă hiperreactivitatea bronşică (HRB) la o gamă variată de stimuli
   C. Inflamaţia bronşică este data de limfocite T, mastocite şi eozinofile
   D. Inflamaţia bronşică se asociază cu edem, hipertrofia celulelor musculare netede, formarea de dopuri de mucus

E. În astmul cu evoluţie de lungă durată, inflamaţia poate fi însoţită de obstrucţie bronşică difuză ireversibilă

6. Factorii declanșatori pentru astmul bronșic pot fi:
   A. Sensibilizanții ocupaționali
   B. Poluarea atmosferica si particulele, vaporii si fumurile iritante
   C. Emoțiile și dieta
   D. Medicamentele: statine și antibiotice
   E. Factorii genetici

7. Controlul factorilor externi în tratamentul astmului bronșic implică:
   A. Dacă sunt identificaţi factori declanşatori alergenici specifici, aceştia trebui evitaţi pe cât posibil
   B. Imunoterapia sublinguală (SLIT) cu acarieni din praful de casă nu este recomandată la copii
   C. Fumatul activ şi pasiv ar trebui evitat
   D. Medicamentele de tip inhibitorii de ciclo-oxigenază-2 (COX-2) trebuie evitate
   E. În jur de o treime din indivizii cu sensibilizare la agenţi ocupaţionali ar putea fi vindecaţi dacă ar evita permanent expunerea

8. Simptomele în astmul bronșic:
   A. Sunt episodice
   B. Nu se agravează în timpul nopţii, în special în astmul necontrolat
   C. Tusea este un simptom frecvent (ce uneori predomină, în special la copii)
   D. Episoadele de astm variază mult ca frecvenţă şi durată
   E. Există un număr restrâns de factori declanșatori pentru episoadele de astm.

9. Tratamentul de probă cu corticosteroizi orali la un pacient cu suspiciune de astm bronșic:
   A. Vizează pacienţii care prezintă obstrucţie bronşică difuză uşoară
   B. Constă în administrarea de prednison oral 30 mg zilnic timp de 2 săptămâni, cu măsurarea funcţiei pulmonare înainte cât şi imediat după cură
   C. Reversibilitatea obstrucției bronșice este documentată prin ameliorare substanţială a VEMS (>15%) şi prezice un răspuns favorabil la administrarea corticosteroizilor inhalatori
   D. Durata curei este de 6 săptămâni corticosteroizii orali, care se pot opri brusc fără scăderea treptată a dozei
   E. La cei cu răspuns favorabil, corticosteroizi orali trebuie înlocuiţi cu corticosteroizi inhalatori

10. Pacienţii cu exacerbare astmatică severă au următoarele caracteristici:

A. Frecvenţa respiratorie ≤25 respiraţii/min
B. Tahicardie ≥110 bătăi/min
C. Absența pulsului paradoxal
D. PEFde 33-50% din valoarea prezisă sau valoarea individual maximală cea mai bună
E. Incapacitatea de a termina o propoziţie în timpul unei singure respiraţii.

11. Explorările funcţionale pulmonare din astmul bronșic se caracterizează prin:
A. Măsurătorile debitului expirator de vârf(PEF) efectuate la trezire, înainte de administrarea unui bronhodilatator, înainte de culcare şi după administrarea unui bronhodilatator sunt utile pentru demonstrarea variabilităţii limitării fluxului de aer
B. Variaţia diurnă a PEF reprezintă un indicator bun al activităţii astmului şi este utilă în evaluarea pe termen lung a bolii şi a răspunsului acesteia la tratament.
C. Spirometriaeste utilă, în special în evaluarea reversibilităţii obstrucţiei căilor aeriene
D. Diagnosticul de astm poate fi pus prin demonstrarea unei creşteri mai mari de 20% a VEMS ului pe spirometrie, după administrarea de bronhodilatator
E. Testul de difuziune a monoxidului de carbon (CO) nu are valori normale în astm

12. Selectați afirmațiile false despre tratamentul exacerbarii astmatice severe în spital:
A. Nu se administrează oxigen 40-60%
B. Se repetă nebulizarea cu 5 mg de salbutamol sau 10 mg de terbutalină şi ulterior se administrează la fiecare 12h ore
C. Se asociază bromură de ipratropium 0.5 mg prin nebulizare la salbutamol/Terbutalină.
D. Se administrează hidrocortizon 200 mg i.v.
E. Se continuă administrarea de prednison oral cu 40-60 mg pe zi pentru cel puţin 5 zile

13. Selectați afirmațiile false despre obiectivele tratamentului în astmul bronșic:
A. Elimina simptomele
B. Restabilirea funcţiei pulmonare normală sau la cele mai bune valori posibile
C. Creșterea riscului de exacerbări severe
D. Permite o creştere normală a copiilor
E. Creșterea absenteismul de la şcoală sau de la locul de muncă

14. Tratamentul astmului:
A. Astmul ar trebui să fie auto-gestionat de către pacient, cu monitorizare regulată utilizând un PEFmetru
B. Terapia antiinflamatorie (de control) nu ar trebui iniţiată la formele uşoare.

C. Bronhodilatatoarele cu durată scurtă de acţiune (ex. salbutamol şi terbutalină) ar trebui folosite doar pentru ameliorarea simptomelor încă persistente
D. Folosirea crescândă a medicaţiei bronhodilatatoare pentru ameliorarea simptomelor din ce în ce mai frecvente este un indicator de evoluție favorabilă a bolii
E. Se administrează în trepte terapeutice

15. Medicația de salvare cu durată lungă de acţiune/medicaţie de control include:
A. β2 agonişti inhalatori (ex. salbutamol, terbutalină)
B. β2 agonişti inhalatori cu durată lungă de acţiune (ex. salmeterol, formoterol)
C. Corticosteroizi inhalatori (ex. beclometazonă, budesonid, fluticazonă)
D. Combinaţii de β2 agonist cu durată lungă de acţiune şi corticosteroid inhalator (ex. salmeterol şi fluticazonă)
E. Corticosteroizi orali (ex. prednison 40 mg zilnic)

16. Caracteristicile care indică o exacerbare ameninţătoare de viaţă foarte severă sunt:
A. PaO2 crescută >85mmHg
B. PaCO2 crescută >45 mmHg
C. Hipoxemie severă: PO2<60 mmHg, în pofida oxigenoterapiei
D. Un pH arterial scăzut sau în scădere
E. Gazometrie în parametrii normali

17. *Rata medie de declin a funcției pulmonare la pacienții cu BPOC este:
A. 100 mL/an
B. 20 mL/an
C. 80 mL/an
D. 40-50 mL/an
E. 30 mL/an

18. *Infecțiile respiratorii la pacienții cu BPOC:
A. Rareori determină episoade de exacerbare a bolii
B. În mod cert sunt responsabile de obstrucția progresivă a căilor aeriene
C. Se recomandă tratamentul antibiotic prompt și vaccinare antigripală și antipneumococică
D. Toate afirmațiile de mai sus sunt corecte
E. Nici una din afirmațiile de mai sus nu este corectă

19. *Care dintre următoarele medicamente nu aparțin clasei de bronhodilatatoare:
A. Salbutamol
B. Tiotropium

C. Roflumilast
D. Anticolinergice de lungă durată
E. Teofilina

20. *Referitor la ventilația non invazivă la domiciliu, următoarea afirmație este falsă:
A. Este în mod obișnuit utilizată în timpul nopții
B. Furnizează presiune negativă la diferite niveluri în inspir și expir
C. Îmbunătățește calitatea vieții
D. Ameliorează supraviețuirea la pacienții care o folosesc
E. Prelungește supraviețuirea la pacienții cu boli neuromusculare

21. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la BPOC:
A. Se caracterizează prin obstrucția complet reversibilă a căilor aeriene
B. Obstrucția este de obicei progresivă
C. Se asociază cu un răspuns inflamator anormal al plămânilor la particule și gaze nocive
D. Inhalarea fumului rezultat din arderea combustibililor de tip biomasă este principalul factor etiologic în țările dezvoltate
E. Există o predispoziție individuală de a face boala

22. Biopsiile endobronșice de la pacienți cu BPOC au demonstrat predominanța următoarelor tipuri de celule inflamatorii:
A. Bazofile
B. Neutrofile
C. Reticulocite
D. Limfocite CD8+
E. Mastocite

23. Emfizemul poate fi clasificat în funcție de distribuție în:
A. Emfizem centro-acinar
B. Emfizem pan-acinar
C. Emfizem neregulat
D. Emfizem peri-acinar
E. Emfizem para-acinar

24. Tabloul clinic al BPOC cuprinde:
A. Tusea cronică
B. Hemoptizia
C. Expectorația sero-mucoasă
D. Dispneea

E. Durerea toracică

25. Printre efectele sistemice ale BPOC se numără:
    A. Hipertensiunea arterială
    B. Insuficiența renală
    C. Depresia
    D. Osteoporoza
    E. Insuficiența cardiacă dreaptă

26. La examenul obiectiv al pacientului cu BPOC se pot evidenția:
    A. Hipocratism digital
    B. Pectus excavatum
    C. Polipnee și expir prelungit
    D. Excursii costale respiratorii ample
    E. Utilizarea mușchilor respiratori accesori

27. Diagnosticul BPOC se bazează pe istoricul de:
    A. Dispnee
    B. Tuse seacă
    C. Fumat
    D. Tuse productivă
    E. Junghi toracic

28. În BPOC, testele funcționale pulmonare arată:
    A. Restricție difuză a căilor aeriene
    B. Obstrucție difuză a căilor aeriene
    C. Factorul de transfer al CO normal
    D. Obstrucție reversibilă (modificarea VEMS>12%)
    E. Raportul VEMS/CVF scăzut

29. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul BPOC sunt adevărate:
    A. Se recomandă sevrajul tabagic
    B. Vaccinarea antipneumococică este contraindicată
    C. Se utilizează numai bronhodilatatoare de scurtă durată
    D. Utilizarea anticolinergicelor cu durată lungă de acțiune previne declinul VEMS
    E. Preparatele de teofilină cu durată lungă de acțiune aduc un beneficiu redus in BPOC

30. Recomandările pentru utilizarea oxigenoterapiei la domiciliu includ:
    A. BPOC cu PaO_2> 55 mmHg (7.3 kPa) când pacientul e stabil clinic

B. BPOC asociat cu policitemie secundară, hipoxemie nocturnă, edeme periferice, hipertensiune pulmonară, având PaO_2 între 55 și 60 mmHg
C. Pneumopatie difuză cu PaO_2>60 mmHg (8 kPa) și pacienți cu dispnee invalidantă și PaO2<60 mmHg (8 kPa)
D. Cancer pulmonar cu dispnee invalidantă
E. Prezența apneei obstructive în somn în pofida terapiei cu presiune pozitivă continuă, după evaluare de către un specialist

31. Următoarele afirmații referitoare la exacerbarile BPOC sunt adevărate:
A. Pot fi precipitate doar de infecții bacteriene
B. Simptomele sunt: dispnee, bronhospasm acut și tuse
C. Pot determina doar insuficiență respiratorie de tip II
D. În insuficiența respiratorie de tip II, nivelul $PaCO_2$ este scăzut și pacientul este dependent de stimulul hipoxic
E. La pacienții cu risc de hipercapnie, oxigenoterapia se ajustează pentru a menține saturația în intervalul 88-92%

32. În caz de exacerbare a BPOC la un pacient cu pH < 7.35, PaO_2 < 60 mmHg (8 kPa), $PaCO_2$ > 49 mmHg (6.5 kPa):
A. Se administrează oxigenoterapie pentru a menține saturația țintă în intervalul normalului
B. Se va continua tratamentul cu nebulizări și corticosteroizi
C. Se va repeta gazometria arterială peste 15-20 minute
D. Se administrează oxigenoterapie pentru a menține saturația țintă – 88-92%
E. Dacă pH-ul se menține < 7.35 și $PaCO_2$ > 49 mmHg (6.5 kPa) se va lua în considerare ventilația non-invazivă

33. *Complicațiile locale ale pneumoniei sunt următoarele, cu excepția:
A. Revărsat lichidian pleural
B. Empiem
C. Sepsis
D. Abces pulmonar
E. Pneumonie în organizare

34. *Pneumonia cu Legionella se caracterizează prin următoarele, cu excepția:
A. Limfopenie fără leucocitoză marcată
B. Hhiponatremie
C. Hipoalbuminemie
D. Nivele mari ale transaminazelor serice.
E. Leucocitoză

35. *Una dintre cele mai frecvente infecții oportuniste întâlnite în practica clinică este dată de:
    A. Streptococcus pneumoniae
    B. Legionella
    C. Mycoplasma
    D. Pneumocystis jirovecii
    E. Bacterii anaerobe

36. Printre cauzele pneumoniei lent rezolutive se numără:
    A. Tratamentul antimicrobian corect și complet
    B. Pleurezia de însoțire
    C. Trombembolismul pulmonar
    D. Absența comorbidităților
    E. Bronșiectaziile

37. În cazul unui pacient cu pneumonie comunitară și scor CURB-65=2:
    A. Mortalitatea este 5%
    B. Nu sunt necesare teste microbiologice
    C. Nu este necesară spitalizarea
    D. Se recomandă recoltarea hemoculturilor
    E. Se recomandă spitalizarea

38. Cauzele abcesului pulmonar sunt:
    A. Pneumonia comunitară tratată corect
    B. Pneumonia de aspirație
    C. Pneumonia cu Streptococcus pneumoniae
    D. Emboli septici ce conțin stafilococi
    E. Aspirație de corp străin

39. Dezvoltarea empiemului se asociază cu:
    A. Complicaţii cum ar fi pahipleurita, spitalizarea prelungită, risc de deces
    B. Revărsat exudativ cu pH în lichidul pleural < 7,2
    C. Revărsat exudativ cu pH în lichidul pleural > 7,2
    D. Febră persistentă
    E. Prezenţa revărsatului exudativ simplu

40. Micro-organismele implicate în pneumonia nosocomială sunt:
    A. *Haemophilus influenzae*
    B. Bacterii Gram-negative *(Pseudomonas* spp., *Escherichia* spp., *Klebsiella* spp.)

C. Bacterii anaerobe *(Enterobacter* spp.)
D. *Staphylococcus aureus* (inclusiv *S. Aureus* meticilino-rezistent)
E. *Acinetobacter* spp.

41. Următoarele afirmaţii referitoare la pneumonia cu *Pneumocystis jirovecii* sunt adevărate:
    A. Este una din cele mai frecvente infecţii oportuniste întâlnite în practica clinică
    B. Tratamentul de primă linie se face cu co-trimoxazol în doză mare
    C. Tratamentul de primă linie se face cu Amoxicilină oral 500 mg x 3/zi
    D. Aspectul radiografic tipic este de opacităţi alveolare şi interstiţiale bilaterale difuze
    E. Este asociată cu formarea unei cavităţi vizibile pe radiografia toracică sau examenul CT, deseori cu nivel lichidian

42. Următoarele afirmaţii referitoare la pneumonia asociată ventilaţiei sunt adevărate:
    A. Apare în contextul ventilaţiei mecanice în unităţile de terapie intensivă
    B. Este datorată patogenilor oportunişti (care sunt ubicuitari în mediul înconjurător)
    C. Deseori sunt responsabile micro-organisme Gram-negative cu multiple rezistenţe la antibiotice
    D. Este deseori datorată anaerobilor şi poate progresa spre abces pulmonar
    E. Necesită selecţia atentă a antibioticului adecvat în colaborare cu un microbiolog clinician

43. Pneumonia de aspirație:
    A. Consecință a aspirației de conținut gastric în plămâni
    B. Cel mai frecvent afectează lobul superior
    C. Are o evoluție favorabilă, frecvent fără complicații
    D. Poate progresa spre abces pumonar sau bronșiectazii
    E. În cazul formelor ușoare și moderate, se utilizează amoxicilină/clavulanat.

44. *Următoarea afirmație despre tuberculoza este falsă:
    A. O treime din populația globului este infectata
    B. Cele mai multe cazuri sunt în Europa
    C. Incidența cazurilor multi-drog rezistente este în creștere
    D. Este cauzată de Mycobacterium tuberculosis
    E. Alături de co-infecția HIV determina o povară sanitară

45. *Următoarea afirmație referitoare la diagnosticul bacteriologic în tuberculoză este falsă:
    A. Probele trebuie să fie prelucrate în primele 24 ore

B. Colorația cu auramina-rodamina este mai sensibilă (desi mai puțin specifică) decât colorația Ziehl-Nielsson
C. Majoritatea țărilor dezvoltate folosesc cultura micobacteriilor exclusiv pe mediile solide
D. Timpul de creștere a micobacteriilor tuberculoase în cultura pe mediile solide este de 3-8 săptămâni
E. Cultura permite determinarea sensibilității la antibiotice a tulpinii infectante

46. *Mutidrog-rezistenţa în tuberculoză (MDR-TB) este definită ca:
A. Rezistenţă atât la rifampicină, cât şi la izoniazidă
B. Rezistenţă înaltă la izoniazidă şi la fluoroquinolone
C. Rezistenţă înaltă la rifampicină, izoniazidă, fluoroquinolone şi cel puţin un medicament injectabil cum ar fi amikacina, capreomicina sau kanamicina
D. Rezistenţă la medicamentele injectabile cum ar fi amikacina, capreomicina sau kanamicina
E. Rezistenţă la pirazinamidă şi etambutol

47. Mycobacterium tuberculosis are următoarele caracteristici:
A. Este un patogen anaerob
B. Se transmite pe cale aeriană
C. Pentru a produce infecția necesită inhalarea unui număr mare de bacterii
D. Nu dezvoltă boala la toți cei infectați
E. Este denumit “bacil acid-alcoolo-rezistent”

48. Focarul Ghon tuberculoza pulmonară:
A. Reprezintă caverne multiple apicale
B. Poate fi vizibil ca un nodul calcificat
C. Initial reprezintă leziuni granulomatoase, cu cazeum și celule Langhans
D. Poate conține bacili dormanti
E. Nu se calcifică niciodată

49. Pentru confirmarea tuberculozei pulmonare examenul bacteriologic (microscopia și cultura) se poate efectua din:
A. Sputa (≥ de două eșantioane scad randamentul diagnostic)
B. Sputa (≥ de două eșantioane cresc randamentul diagnostic)
C. Sputa indusă
D. Lichid de lavaj bronho-alveolar dacă tusea este productivă și inducerea sputei este posibilă
E. Lichid de lavaj bronho-alveolar dacă tusea este neproductivă și inducerea sputei nu este posibilă

50. Următoarele afirmații despre tuberculoza ganglionară sunt adevărate:
    A. Ganglionii limfatici sunt a doua cea mai frecventă localizare
    B. Ganglionii limfatici intratoracici sunt mai frecvent interesați decât cei extratoracici
    C. De obicei se manifestă cu o adenopatie cervicală sau supraclaviculară de consistență fermă, nedureroasă
    D. Zona periferică a ganglionului limfatic devine necrotică și se poate lichefia
    E. Tegumentul de deasupra este frecvent indurat

51. Confirmarea diagnosticul in tuberculoza cerebrala:
    A. Necesită discuție asupra pacientului și imagistică în comisia multidisciplinară de neurologie/neurochirurgie
    B. Nu ia în considerare niciodata biopsia cerebrală
    C. Este susținut de nivelul proteinelor din LCR foarte scăzut
    D. Este susținut de glucoza din LCR < ½ din glucoza sanguină
    E. Are caracteristică limfocitoza LCR

52. Următoarele principii în tratamentul tuberculozei sunt corecte:
    A. Pacienții cu tuberculoză sensibilă la medicamente necesită 3 luni de tratament
    B. Izoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutolul sunt medicamente antituberculoase de prima linie
    C. În tuberculoza sistemului nervos central durata de tratament recomandată este de minimum 12 luni
    D. Pacienții cu tuberculoză sensibilă la medicamente necesită minimum 9 luni de tratament
    E. Toti pacienții înainte de începerea tratamentului se vor testa pentru infecție HIV și hepatite cronice

53. Tratamentul infecţiei TB latente(ITBL) se poate face cu:
    A. Izoniazidă în monoterapie timp de 3 luni
    B. Rifampicină în monoterapie timp de 3 luni
    C. Pirazinamidă şi rifampicină timp de 3 luni
    D. Izoniazidă în monoterapie timp de 6 luni
    E. Izoniazidă şi rifampicină timp de 3 luni

54. Testul cutanat tuberculinic (TCT) fals negativ este frecvent la:
    A. Pacienţii cu imunosupresie datorată infecţiei HIV (CD4+ <200/mm3)
    B. Pacienţii sub tratamente imunosupresoare (chimioterapie, anti-TNF, corticosteroizi)

C. Pacienţii cu vârste extreme
D. Pacienţii cu reactivitate încrucişată cu micobacterii netuberculoase
E. Pacienţii cu tuberculoză activă

55. *Carcinomul bronhopulmonar scuamocelular:
A. Metastazează precoce
B. Se poate manifesta prin cavități cu necroză centrală.
C. Este un subtip rar întâlnt în Europa
D. Se dezvoltă din celulele glandulare secretoare de mucus
E. Este frecvent la nefumători

56. *Dispneea din cadrul neoplasmului bronhopulmonar:
A. Face parte din manifestările extrapulmonare non-metastatice ale carcinomului bronşic
B. Apare doar la pacienții care au și BPOC asociat neoplasmului bronhopulmonar
C. Prezența pleureziei nu influențează gradul de dispnee
D. Este determinată de ganglionii mediastinali sau invazia tumorală directă rezultând compresia nervului laringeu recurent stâng
E. Este dată de tumorile centrale care determină obstrucţia căilor aeriene mari, cauzând colapsul plămânului

57. *Mezoteliomul:
A. Este o tumoră benignă cu originea în celulele mezoteliale de la nivelul pleurei parietale sau viscerale
B. Cea mai frecventă manifestare o reprezintă dispneea.
C. Se corelează cu expunerea la azbest
D. Diagnosticul se bazează pe semnele clinice date de prezența lichidului pleural
E. Biopsia ghidată cu ultrasunete sau biopsia pleurală VATS se efectuează exceptional, în vederea stabilirii diagnosticului atunci când citologia din lichidul pleural nu este relevantă

58. *Nodulul pulmonar solitar:
A. Este o opacitate, cu diametrul între 3 si 4 cm
B. Diagnosticul diferențial se face cu metastazele pulmonare, tumori benigne, granuloame
C. Evaluarea se efectuează prin metode imagistice precum radiografia toracică
D. Riscul de malignizare se determină prin efectuarea repetată de tomografii computerizate la intervale prestabilite
E. Riscul de malignizare este foarte ridicat

59. *Tratamentul neoplasmului bronhopulmonar:
    A. Radioterapia cu intenţie curativă este tratamentul de elecţie, dacă intervenţia chirurgicală nu este posibilă datorită mărimii tumorii
    B. La pacienţii fără comorbidităţi cardiovasculare sau respiratorii semnificative se poate utiliza radioterapie stereotactică de ablaţie
    C. Chimioterapia şi radioterapia adjuvantă nu îmbunătăţesc rata de răspuns medie în NSCLC
    D. Intervenţia chirurgicală cu intenție curativă se efectuează în stadiul incipient al NSCLC (stadiul I, II şi cazuri selectate IIIA)
    E. Laserterapia, crioterapia şi stenturile traheobronşice sunt utilizate ca tratament curativ a pacienţilor cu cancer pulmonar, care prezintă îngustarea diametrului traheobronşic din cauza tumorii intraluminale, sau a compresiei extrinseci

60. Următorii factori de mediu sunt inplicați în apariția cancerului bronhopulmonar:
    A. Boli pulmonare preexistente
    B. Expunerea la radon
    C. Produse petroliere
    D. Fibroza pulmonară
    E. Infecția cu HIV

61. Mutațiile de activare din cadrul receptorului factorului de creștere epidermică (EGFR) din cadrul cancerului bronhopulmonar sunt:
    A. Întâlnite la fumători
    B. Frecvente la sexul masculin
    C. Frecvent întâlnite la tineri
    D. Întalnite frecvent la nefumatori
    E. Frecvente la sexul feminin

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

63. Carcinomul bronhopulmonar non-microcelular:
    A. Se subclasifică în carcinom scuamo-celular, adenocarcinom și carcinom cu celule mici

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

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

65. Cancerul bronhopulmonar metastazează frecvent în:
A. Cord
B. Glande suprarenale
C. Pleură
D. Rinichi
E. Oase

66. Manifestările neurologice determinate de cancerul bronhopulmonar sunt reprezentate de:
A. Degenerescența subacută cerebeloasă
B. Acanthosis nigricans
C. Mielopatii
D. Coagulare intravasculară diseminată
E. Sindrom de secreţie inadecvată de hormon antidiuretic

67. Manifestarile extrapulmonare non-metastatice ale cancerului bronhopulmonar sunt următoarele:
A. Cutanate - întalnite frecvent
B. Metabolice - scaderea ponderală, anorexia
C. Osoase - hipocratismul digital
D. Vasculare și hematologice - anemia hemolitică, fatigabilitate
E. Neurologice - polimiopatie, sindrom miastenie (Sindromul Lambert-Eaton)

68. Despre investigațiile imagistice utilizate în diagnosticul cancerului bronhopulmonar putem afirma:
A. Radiografia toracică poate evidenția modificari specifice
B. CT-ul indică extinderea bolii
C. CT-ul precizează cu exactitate malignitatea ganglionilor limfatici măriți

D. RMN-ul este util pentru diagnosticul tumorilor primare bronhopulmonare
E. Radiografia toracică simplă evidențiază uneori dovezi clare ale cancerului pulmonar

69. Tratamentul cancerului bronhopulmonar:
A. Tratamentul chirurgical este indicat în stadiile avansate
B. Radioterapia cu intenție curativă are rol în ameliorarea simptomatologiei
C. Chimioterapia și radioterapia adjuvantă prelungesc rata de supraviețuire medie în cancerul non-microcelular
D. Imunoterapia cu inhibitori ai PDL-1 oferă o alternativă terapeutică pentru grupe specifice de pacienți
E. Durerile osoase nu răspund la radioterapie

70. Stadializarea TNM a cancerului bronhopulmonar:
A. Tx – tumora primară nu poate fi evaluată
B. N – definește prezența metastazelor la distanță
C. N0 – fără metastaze în ganglionii regionali
D. T4 – tumoră mai mare de 7 cm
E. M1 – metastaze la distanță prezente

71. Tumorile secundare pulmonare:
A. Sunt identificate pe CT-ul de torace
B. Sunt rare
C. Tumora primară este de obicei localizată la nivelul prostatei, sânului, tractului gastrointestinal sau ovarului
D. Metastazele pulmonare multiple pot fi îndepărtate chirurgical
E. Radiografia toracică detectează prezența metastazelor de mici dimensiuni

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

73. Obținerea rezultatelor histologice și citologice în cancerul bronhopulmonar se face prin:
A. Puncție – biopsie transbronșică ghidată ecografic de la nivelul leziunilor pulmonare

B. Puncție – biopsie transtranstoracică ghidată CT de la nivelul leziunilor pulmonare
C. Fibrobronhoscopie
D. Toracocenteză ghidată ecografic
E. Puncţia - biopsie transtoracică ghidată ecografic de la nivelul ganglionilor limfatic

RĂSPUNSURI CAP. VI - PNEUMOLOGIE

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

CAP. VII - HEMATOLOGIE

1. *Următoarele sunt teste diagnostice pentru evaluarea anemiei feriprive, cu excepția:
   A. Feritina serică
   B. Hemoleucograma
   C. Beta 2 microglobulina
   D. Capacitatea totală de legare a fierului și fierul seric
   E. Frotiul sangvin periferic

2. *Care sunt formele de depozitare a fierului:
   A. Hemoglobina și sideremia
   B. Feritina și transferina
   C. Mioglobina și CTLF
   D. Feritina și hemosiderina
   E. CTLF și sideremie

3. *Cauzele anemiei feriprive sunt următoarele, cu excepția:
   A. Pierderi de sânge
   B. Hepatomegalia
   C. Scăderea absorbției (ex. post-gastrectomie)
   D. Aport redus
   E. Cereri crescute (ex. sarcină)

4. *În anemia megaloblastică, frotiul de sânge periferic relevă în mod caracteristic:
   A. Eritrocite în fișic
   B. Eritrocite în țintă
   C. Blaști
   D. Macro-ovalocite cu hipersegmentarea nucleului neutrofilelor
   E. Limfocite atipice

5. *Cea mai frecventă cauză a deficitului de vitamina B12 la adulți este:
   A. Anemia feriprivă
   B. Anemia perniciosă
   C. Anemia aplastică
   D. Anemia refractară cu sideroblaști inelari
   E. Anemia hemolitică

6. *În mod caracteristic, investigațiile paraclinice din anemia megaloblastică relevă:
   A. VEM crescut, de cele mai multe ori peste 96 fL
   B. Leucocitoză

C. Trombocitoză
D. Poliglobulie
E. VEM scăzut, adesea sub 96 fL

7. Care sunt cele mai frecvente cauze ale eșecului tratamentului cu fier oral:
   A. Diagnostic incorect
   B. Pierderi continue de sânge
   C. Aderența la tratamentul medical
   D. Lipsa complianței
   E. Deficitul de folați

8. Următoarele caracteristici clinice cunoscute ale anemiei feriprive sunt:
   A. Koilonichia
   B. Eritroza facială
   C. Stomatita angulară
   D. Păr și unghii fragile
   E. Febra

9. Diagnosticul diferențial al anemiei microcitare, hipocrome cuprinde:
   A. Limfomul Hodgkin
   B. Anemia din bolile cronice
   C. Șocul septic
   D. Talasemia
   E. Anemia sideroblastică

10. Care dintre următoarele afirmații privind deficitul de fier sunt adevărate:
   A. Volumul eritrocitar mediu este scazut
   B. Receptorii solubili ai transferinei sunt crescuti
   C. Prezența fierului in eritroblasti
   D. Volumul eritrocitar mediu este crescut
   E. Receptorii solubili ai transferinei sunt normali

11. Caracteristicile factorilor care influenteaza absorbtia fierului includ:
   A. Fierul non-heminic este absorbit mai bine decat fierul heminic
   B. Aciditatea gastrică ajută la păstrarea fierului în stare feroasă și solubilă în intestinul superior
   C. Fierul heminic este absorbit mai bine decat fierul non-heminic
   D. Absorbția fierului este crescută în contextul depozitelor scazute de fier și a creșterii activității eritropoietice (ex. sângerare)
   E. Fierul feric este absorbit mai bine decât fierul feros

12. Diagnosticul pozitiv al anemiei prin carență de fier se stabileste pe baza:
    A. Hemoleucogramei si frotiului sangvin
    B. Testului Coombs direct
    C. Bilirubinei totale
    D. Feritinei serice
    E. Electroforezei hemoglobinei

13. Frotiul de sange periferic în anemia prin carență de fier prezintă:
    A. Macrocitoza
    B. Eritrocite hipercrome
    C. Poikilocitoza
    D. Variatii ale formelor și dimensiunilor eritrocitelor
    E. Anizocitoza

14. Efectele secundare ale preparatelor de fier pe cale orală în anemia feriprivă sunt reprezentate de:
    A. Scădere în greutate
    B. Diaree
    C. Polakiurie
    D. Constipatie
    E. Greață

15. Care dintre următoarele afirmații referitoare la administrarea tratamentului cu fier sunt adevărate:
    A. Fierul injectabil este indicat la pacienții cu intoleranță la preparatele orale
    B. Depozitele de fier sunt reincarcate mult mai repede în urma administrării orale, comparativ cu cea parenterală
    C. Administrarea parenterală se indică pacienților cu malabsorbție severă
    D. Fierul oral nu se întrerupe în cazul administrării celui parenteral
    E. Preparatele de fier sub forma injectabilă se indică pacienților cu boli cronice (boli inflamatorii intestinale)

16. Cauzele patologice cele mai frecvente ale macrocitozei fără modificări megaloblastice sunt:
    A. Exces de alcool
    B. Afecțiuni hepatice
    C. Reticulocitoza (secundară hemolizei)
    D. Hipertiroidism
    E. Radiații ionizante

17. Modificările megaloblastice apar în:
    A. Deficit de fier sau metabolism anormal al fierului
    B. Deficit de vitamina B12 sau metabolism anormal al vitaminei B12
    C. Deficit de acid folic sau metabolism anormal al folatului
    D. Afecțiuni hepatice
    E. Reticulocitoza (datorită hemolizei)

18. Anemia pernicioasă:
    A. Este o boală moștenită
    B. Este o afecțiune autoimună
    C. Nu se asociază cu alte boli autoimune
    D. Există o asociere cu alte boli autoimune, în special boala tiroidiană, boala Addison și vitiligo
    E. Se caracterizează printr-o gastrită atrofică cu pierderea celulelor parietale din mucoasa gastrică, și, în consecință eșecul producției de factor intrinsec și malabsorbția vitaminei B12

19. Printre cauzele deficitului de folat se numără:
    A. Obezitatea
    B. Sarcina
    C. Patologia gastrointestinală (Boala celiacă, Boala Crohn)
    D. Veganism
    E. Consum de alcool

20. Tabloul clinic al anemiei megaloblastice prin deficit de acid folic este caracterizat prin:
    A. Tabloul clinic este adesea asimptomatic
    B. Simptome de anemie
    C. Simptome ale bolii cauzatoare, precum patologia malignă cu creșterea turn-overului celular
    D. Neuropatia
    E. Paraplegia

21. Printre caracteristicile clinice specifice ale deficitului sever de vitamina B12 (<60 ng/L sau 50 pmol/L) se numără:
    A. Polineuropatia
    B. Parestezii simetrice la nivelul degetelor de la mâini și picioare
    C. Scaderea în greutate
    D. Demența, tulburări psihiatrice, halucinații
    E. Transpirații profuze nocturne

22. Anticorpii specifici care pot fi prezenți în anemia perniciosă sunt:
    A. Anticorpii anti celulă parietală gastrică
    B. Anticorpii anti nucleocapsidă
    C. Anticorpii anti factor intrinsec
    D. Anticorpii anti fosfolipidici
    E. Anticorpii anti peptidcitrulinatciclic

23. Printre cauzele deficitului de vitamina B12 se numără:
    A. Dieta vegetariană
    B. Gastrectomia
    C. Anemia pernicioasă
    D. Hepatita virală cu virus C
    E. Hepatita virală cu virus B

24. Managementul deficitului de acid folic constă în:
    A. Administrarea zilnică de 5 mg de acid folic pe o perioadă de aproximativ 4 luni, pentru a reumple depozitele de folaţi din organism
    B. Administrarea profilactică la femei care planifică sau sunt la început de sarcină, pentru a reduce defectele de tub neural.
    C. Administrarea profilactică la femei la menopauză
    D. Administratrarea continuă de acid folic pentru tot restul vieții
    E. Administrarea profilactică la pacienții cu patologii hematologice cronice, în cazul în care există un turnover celular crescut

25. *Anemiile hemolitice autoimune sunt afecţiuni:
    A. dobândite în urma distrucţiei eritrocitare crescute, datorate formării de autoanticorpi eritrocitari
    B. dobândite în urma distrucţiei eritrocitare scăzute, datorate formării de autoanticorpi eritrocitari
    C. congenitale
    D. dobândite în urma distrucţiei eritrocitare crescute, datorate formării de aloanticorpi eritrocitari
    E. dobândite în urma distrucţiei eritrocitare scăzute, datorate formării de aloanticorpi eritrocitari

26. *Hemoliza intravasculară (liza eritrocitară în circulaţia sanguină) este cauzată de către:
    A. Anticorpii eritrocitari IgM sau IgG, care activează cascada complementului
    B. Anticorpii eritrocitari IgA sau IgD
    C. Anticorpii trombocitari

D. Anticorpii leucocitari
E. Anticorpii eritrocitari IgM, IgG, IgA şi IgD

27. *În anemia hemolitică autoimună cu anticorpi la cald, anticorpii se leagă de antigenele de pe suprafaţa eritrocitelor la o temperatură de:
A. 0° C
B. 15° C
C. 25° C
D. 37° C
E. Toate variantele de mai sus.

28. Tabloul clinic asociat anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi ,,la cald" poate cuprinde:
A. Icter
B. Splenomegalie
C. Glosită
D. Constipaţie
E. Infecţii.

29. Diagnosticul paraclinic al anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi ,,la cald" conţine următoarele investigaţii:
A. Testul antiglobulinic direct care este pozitiv
B. CT-ul abdominal care ar trebui efectuat pentru decelarea unui posibil limfom abdominal
C. Ureea care este scăzută
D. Creatinina care este scăzută
E. Folaţi

30. Pentru diagnosticul de certitudine al anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi ,,la cald", pe lângă analizele paraclinice uzuale, sunt necesare şi analize specifice precum:
A. Puncţia renală
B. Radiografia pulmonară
C. Testul antiglobulinic direct (test Coombs direct)
D. CT –ul abdominal
E. Sferocitoza

31. Anemia hemolitică autoimună poate fi clasificată ca fiind:
A. Anemie hemolitică autoimună cu anticorpi la cald
B. Anemie hemolitică imună iatrogenă
C. Boala hemolitică a nou-născutului
D. Anemie hemolitică autoimună cu anticorpi la rece
E. Anemie hemolitică autoimună mixtă

32. Anemia hemolitică cu anticorpi la cald:
    A. Este mai frecventă la femeile de vârstă mijlocie
    B. Se poate caracteriza prin apariția de episoade scurte de anemie şi icter
    C. Se întâlneşte doar la bărbaţi
    D. Este mai frecvente la copii
    E. Se poate caracteriza prin leagarea anticorpilor de antigenele de suprafață a eritrocitului la o temperatură de 10°

33. Printre cauzele anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi la cald secundare unei patologii asociate se numără:
    A. Insuficienţa renală
    B. Carcinoamele
    C. Diabetul zaharat
    D. Bolile reumatice
    E. Bolile limfoproliferative

34. Tratamentul anemiei hemolitice autoimune cu anticorpi la cald conţine:
    A. Diuretice
    B. Corticosteroizi
    C. Splenectomia
    D. Anticorp monoclonal anti CD20 (Rituximab)
    E. Protector hepatic

35. Boala cronică a hemaglutinării „la rece" este caracterizată prin:
    A. Producţia de aglutinine lgM monoclonale la rece
    B. După expunerea la temperaturi scăzute, pacientul dezvoltă acrocianoză
    C. Testul antiglobulinic direct este pozitiv doar pentru complement (C3d)
    D. Testul antiglobulinic direct este pozitiv pentru IgG
    E. Testul antiglobulinic direct este negativ pentru complement (C3d)

36. Următoarele afirmații cu privire la hemoglobinuria paroxistică la rece sunt adevărate:
    A. Este o patologie frecvent întâlnită
    B. Este asociată cu infecțiile bacteriene la vârsta adultă
    C. Este asociată cu infecțiile comune ale copiilor, precum pojarul, oreionul și varicela
    D. Reacția litică este demonstrată în vitro prin testul Donath-Landsteiner
    E. Sunt prezenți anticorpi bifazici, reacţionând cu celulele roşii la rece în circulaţia periferică,liza apărând la reîntoarcerea celulelor în circulaţia central

37. Anemia hemolitică imună iatrogenă este:

A. Foarte des întâlnită
B. Foarte rar întâlnită
C. Confirmată prin asocierea temporală între administrarea medicamentului şi apariţia anemiei hemolitice
D. Tot timpul fatală
E. Nici una din variantele de mai sus

38. Anemia hemolitică aloimună este:
A. Întâlnită în hemoliza din cadrul transfuziilor sangvine
B. Definită ca reacţia anticorpilor unui individ la eritrocitele altui individ
C. Definită ca reacţia anticorpilor unui individ la ertrocitele aceluiaşi individ
D. Întâlnită frecvent în cadrul sindroamelor limfoproliferative
E. Întâlnită în cadrul patologiilor reumatismale (LES, boli reumatologice, etc.)

39. Tabloul clinic al hemoglobinuriei paroxistice nocturne este caracterizată prin:
A. Hemoliză intravasculară
B. Hemoliză extravasculară
C. Tromboză venoasă
D. Hemoglobinurie (micţiunile nocturne şi prima urină de dimineaţă)
E. Hemomptizie

RĂSPUNSURI CAP. VII - HEMATOLOGIE

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

CAP. VIII - NEUROLOGIE

1. Coma este definită de următoarele:
   A. Stare în care pacientul este aresponsiv
   B. Reprezintă starea de constientă cu areactivitate la stimuli externi
   C. O stare de confuzie în care trăsătura principală este lipsa atenţiei, însoțită de obiceide tulburări de comportament, cogniție și atenție
   D. Reprezintă atacuri bruște paroxistice de somn care survin în situații nepotrivite
   E. Alterarea funcționării sistemului reticulat ascendent induce coma

2. Starea de comă survine în următoarele circumstanțe
   A. Leziuni ale trunchiului cerebral
   B. Un proces expansiv la nivel supratentorial cu efect de compresiune asupratrunchiului cerebral
   C. Leziunile difuze corticale
   D. Diabetul zaharat cu control glicemic adecvat
   E. Accident vascular ischemic la nivelul nucleilor bazali

3. Sunt adevărate despre evoluția și prognosticul stărilor comatoase:
   A. Cauzele metabolice au prognostic bun atunci cand problema cauzatoare poate fi corectată
   B. 7% dintre pacienții cu stare comatoasă în contextul accidentului vascular cerebralse recuperează
   C. 11% dintre pacienții cu leziuni cerebrale hipoxic ischemice apărute după un stopcardiac se recuperează
   D. 70% dintre pacienții cu stare comatoasă în contextul accidentului vascular cerebralse recuperează
   E. Starea vegetativă (SV) este o consecință a afectării difuze corticale

4. În cazul pacientului inconștient monitorizarea funcției cerebrale include:
   A. Se urmărește mărimea pupilelor şi reacţia lor la lumină
   B. Axe oculare divergente indică o leziune la nivelul trunchiului cerebral
   C. Axe oculare divergente indică o leziune la nivelul lobului frontal
   D. O leziune la nivelul lobului frontal determină devierea conjugată a globilor ocularispre leziune și spre membrele paralizate
   E. Ochii „ping pong" pot fi observați și în coma profundă datorată leziunilor corticale extinse

5. Sunt corecte afirmațiile referitoare la starea vegetativă

A. Funcţiile trunchiului cerebral sunt intacte
B. Pacientul în stare vegetativă poate prezenta mișcări ca raspuns la o anumită voce
C. Funcția respiratorie nu este pastrată
D. Pacientul în stare vegetativă nu prezintă niciun semn de conştiență sau raspuns lastimuli din mediul înconjurator, cu excepția unor mișcări reflexe
E. Mişcări verticale voluntare ale globilor oculari sau clipit sunt intacte

6. Sunt incluse în principiile de tratament ale stărilor de coma:
A. Hidratarea se realizează exclusiv prin perfuzii
B. Nutriție - prin sonda nazogastrică sau PEG (gastrostoma percutană)
C. Evitarea leziunilor de decubit
D. Necesită îngrijirea atentă a căilor aeriene
E. Igiena orală - aspirarea cavității bucale

7. Tulburările cerebrale difuze care pot determina starea comatoasă, includ:
A. Hemoragia sau infarctul la nivelul trunchiului cerebral
B. Statusul epileptic
C. Insuficiența respiratorie cu retenție de C02
D. Hiposodemia
E. Encefalita

8. Semnele de lateralizare constau în:
A. Asimetria feţei: curgerea salivei sau lacrimilor pe partea deficitară
B. Asimetria reflexelor osteotendinoase
C. Reflex cutanat platar în extensie - bilateral
D. Răspuns asimetric la stimuli dureroşi
E. Hipotonie generalizată

9. *Aparțin reflexelor de trunchi cerebral, exceptând:
A. Reflexul cornean
B. Reflexul de vomă
C. Reflexul vestibule-ocular
D. Reflexul cutanat plantar
E. Reflexul ochilor de papușă

10. *Examenul neurologic al pacientului comatos include următoarele, exceptând:
A. Măsurarea temperaturii pacientului
B. Evaluarea prin scala Glasgow
C. Evaluarea fundului de ochi
D. Evaluarea reflexelor de trunchi cerebral

E. Evaluarea mișcărilor globilor ocular

11. *Patologiile care mimează coma includ:
    A. Sindromul de „locked-in"
    B. Acidoza metabolică severă
    C. Leziunile cerebrale hipoxic-ischemice din stopul cardiac
    D. SindromulWernicke-Korsakoff
    E. Insuficienţa respiratorie cu retenţie de C02

12. *Despre hemoragia subarahnoidiană (HSA) se pot afirma următoarele:
    A. Prezintă debut progresiv, cu atingerea amplitudinii maxime a cefaleei în aproximativ 10 minute
    B. Se caracterizează prin apariția rigidității cefei si prezența semnului Kernig
    C. Specificitatea CT de a detecta HSA este de 95% în primele 24 ore de la debut
    D. Puncția lombară este obligatorie în primele 12 ore
    E. Meningita bacteriană acută și endocardita reprezintă cauze frecvente ale HSA

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

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

15. *Controlul urmatorilor factori de risc prezintă corelație majoră cu reducerea riscului de AVC hemoragic:
    A. Hipertensiunea arterială
    B. Fumatul
    C. Alcoolul

D. Obezitatea
E. Stilul de viață

16. *Principalele surse de embolie cerebrală sunt:
A. Trombii cardiaci la pacienții cu infarct miocardic
B. Vegetații în endocardita infecțioasă
C. Plăci aterosclerotice de la nivelul arcului aortic
D. Policitemia
E. Toate variantele de mai sus

17. *Următoarele simptome fac parte din caracteristicile clinice ale atacului ischemic tranzitor (AIT) în teritoriul carotidian, cu excepția:
A. Amauroza fugax
B. Diplopia
C. Hemipareza
D. Afazia
E. Hemianopsia

18. *Diagnosticul diferențial al atacului ischemic tranzitor (AIT) se realizează cu:
A. Migrena cu aură
B. Epilepsia focală
C. Angiopatia amiloidă cerebrală
D. Procese expansive intracraniene
E. Toate variantele de mai sus

19. *Următoarele simptome fac parte din tabloul clinic al sindromului bulbar lateral, cu excepția:
A. Sindrom Horner ipsilateral
B. Vertij
C. Disfagie
D. Hemihipoestezie ipsilaterală
E. Hemihipoestezie contralaterală

20. Cele mai frecvente cauze ale AVC ischemic sunt reprezentate de:
A. Ateromatoză la nivelul porțiunii proximale a arterelor carotide interne
B. Ateromatoza intracraniană
C. Embolia grăsoasă, by-passul aorto-coronarian
D. Embolie arterio-arterială
E. Tromboza unei placi aterosclerotice ulcerate

21. Controlul următorilor factori de risc prezintă corelație moderată cu reducerea riscului de AVC ischemic:
    A. Fumatul
    B. Alcoolul
    C. Colesterolul
    D. Apneea în somn
    E. Stenoza carotidiana severă

22. Următoarele afirmații despre atacul ischemic tranzitor (AIT) sunt adevărate:
    A. Nu se caracterizează prin zona de infarct eviedențiată imagistic
    B. Hemipareza si afazia sunt cele mai frecvente manifestări
    C. Un scor ABCD2>4 este asociat cu un risc crescut pentru AVC în următoarea săptamână
    D. Un scor ABCD2<4 este asociat cu un risc scăzut pentru AVC în primele 2 zile
    E. Investigațiile efectuate includ ultrasonografia Doppler carotidiană, Holter-ECG, RMN cerebral sau angio-CT

23. Următoarele simptome fac parte din tabloul clinic al ocluziei complete de artera cerebrală medie (ACM):
    A. Hemipareza ipsilaterală
    B. Parezăfacială centrală controlaterală
    C. Pareză facială periferică
    D. Deviere oculocefalogiră spre partea leziunii
    E. Afazie în leziunile emisferului dominant

24. Următoarele afirmații sunt false, cu excepția:
    A. Infarctele în teritoriul arterei cerebrale anterioare(ACA) produc hemipareza predominant crurală
    B. Infarctele în teritoriul arterelor perforante lenticulostriate produc hemiplegie contralaterală
    C. Infarctele în teritoriul arterei cerebrale medii(ACM) drepte superficial produc hemipareză dreapta predominant facio-brahiala și afazie
    D. Infarctele în teritoriul ACM drept produc hemipareză stanga predominant facio-brahiala contralaterală, neglijența vizuală și negarea dizabilității
    E. Infarctele în teritoriul arterei cerebrale posterioare(ACP) produc hemisindrom motor, senzitiv sau senzitivo-motor contralateral

25. Infarctele în teritoriul posterior (vertebro-bazilar) pot determina:
    A. Hemipareza sau tetrapareza prin afectarea tractului corticospinal
    B. Coma sau alterarea stării de conștiență prin afectarea formațiunii reticulate

C. Tulburări senzitive la nivelul feței prin afectarea lemniscului medial și al tractului spino-talamic
D. Sindrom Horner prin afectarea fibrelor parasimpatice cervicale
E. Diplopie prin afectarea nervului optic

26. Sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Sindromul Balint este cauzat de ischemie la nivelul regiunii de graniță irigată de art. cerebrală medie (ACM) si art. cerebrală posterioară (ACP)
B. Boala Binswanger asociază demența, AIT și episoade de AVC la pacienții hipotensivi
C. Infarctele lacunare sunt frecvent asimptomatice , avand dimensiuni mici <1,5 cm^3
D. Sindromul Anton apare în leziuni unilaterale ale ACP
E. Infarctele de graniță nu pot aparea datorita unei stenoze severe la nivelul proximal al arterelor carotide

27. Următoarele investigații sunt esențiale în patologia vasculară:
A. Ultrasonografia Doppler în primele 24 ore
B. RMN Cerebral, secvența de difuzie ponderată(DWI)
C. RMN Cerebral, sevența de perfuzie (PWI)
D. Hemoleucograma, glicemie și coagulograma
E. CT cerebral în faza acută, pentru evidențierea infarctului

28. Tromboliza:
A. Reduce zona infarctului cerebral
B. Are o fereastră terapeutică de 4,5 ore
C. 20% din doza totală trebuie administrată iv în bolus, în mai puțin de 1 minut
D. Se efectuează cu activatori tisulari ai plasminogenului (Alteplase)
E. Se efectuează cu activatori tisulari ai plasminogenului (Tenecteplase)

29. Următoarele reprezintă criterii de eligibilitate în vederea inițierii trombolizei intravenoase, cu excepția:
A. Imagistica exclude hemoragia
B. Simptome de AVC cu ameliorare rapidă
C. Tensiune arterială sistolică persistentă<185, diastolică<110 mmhg, sau care nu necesită terapie agresivă de control a tensiunii arteriale
D. Tensiune arterială sistolică persistentă>185, diastolică>10 mmhg, sau care nu necesită terapie agresivă de control a tensiunii arteriale
E. Diagnosticul clinic al AVC ischemic

30. Următoarele reprezintă criterii de excludere în vederea inițierii trombolizei intravenoase:
    A. Trombocite <100.000/mm^3
    B. Istoric de hemoragie intracraniana in antecedente
    C. PersistenȚa deficitului neurologic
    D. INR <1,7
    E. Vârsta pacientului
31. Fac parte din prevenția secundară a AVC, următoarele:
    A. Terapia antiplachetară
    B. Craniectomia decompresivă
    C. Terapia hipolipemiantă
    D. Terapia antihipertensivă
    E. Terapia anticoagulantă

32. Despre terapia antiplachetară se pot afirma următoarele:
    A. Sunt inițiate pentru AVC ischemice cardioembolice
    B. Sunt inițiate în doze mari (300 mg aspirină)
    C. Sunt inițiate în doze mari (300 mg clopidogrel)
    D. Se administrează dacă tromboliza este contraindicată
    E. Se administreaza inainte de efectuarea imagisticii cerebrale

33. Despre terapia anticoagulantă se pot afirma următoarele, cu excepția:
    A. Se inițiază în cazurile de AVC hemoragic
    B. Se administrează în cazurile de AVC ischemic de natură cardioembolică, la pacienții cu fibrilație atrială încă de la debutul simptomatologiei
    C. Se administrează în următoarele 24 ore de la tromboliză
    D. Se administrează în cazurile de tromboză venoasă cerebrală
    E. Warfarina prezintă un risc de hemoragie mai mic decat anticoagulantele orale directe

34. Reabilitarea neurologică după un AVC presupune:
    A. Inițierea fizioterapiei în primele săptămani după AVC, în vederea prevenirii spasticității
    B. Izolarea socială a pacientului
    C. Montarea de bare pentru suport la domiciliu
    D. Terapie ocupațională
    E. Montarea sondelor nazogastrice sau a gastrostomelor la pacienții afazici

35. Următoarele afirmații despre stenozele carotidiene nu sunt adevărate:

A. Stenozele carotidiene simptomatice moderate sunt asociate cu un risc de recurență crescut al AVC, dacă pacientul a prezentat un AIT
B. Endarterectomia se efectuează la pacienții cu stenoze simptomatice > 70%, în primele 2 saptamani dupa AVC
C. riscul dezvoltării unui AVC dupa stentare este mai scazut comparativ cu alternativa chirurgicală
D. Stenozele <70 % necesită stentare
E. Ocluzia carotidiană necesită întotdeauna endarterectomie

36. Dintre pacienții cu AVC :
A. 10% decedează în primii 2 ani
B. Cei cu AVC hemoragic au o mortalitate precoce mai mare decât în cazul celor cu AVC ischemic
C. 30-40% supraviețuiesc pe o perioada de 3 ani
D. Majoritatea prezintă dizabilități ce necesită îngrijire instituționalizată
E. Cei care dezvolta hemiplegie, prezintă un prognostic nefavorabil

37. Posibilele cauze ale trombozelor venoase cerebrale sunt:
A. Sarcina
B. Stări de hipercoagulabilitate
C. Boli maligne
D. Migrena
E. Deshidratarea

38. Etiolologia hemoragiei intracerebrale include:
A. Hipertensiunea arterială
B. Angiopatia amiloidă cerebrală
C. Malformațiile arteriovenoase
D. Fumatul
E. Diabetul zaharat

39. Cauzele secundare de hemoragie intracerebrală includ:
A. Cavernoamele
B. Anevrismele
C. Trombozele durale venoase
D. Malformatiile arterio-venoase
E. Tabagismul

40. *Hemoragiile intracerebrale cauzate de hipertensiunea arterială se localizează cu predilecție în :

A. Meninge
B. Lepto-meninge
C. Spațiul subarahnoidian
D. Maduva spinării
E. Nucleii bazali

41. *Hemoragia subarahnoidiană reprezintă:
A. Acumularea de sânge în emisferele cerebrale
B. Acumularea de sânge în spațiul subdural
C. Sângerarea arterială spontană in spațiul subarahnoidian
D. Acumularea de sânge în trunchiul cerebral
E. Sângerarea spontană la nivelul unei tumori

42. Tratamentul accidentului vascular hemoragic este:
A. Nu există tratament pentru accidentul vascular hemoragic
B. Medical
C. Chirurgical
D. Se administrează tratament anticoagulant
E. Nu este necesar controlul tensiunii arteriale

43. Cauzele hemoragiei subarahnoidiene sunt:
A. Fibrilația atrială
B. Stenozele carotidiene
C. Anevrismul sacular
D. Malformațiile arterio-venoase
E. Infecțiile bacteriene

44. Caracteristicile clinice ale hemoragiei subarahnoidiene sunt:
A. Apare, de obicei, ca o cefalee foarte severă
B. Cefalee are debut brusc
C. Cefaleea este urmată de obicei, de vărsături și comă
D. Nu poate surveni edem papilar și hemoragie retiniana
E. Nu apare rigiditatea cefei

45. Investigațiile pacientului cu hemoragie subarahnoidiana includ:
A. Electroencefalograma
B. Viteze de conducere nervoasă
C. Angiografia prin cateterism
D. Angiografia CT

E. Imagistica prin CT

46. Complicațiile hemoragiei subarahnoidiene sunt:
   A. Embolia arterială
   B. Ocluzia arterei cerebrale posterioare
   C. Hidrocefalia
   D. Spasmul arterial
   E. Malformațiile arterio-venoase

47. Hematomul subdural se caracterizează prin:
   A. Reprezintă acumularea de sânge în spațiul subdural
   B. Apare de obicei după un traumatism
   C. Cefaleea, somnolența și confuzia nu sunt comune
   D. Nu pot să apară deficite focale
   E. Nu pot sa apară crize epileptice

48. Hemoragia extradurală se caracterizează prin :
   A. Apare prin ruperea unei ramuri a arterei meningeale mijlocii
   B. Necesită intervenție neurochirurgicală de urgență
   C. Necesită imagistică CT sau RMN
   D. Nu necesită investigații imagistice
   E. Nu există tratament pentru aceasată patologie

49. Următoarele afirmații despre tromboza venoasa cerebrala sunt corecte:
   A. Traumatismul cranian nu poate fi o cauză
   B. Este, de obicei, asociată cu un factor protrombotic
   C. Tratamentul inițial este cu heparină
   D. Infecția dintr-un sinus paranazal nu poate fi prezentă
   E. Nu se administrează anticonvulsivante

50. Tratamentul imediat al meningitei meningococice suspectată la primul contact, înaintea altor investigaţii cuprinde:
   A. Vancomicină
   B. Cefalosporină de generatia a treia
   C. Dexametazonă, cu sau înainte de prima doză de antibiotic
   D. Aspirină
   E. Chinolone

51. Sindromul meningian cuprinde:
   A. Cefalee

B. Afazie
C. Rigiditate a cefei
D. Mişcări coreice
E. Ataxie

52. Agenţii patogeni care pot cauza meningită cronică includ:
A. Virusul Influenza de tip A
B. Criptococul
C. Treponema pallidum
D. Bacilul Koch
E. Rabia

53. Modificările tipice ale lichidului cefalorahidian în meningita bacteriană includ:
A. Lichid cefalorahidian de aspect limpede
B. Polimorfonucleare absente
C. Proteine 0.5-2.0 g/L
D. Glucoza < ½ glicemie
E. Monocite 100-300/mm^3

54. Semnele clinice frecvent întâlnite în encefalita includ:
A. Febră
B. Schimbări de personalitate şi comportament
C. Afazie (în special în encefalita herpetică)
D. Ataxie tabetică
E. Tulburări de sensibilitate la nivelul membrelor, cu distribuţie distală, bilateral

55. Diagnosticul diferenţial al meningitei acute include:
A. Accidentul vascular cerebral ischemic
B. Hemoragia subarahnoidiană
C. Migrena
D. Miastenia
E. Sindromul Guillain-Barré

56. *Un pacient cu sindrom meningian prezintă următorul rezultat la examenul lichidului cefalorahidian: aspect limpede, 80 monocite/mm^3, polimorfonucleare absente, proteine 0.5 g/L, glucoza > ½ glicemie. Rezultatul este sugestiv pentru:
A. Meningită bacteriană
B. Meningită virală
C. Meningită tuberculoasă
D. Abces cerebral

E. Lichidul cefalorahidian nu prezintă modificari patologice

57. *La un pacient cu meningită acută cu *Hemophilus* se recomandă tratament cu:
A. Cefalosporine de generaţia întâi (ex. cefazolin)
B. Fluorochinolone (ex. ciprofloxacina)
C. Cefalosporine de generaţia a treia (ex. cefotaxima)
D. Aciclovir
E. Imunoglobuline intravenos

RĂSPUNSURI CAP. VIII - NEUROLOGIE

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

CAP. IX - BOLI INFECȚIOASE

1. *În sepsis, are valoare prognostică:
   A. Fibrinogenul
   B. Proteina C reactivă
   C. Leucocitoza
   D. Nivelul lactat
   E. Viteza de sedimentare a hematiilor

2. *Utilizarea excesivă a antibioticelor intravenoase cu spectru larg poate fi asociată cu infecții cu:
   A. Pseudomonas
   B. C. difficile
   C. Acinetobacter
   D. Stafilococ
   E. Pneumococ

3. *Amoxicilina şi ampicilina produc o erupţie la 90% din pacienţii cu:
   A. Meningită meningococică
   B. Meningită pneumococică
   C. Mononucleoză infecţioasă
   D. Infecție urliană
   E. Tuse convulsivă

4. *Amoxicilina/acid clavulanic poate produce:
   A. Icter hemolitic
   B. Icter colestatic
   C. Icter obstructiv
   D. Icter la nou-născuți
   E. Icter neoplazic

5. *Sulfametoxazolul este administrat în combinaţie cu:
   A. Azitromicina
   B. Minociclina
   C. Telitromicina
   D. Trimetoprim
   E. Polimixina

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

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

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

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

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

11. *Gentamicina:

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

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

13. Markerii nespecifici ai inflamaţiei şi ai disfuncţiei de organ sunt:
A. Leucocitoza
B. Proteina C reactivă crescută
C. Trombocitopenia
D. Creşterea creatininei
E. Creşterea colesterolului

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

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

16. Antibioticele betalactamice includ:
A. Carbapeneme
B. Aminoglicozide
C. Peniciline
D. Cefalosporine
E. Monobactami

17. Carbapenemele includ:
    A. Imipenem
    B. Meropenem
    C. Doripenem
    D. Ertapenem
    E. Dlindapenem

18. Chinolonele includ:
    A. Ciprofloxacina
    B. Levofloxacina
    C. Moxifloxacina
    D. Amikacina
    E. Tobramicina

19. Aminoglicozidele includ:
    A. Teicoplanina
    B. Gentamicina
    C. Amikacina
    D. Tobramicina
    E. Vancomicina

20. Tetraciclinele includ:
    A. Doxiciclina
    B. Minociclina
    C. Tetraciclina
    D. Oxitetraciclina
    E. Telitromicina

21. Macrolidele includ:
    A. Azitromicina
    B. Telitromicina
    C. Eritromicina
    D. Claritromicina
    E. Vancomicina

22. Nitroimidazolii includ:
    A. Nimorazol
    B. Tinidazol
    C. Metronidazol

D. Sulfametoxazol
E. Cotrimoxazol

23. Cele mai frecvente origini ale infecţei sunt:
A. Tractul digestiv
B. Tractul urinar
C. Tractul biliar
D. Tractul respirator inferior
E. Tractul genital

24. Grupe cu risc pentru sepsis sunt:
A. Pacienţii cu asplenism
B. Pacienţii cu boli autoimune
C. Pacienții cu encefalite
D. Pacienţii cu ciroză
E. Pacienţii cu tratament imunosupresor

25. Factorii care influențează evoluţia unei infecţii spre sepsis sunt:
A. Virulenţa agentului patogen
B. Încărcătura microbiană
C. Locul infecţiei
D. Răspunsul gazdei
E. Comorbiditățile nu sunt importante în evoluția unei infecții spre sepsis

26. Antibioticele care pot fi administrate în doză unică zilnică sunt:
A. Ceftriaxona
B. Meropenem
C. Ertapenem
D. Amikacina
E. Teicoplanina

27. Reacţiile de hipersensibilitate imediată care includ anafilaxia se caracterizează prin:
A. Tuse repetată
B. Edem facial
C. Erupţie
D. Dispnee severă
E. Cefalee

28. În alergiile severe la penicilină trebuie evitate:
    A. Fluorochinolonele
    B. Monobactamii
    C. Aminoglicozidele
    D. Cefalosporinele
    E. Carbapenemele

29. Oxazolidinonele includ :
    A. Vancomicina
    B. Tigeciclina
    C. Daptomicina
    D. Linezolid
    E. Tedizolid

30. Grupe cu risc pentru sepsis sunt:
    A. Pacienţii care cu antecedente de sepsis
    B. Pacienţii cu meningite
    C. Pacienţii cu dispozitive medicale permanente
    D. Dependenţii de alcool
    E. Pacienţii cu HIV

31. „Sepsis Six” include:
    A. Se măsoară nivelul lactatului
    B. Recoltare de hemoculturi
    C. Administrarea de eubiotice
    D. Administrarea rapidă de lichide
    E. Se monitorizează diureza şi bilanţul hidric orar

32. Sepsisul reprezintă o urgența medicală, antibioterapia empirică trebuie:
    A. Prescrisă în interval de o ora de la prezentare
    B. Prescrisă în interval de patru ore de la prezentare
    C. Revizuită la 72 ore, când devin disponibile rezultatele antibiogramei
    D. Revizuită la 24 ore, când devin disponibile rezultatele antibiogramei
    E. Amânată cu 24 ore de la prezentare

33. Parametrii care trebuie evaluați la alegerea inițială a regimului antibiotic includ:
    A. Antecedentele heredo-colaterale
    B. Calea de administrație
    C. Durata tratamentului
    D. Monitorizarea eventualei toxicități

E. Ajustarea dozelor în insuficiența hepatică/renală

34. Grupele la risc crescut de a dezvolta sepsis includ:
    A. Vârstnicii (>65 ani) și pacienții foarte tineri (nou-născuții)
    B. Pacienții cu afecțiuni medicale imunosupresoare (HIV, asplenism, ciroză, boli autoimune)
    C. Pacienții imunosuprimați iatrogen (cei aflati în tratament imunosupresor, inclusiv corticoizii sistemici)
    D. Pacienții cu dispozitive medicale permanente, mai ales dacă acestea traversează barierele normale împotriva infecțiilor)
    E. Gravidele nu reprezintă o grupă de risc

35. Sepsisul asociat asistentei medicale, un subgrup al sepsisului dobândit comunitar, se definește ca sepsis instalat la:
    A. Pacienții externați în ultimele 30 zile
    B. Pacienții din unitați de îngrijiri cronice dar nu cei care locuiesc în comunitați inchise
    C. Pacienții care accesează tratament medical ambulator (ex.pacienți care necesită hemodializă)
    D. Pacienții internați
    E. Pacienții care nu au avut contact cu sistemul de sănătate

36. Clinic, au șoc septic pacienții care necesită:
    A. Suport vasopresor pentru menținerea unei tensiuni arteriale medii de cel puțin 65 mmHg sau mai mare,
    B. Prezintă o concentrație ridicată a lactatului seric (>2mmol/L) în pofida resuscitării volemice adecvate.
    C. Suport vasopresor pentru menținerea unei tensiuni arteriale medii de cel mult 15 mmHg,
    D. Prezintă o concentrație scăzută a lactatului seric (<1mmol/L) în pofida resuscitării volemice adecvate.
    E. Hipertensiune arteriala

37. Scorul qSOFA al unui pacient este considerat pozitiv daca se întrunesc minim doua din criteriile următoare:
    A. Scor de coma Glasgow < 15
    B. Scor de coma Glasgow < 6
    C. Frecventa respiratorie >- 22 respirații/min
    D. Presiune arterială sistolica <- 100mmHg
    E. Presiune arterială sistolica >150 mmHg

38. Scorul SOFA (Sequential Organ Failure Assesment) se calculează în funcție și de următorii parametrii:
    A. Respirator
    B. Coagulare
    C. Hepatic
    D. Cardiovascular
    E. Sistem neuroendocrin

39. Microorganismele care cauzează infecțiile nosocomiale sunt:
    A. Mai puțin virulente dar adeseori multirezistente
    B. Mai puțin virulente dar rareori multirezistente
    C. Mai ușor de tratat
    D. Mai dificil de tratat
    E. Extrem de virulente

40. Infecțiile dobândite comunitar:
    A. Au tendința să fie severe
    B. Au tendința să fie ușoare
    C. Sunt adesea cauzate de microorganism virulente, dar mai degrabă sensibile la antibiotic
    D. Sunt adesea cauzate de microorganism virulente, dar mai degrabă multirezistente la antibiotic
    E. Nu se tratează cu antibiotic

41. În timp ce metodele care implică prelevarea de culturi rămân standardul de aur, dezavantajele lor includ:
    A. Întârzierea obținerii rezultatelor (în general durează în jur de 24 ore pentru pozitivare, și 48 ore pentru o identificare bacteriană)
    B. Întârzierea obținerii rezultatelor (în general durează în jur de 72 ore pentru pozitivare, și încă 72 ore pentru o identificare bacteriană)
    C. Culturile pot fi negative dacă înainte de recoltare au fost administrate antibiotice
    D. Culturile pot fi negative dacă după recoltare au fost administrate antibiotice
    E. Culturile pot fi negative dacă înainte de recoltare s-a administrat antiinflamator

42. La 72 de ore, când majoritatea culturilor devin disponibile, trebuie luată una din următoarele decizii:
    A. Oprirea tratamentului antibiotic
    B. Dezescaladarea antibioterapiei către tratamentul per os
    C. Schimbarea tratamentului

D. Continuarea tratamentului intravenos
E. Externarea pacientului fără tratament antibiotic

43. Profilaxia antibiotică nu este recomandată pentru prevenirea endocarditei la pacienții care urmează proceduri la nivelul:
A. Tract respirator superior
B. Tract genito-urinar
C. Tract respirator inferior (inclusiv proceduri din sfera otorinolaringologiei si bronhoscopiei)
D. Sistem nervos
E. Sistem muscular

44. Din categoria cefalosporinenelor fac parte:
A. Ertapenem
B. Meropenem
C. Cefuroxim oral
D. Cafotaxim
E. Ciprofloxacină

45. Din categoria glicopeptide și lipoglicopeptide fac parte:
A. Azitromicina
B. Eritromicina
C. Doxiciclina
D. Teicoplanina
E. Vancomicina

46. Cefalosporinele:
A. Sunt superioare penicilinelor
B. Activitatea lor se extinde asupra multor bacterii Gram-negative și Gram-pozitive cu excepția enterococilor și a bacteriilor Gram-negative anaerobe
C. Toxicitatea nu este asemănătoare cu cea a penicilinelor
D. Sunt inferioare penicilinelor
E. Ceftarolina și Ceftobiprol sunt active împotriva MRSA

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

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

49. Tetraciclinele:
    A. Sunt medicamente bacteriostatice care posedă patru nuclee de hidronaftcen
    B. Sunt medicamente bacteriostatice care posedă trei nuclee de hidronaftcen
    C. Tigeciclina este o glicilciclină injectabilă care este înrudită structural cu tetraciclinele
    D. Inhibă sinteza proteinelor
    E. Prezintă neurotoxicitate

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

51. Staphylococcus aureus rezistent la meticilină:
    A. Zeci de ani, tratamentul de primă intenție a fost vancomicina intravenos
    B. Pentru o eficiență terapeutică maxima sunt necesare niveluri de 15-20 mg/L
    C. O alternative la tratamentul intravenos cu vancomicină este linezolidul
    D. Tratamentul empiric cuprinde doar clindamicina
    E. Tratamentul empiric cuprinde doar cefalosporinele

RĂSPUNSURI CAP. IX - BOLI INFECȚIOASE

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

CAP. X - DERMATOLOGIE

1. *Reacții de hipersensibilitate la nivelul pielii:
   A. Reacția de hipersensibilitate tip I este determinată de activitatea limfocitelor
   B. Reacția de hipersensibilitate tip IV determinată de degranularea mastocitară
   C. Reacția de hipersensibilitate tip IV apare la primul contact cu alergenul
   D. Manifestarea cutanată din cadrul reacției de hipersensibilitate tip IV este asemănătoare rujeolei
   E. Reacția de hipersensibilitate tip I apare la scurt timp după expunerea la alergen și ține câteva zile

2. *Erupția din cadrul reacțiilor de hipersensibilitate la nivelul pielii:
   A. Au formă bine definită atunci când este o cauză externă
   B. Au formă bine definită atunci când au o cauză internă
   C. Au o distribuție imprecis delimitată, difuză când este o cauză externă
   D. Printre cauzele frecvente ale dermatitei alergice de contact se numără salcâmul
   E. În dermatita de contact erupția eritematoasă are dispoziție circinată

3. *Necroliza epidermică toxică (epidermoliza necrotică toxică):
   A. Cea mai ușoară formă de reacție de hipersensibilitate
   B. Leziunile cuprind <30% din suprafața corporală
   C. Decolarea este superficială, limitată la nivelul extremităților
   D. Debutează ca o erupție eritematoasă generalizată care progresează spre decolări cutanate extinse și formare de eroziuni
   E. Analizele de laborator evidențiază scăderea numărului de mastocite, scăderea hemoglobinei, scăderea hematocritului

4. *Care dintre următoarele nu este considerată tumoră malignă cutanată:
   A. Keratoza actinică
   B. Carcinomul scuamocelular
   C. Carcinomul bazocelular
   D. Melanomul
   E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte

5. *Celule din care se dezvoltă carcinomul bazocelular sunt?
   A. Celulele epidermice scuamoase
   B. Celulele epidermice bazale
   C. Celulele epidermice granuloase
   D. Celulele epidermice cornoase
   E. Celulele epidermice jonctionale

6. *Reacții de hipersensibilitate la nivelul pielii:
   A. Reacția de hipersensibilitate tip I este determinată de activitatea limfocitelor
   B. Reacția de hipersensibilitate tip IV determinată de degranularea mastocitară
   C. Reacția de hipersensibilitate tip IV apare la primul contact cu alergenul
   D. Manifestarea cutanată din cadrul reacției de hipersensibilitate tip IV este asemănătoare rujeolei
   E. Reacția de hipersensibilitate tip I apare la scurt timp după expunerea la alergen și ține câteva zile

7. *Erupția din cadrul reacţiilor de hipersensibilitate la nivelul pielii:
   A. Au formă bine definită atunci când este o cauză externă
   B. Au formă bine definită atunci când au o cauză internă
   C. Au o distribuţie imprecis delimitată, difuză când este o cauză externă
   D. Printre cauzele frecvente ale dermatitei alergice de contact se numără salcâmul
   E. În dermatita de contact erupţia eritematoasă are dispoziție circinată

8. *Necroliza epidermică toxică (epidermoliza necrotică toxică):
   A. Cea mai ușoară formă de reacţie de hipersensibilitate
   B. Leziunile cuprind <30% din suprafaţa corporală
   C. Decolarea este superficială, limitată la nivelul extremităților
   D. Debutează ca o erupţie eritematoasă generalizată care progresează spre decolări cutanate extinse şi formare de eroziuni
   E. Analizele de laborator evidențiază scăderea numărului de mastocite, scăderea hemoglobinei, scăderea hematocritului

9. *Pemfigusul vulgar este o afectiune autoimuna caracterizată de apariția unor anticorpi împotriva:
   A. Hipodermului
   B. Dermului reticular
   C. Dermului papilar
   D. Membranei bazale
   E. Epidermului

10. Pemfigoidul bulos poate fi tratat cu:
   A. AINS
   B. Iradiere medulară
   C. Corticosteroizi
   D. Ciclofosfamidă
   E. Azatioprină

11. Factori de risc pentru dezvoltarea porfiriei cutanate tardive (dobândite)
    A. Abuz de droguri intravenoase
    B. Alcoolism
    C. Fumatul
    D. Supraîncărcare cu fier
    E. Tratament cu estrogeni

12. Semne clinice ale profiriei cutanate tardive:
    A. Leziuni în regiunea inghinală și interfesier
    B. Hipertricoză generalizată
    C. Cicatrici postlezionale
    D. Leziuni pe față
    E. Piele hiperpigmentată

13. Paraclinic porfiria cutanată tardivă este caracterizată de:
    A. Analizele renale modificate.
    B. Analizele hepatice modificate.
    C. Porfirină plasmatică crescută.
    D. Porfirine urinare scăzute.
    E. Porfirine urinare crescute.

14. Identificați afecțiunile caracterizate prin formarea de bule:
    A. Psoriazisul bulos
    B. Pemfigusul vulgar
    C. Pemfigoidul bulos
    D. Sindromul Stevens-Johnson
    E. Dermatita seboreică

15. În tratamentul profiriei cutanate tardive se recomanda evitarea:
    A. Sării
    B. Zaharului
    C. Soarelui
    D. Tutunului
    E. Estrogenilor

16. Tratamentul profiriei cutanate tardive:
    A. Corticosteroizi
    B. AINS
    C. Hidroxiclorochină

D. Fotoprotecție
E. Flebotomie

17. Care dintre următoarele sunt considerate tipuri de melanom cutanat?
A. Nodular
B. Extensiv in suprafață
C. Extensiv in profunzime
D. Lentigo malign
E. Acral lentiginos

18. Care dintre afirmațiile referitoare la carcinomul bazocelular sunt adevărate?
A. Factorul de risc cel mai frecvent incriminat in aparitia acestui cancer este reprezentat de expunerea la soare
B. Clinic se caracterizează prin apariția unei papule perlate cu vascularizatie fină la suprafață și ulcerație centrală
C. Tratamentul recomandat este utilizarea de 5-fluorouracil topic sau imiquimod, crioterapie
D. Tratamentul recomandat este excizie chirurgicală, excizie Mohs, radioterapie sau crioterapie
E. Metastazează frecvent

19. Care dintre afirmațiile următoare sunt false legete de keratoza actinică?
A. Este o papulă eritemato-scuamoasă rugoasă, localizată la nivelul zonelor expuse la soare
B. În evoluţie leziunile pot sângera, pot ulcera sau pot deveni dureroase
C. Biopsia evidenţiază epiteliu displazic
D. Biopsia evidenţiază celule epidermice anaplastice care se extind în profunzime până în derm
E. Riscul de evoluţie spre carcinom scuamocelular este 0,1%/an

20. Care dintre următoarele reprezintă factori de risc petru apariția melanomului?
A. Expunerea la soare
B. Numarul mare de nevi
C. Istoric familial de melanom
D. Tenul închis la culoare
E. Tenul deschis la culoare

21. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate referitor la melanomul extensiv în suprafață?
A. Este unul dintre tipurile rare de melanom

B. Este cel mai frecvent tip de melanom
C. Se extinde inițial în suprafață înainte de a se extinde în profunzime
D. Afectează palmele și tălpile
E. Crește doar vertical

22. Tratamentul recomandat în cazul pacienților cu melanom este?
A. excizie chirurgicală cu margini de siguranță de 0,5 cm margine dacă este in situ,
B. excizie chirurgicală cu margini de siguranță de 1 cm margine dacă <2 mm grosime,) eventual disecţie a ganglionilor limfatici
C. excizie chirurgicală cu margini de siguranță de 1,5 cm margine dacă <2 mm grosime,
D. excizie chirurgicală cu margini de siguranță de 2 cm margine dacă >2 mm grosime
E. chimioterapie şi radioterapie dacă există metastaze

23. Care dintre următoarele afirmații referitoare la carcinomul scuamocelular sunt adevărate?
A. Factorii de risc principali incriminați sunt expunerea la soare, keratozele actinice, tenul dechis la culoare, rănile cronice, cicatrici
B. biopsia evidenţiază celule epidermice anaplastice care se extind în profunzime până în derm
C. tratamentul este excizia chirurgicalăexcizia Mohsse recomandă în special pentru leziuni localizate la nivelul feţei radioterapia poate fi de ajutor în cazul tumorilor mari
D. tratamentul de elecție constă în aplicații de 5-fluorouracil topic sau imiquimod sau crioterapie
E. evoluţia tumorii este lentă, dar poate ajunge la dimensiuni mari până în momentul diagnosticului dacă este localizată într-o zonă greu de observat (spate, scalp)

24. Tratament recțiilor de hipersensibilitate la nivelul pielii include:
A. Îndepărtarea agentului declanşator sau oprirea contactului cu alergenul
B. Cazurile uşoare pot fi tratate cu corticosteroizi topici şi antihistaminicec
C. Cazurile uşoare pot fi tratate cu corticoizi orali
D. Corticosteroizii orali pot fi necesari la debutul leziunilor
E. Epinefrina este indicată în cazuri grave în care se produce angioedem al căilor respiratorii şi/sau anafilaxie

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

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

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

28. Leziunile cutanate din psoriasis:
    A. Sunt plăci eritematoase bine delimitate
    B. Au scuame argintii pe zonele de flexie
    C. Sângerează usor la îndepărtarea scuamei (semnul Auschwitz)
    D. Se pot asocial pustule și vezicule
    E. Asociază pittingul unghial (leziuni punctiforme ale lamelor unghiale)

29. Tratamentul psoriazisului constă în:
    A. Emolienţi
    B. Corticosteroizi topici
    C. Fototerapie
    D. Ciclosporina în formele ușoare
    E. Metotrexat

30. Eritem nodos:
    A. Inflamaţia dermului şi a ţesutului adipos rezultând noduli eritematoşi, dureroşi
    B. Cel mai frecvent este localizat la nivelul coapsei anterioare
    C. Cauzat de reacţia imunologică de tip întârziat la infecţii, boli autoimune de ţesut conjuctiv, boli inflamatorii intestinale sau medicamente
    D. Nodulii eritematoşi nu sunt dureroşi la atingere
    E. Biopsia pielii poate evidenţia fibroză în ţesutul gras subcutanat (paniculită)

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

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

32. Cauze frecvente ale dermatitiei de contact:
A. Țelina și morcovii
B. Nichel
C. Săpun
D. Latex
E. Ciment

33. Virsul varicelo-zosterian este agentul etiologic în:
A. Verucă vulgară
B. Condilom
C. Varicelă
D. Orf
E. Zona Zoster

34. Factori care agravează acneea:
A. Utilizarea diureticelor
B. Utilizarea corticosteroizilor
C. Utilizarea antiaritmicelor
D. Excesul de hormoni tiroidieni
E. Excesul de hormoni androgeni

35. *Cea mai mare prevalenţă a ITS se întâlnește:
A. La pacienții de vârstă medie
B. La persoanele heterosexuale
C. În rândul populațiilor tinere
D. În rândurile persoanelor cu parteneri stabili
E. La persoanele care folosesc regulat prezervativul

36. *Probe de laborator necesare examenului microbiologic:
A. Probele endocervicale se recoltează prin introducerea dispozitivului de recoltare câţiva centimetri în colul uterin
B. Probele endocervicale se recoltează după îndepărtarea mucusului în exces
C. Dispozitivul de recoltare a probelor endocervicale se introduce prin miscări înainte-înapoi

D. Recoltarea probelor endocervicale se face prin rotirea dispozitivului timp de 1-5 secunde
E. Probele vaginale se obţin prin rotirea dispozijivului de recollare 10-15 secunde la nivelul fornixului anterior al vaginului

37. *Pachetul minim de investigaţii în cazul unei persoane asimptomatice cuprinde testarea pentru infecţia cu:
A. Chlamydia trachomatis
B. Candida albicans
C. Trichomonas vaginalis
D. Lactobacilii Doderlein
E. Escherichia coli

38. *Principala complicaţie asociată infecţiei cu Chlamydia trachomatis este:
A. Vaginoza
B. Uveită
C. Boala inflamatorie pelvină (ce poate determina infertilitate tubară)
D. Uretrită
E. Rectocolită (cu scaune moi și sângerări masive)

39. *Cea mai mare prevalenţă a ITS se întâlnește:
A. La pacienții de vârstă medie
B. La persoanele heterosexuale
C. În rândul populațiilor tinere
D. În rândurile persoanelor cu parteneri stabili
E. La persoanele care folosesc regulat prezervativul

40. *Probe de laborator necesare examenului microbiologic:
A. Probele endocervicale se recoltează prin introducerea dispozitivului de recoltare câţiva centimetri în colul uterin
B. Probele endocervicale se recoltează după îndepărtarea mucusului în exces
C. Dispozitivul de recoltare a probelor endocervicale se introduce prin miscări înainte-înapoi
D. Recoltarea probelor endocervicale se face prin rotirea dispozitivului timp de 1-5 secunde
E. Probele vaginale se obţin prin rotirea dispozijivului de recollare 10-15 secunde la nivelul fornixului anterior al vaginului

41. *Pachetul minim de investigaţii în cazul unei persoane asimptomatice cuprinde testarea pentru infecţia cu:

A. Chlamydia trachomatis
B. Candida albicans
C. Trichomonas vaginalis
D. Lactobacilii Doderlein
E. Escherichia coli

42. *Principala complicaţie asociată infecţiei cu Chlamydia trachomatis este:
A. Vaginoza
B. Uveită
C. Boala inflamatorie pelvină (ce poate determina infertilitate tubară)
D. Uretrită
E. Rectocolită (cu scaune moi și sângerări masive)

43. *Șancroidul are o perioadă de incubație de:
A. 1-4 zile
B. 4-7 zile
C. 7-10 zile
D. 10-14 zile
E. 14-21 zile

44. *Lypmhogranuloma venerul este o ITS determinată de serotipuri invazive de:
A. Trichomonas vaginalis
B. Chlamydia trachomatis
C. Candida albicans
D. Lactobacili Doderlein
E. Escherichia coli

45. *Terapia primoinfecției herpetice genitale:
A. Aciclovir 400 mg de trei ori pe zi, 14 zile
B. Valaciclovir 500 mg de două ori pe zi 7 zile
C. Famciclovir 250 mg de trei ori pe zi 5 zile
D. Valaciclovir 500 mg de două ori pe zi 10 zile
E. Famciclovir 250 mg de trei ori pe zi 7 zile

46. *Condiloamele acuminate au o incubație lungă, durata medie este de:
A. 1 lună
B. 2 luni
C. 3 luni
D. 4 luni
E. 5 luni

47. *Neisseria gonorrhoeae poate fi tratată cu o doză unică de:
    A. Moldamin 1,200 000 UI i.m
    B. Cefepim 1g i.m
    C. Ceftriaxonă 1g i.m.
    D. Imipenem 500 mg i.m
    E. Meropenem 250 mg i.m

48. *Infecția cu Neisseria gonorrhoeae poate fi deseori asociată cu:
    A. Trichomonas vaginalis
    B. Chlamydia trachomatis
    C. Candida albicans
    D. Lactobacili Doderlein
    E. Escherichia coli

49. *Poate să apară o ulcerație genitală în:
    A. Sifilis primar și secundar
    B. Sifilis secundar și terțiar
    C. Sifilis primar și terțiar
    D. Sifilis secundar și congential precoce
    E. Nici una dintre variante nu este corecta

50. *Care dintre unrmatoarele boli NU este cauză a formațiunilor nodulare genitale
    A. Papillomavirusul uman
    B. Molluscum contagiosum
    C. Sarcoptes scabiei
    D. Treponema pallidum
    E. Phtirus Pubis

51. Tabloul clinic al infecției cu Chlamydia trachomatis cuprinde:
    A. La bărbaţi uretrite anterioare,disurie, epididimo-orhită
    B. La bărbați durere la nivelul flancului drept
    C. La femei leucoree crescută, disurie,
    D. La femei sângerare intermenstruală sau postcoitală şi durere la nivelul abdomenului inferior
    E. Febră înaltă (39ºC-40ºC) atât la femei, cât și la bărbați

52. Identificați cauzele pruritului genital:
    A. Neisseria Gonorrhoeae

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

53. Identificați etiologii neinfecțioase ale pruritului genital:
A. Insuficiență renală cronică
B. Dermatită iritativă de contact
C. Eczemă genitală
D. Lichen scleros
E. Lichen plan

54. Investigații de laborator care se pot recomanda în caz de prurit genital:
A. Examenul micoscopic direct al secreţiei vaginale pentru diagnosticul de candidoză şi infecţie cu Trichomonas vaginalis
B. Biopsie pentru diagnosticului psoriazisului inversat.
C. Teste de amplificare a acizilor nucleici (NAAT)
D. Cultură pentru infecţia cu Trichomonas vaginalis
E. Serologie pentru sifilis şi infecţie HIV

55. Trichomoniaza:
A. Este cauzată de Trichomonas vaginalis
B. La femei, cele mai frecvente manifestări sunt reprezentate de secreţie vaginală abundentă, purulentă, cu miros neplăcut
C. La bărbaţi, majoritatea cazurilor sunt asimptomatice, deşi şi aceştia pot manifesta secreţie uretrală, iritaţie şi disurie
D. Cultura din secreții este investigația de elecție pentru diagnosticul infecției cu Trichomonas vaginalis
E. Tratamentul de elecţie este reprezentat de metronidazol 400 mg de două ori pe zi, timp de 7 zile

56. Treponema pallidum:
A. Este o spirochetă imobilă
B. Infecția se produce prin contact direct cu o leziune infecţioasă
C. Creşte în culturi pe medii obisnuite
D. Poate fi identificată în microscopie în câmp întunecat din secreţii prelevate din şancru sau condiloame late
E. Majoritatea laboratoarelor utilizează un test imunoenzimatic treponemic pentru a detecta lgG şi lgM ca testare screening

57. Testele treponemice:
    A. Rămân pozitive toată viaţa
    B. Nu sunt foarte specifice pentru boala treponemică
    C. Includ testul TPHA (T. pallidum haemagglutination assay)
    D. Includ testul TPPA (T. pallidum partide agglutination assay)
    E. Fac diferenţa între o infecţie tratată şi reinfecţie

58. Tabloul clinic al sifilisului primar cuprinde:
    A. O ulcerație nedureroasă fermă
    B. Limfdenopatie regional dureroasă
    C. Simptomele apar între 9 şi 90 de zile de la expunere
    D. Leziunile se vindecă spontan în 8-10 săptămâni
    E. Vindecarea survine în urma tratamentului în 2-6 săptămâni

59. Sifilisul secundar:
    A. Apare în 75% din cazurile de sifilis primar netratat
    B. Apare după o perioadă cuprinsă între 6 şi 10 săptămâni de la contactul cu spirocheta
    C. Apare după o perioadă cuprinsă între 6 şi 10 săptămâni de la devoltarea leziunii primare
    D. Orice organ poate fi afectat (hepatita, nefrita, artrita, meningita, uveita, keratita interstiţială şi afectarea retiniană)
    E. Semnele frecvente includ erupţie cutanată extinsă, limfadenopatie generalizată, condiloame late, leziuni ale cavității bucale și organele genitale

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

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

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

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

64. Întrebări care ajută la diferenţierea cauzelor formațiunilor nodulare genitale:
    A. Unde sunt localizate formaţiunile nodulare? Leziunile sunt unice sau multiple?
    B. Sunt pruriginoase sau dureroase?
    C. De cât timp sunt prezente?
    D. Ce medicamente ați luat în ultima lună?
    E. Există alţi noduli sau erupţii în alte zone ale pielii?

65. Tratmentul infecției cu Molluscum contagiosum în sarcină
    A. Crioterpie
    B. Podofilotoxină cremă
    C. Imiquimod cremă
    D. Descurajarea îndepărtării părului pubian
    E. Notificarea parterenerilor sexuali

66. Referitor la primoinfecție cu herpes simplex (VHS) în sarcină:
    A. Are cel mai mare risc de transmitere către făt în primul trimestru.
    B. Dacă apare în decursul primului trimestru se recomanda avort.
    C. Dacă apare în decursul ultimului trimestru se recomandă cezariană.
    D. Mamele care fac boala în ultimul trimestru vor continua terapie cu Aciclovir până la naștere
    E. Dacă infecția apare în trimestrul 2, terapia antivirală elimină necesitatea cezarienei

67. Semne frecvente ale sifilisului secundar:

A. Erupţie cutanată extinsă (prezentă în 25% din cazuri), ce poate afecta întreg corpul, inclusiv palmele si plantele - tipic, o erupţie maculo-papuloasă, nepruriginoasă, de culoare arămie
B. Limfadenopatie generalizată (prezentă în 50% din cazuri)
C. Condiloame late - plăci umede, verucoase, localizate perianal şi în alte zone anatomice cu umiditate crescută
D. Erupţie cutanată extinsă (prezentă în 75% din cazuri), ce poate afecta întreg corpul, inclusiv palmele si plantele - tipic, o erupţie maculo-papuloasă, nepruriginoasă, de culoare arămie
E. Leziuni mucoase la nivelul cavității bucale şi organelor genitale sub formă de plăci mucoase individuale sau confluente, formând ulcerații „în urmă de melc”

68. Unde se recomandă testarea universală HIV (Servicii în care toți pacienții ar trebui să fie testați)?
A. Serviciul UPU pentru toți pacienții sub 40 de ani
B. Centrele de detenție
C. Clinicile de ginecologie
D. Personalul adminstrativ în spitale
E. Servicii unde se practică întreruperi de sarcină

69. Complicațiile hematologice ale infecției HIV:
A. Limfocitoza progresează odată cu creşterea numărului de limfocite CD4.
B. Anemia din infecţia HIV este de obicei uşoară, normocromă, normocitară
C. Neutropenia este frecventă şi, de obicei, uşoară
D. Trombocitoza izolată poate apărea precoce în infecţia HIV şi poate fi singura manifestare a bolii pentru o perioadă de timp. Numărul de trombocite este de obicei moderat crescut, dar poate crește dramatic până la 50-80 x 109/L, producând tromboze spontane şi ocluzii arteriale
E. Pancitopenia este cauzată de infecţii oportuniste subiacente, în special M. avium-intracellulare (MAI) şi infecţia diseminată cu virus citomegalic sau de neoplazii (limfoame)

70. Complicațiile renale ale infecției HIV:
A. Nefropatia asociată infecţiei HIV
B. Hipertensiune arteriala secundar nefrotoxicității.
C. Nefropatie cu lgA
D. micro-angiopatia trombotică (TMA)
E. toxicitate medicamentoasă a tratamentelor

71. Referitor la infecția HIV în sarcină:

A. Rata de transmitere generală de la mamă la făt este de aproximativ 10%
B. Tratamentul poate să reducă rata de transmitere până la 1%
C. Alăptarea este activ încurajată dacă mama este sub tratament ARV
D. Cezariana reduce riscul de transmitere al infecției
E. Nou născutul trebuie să primească tratament cu Zidovudină sirop

72. Profilaxia post-expunere în HIV:
A. Personalul medical care a fost expus la HIV trebuie să primească profilaxie în decurs de 24 de ore.
B. Profilaxia nu este recomandată în cazul unui pacient HIV tratat, cu încărcătura virală nedetectabilă (<200 copii ARN HIV/ mL)
C. Profilaxia postexpunere se face cu monoterapia uzuală.
D. Profilaxia post-expunere se face pe o durată de 4 săptămâni.
E. Riscurile tratamentului profilactic sunt neglijabile.

73. Infecții fungice specifice asociate cu infecția HIV
A. Amanitoza
B. Criptococoza
C. Histoplasmoza
D. Sporotricoza
E. Infecția cu pneumocystis jirovecii

74. Sarcomul Kaposi la persoanele infectate cu HIV:
A. Se manifestă mai agresiv decât la personele neinfectate.
B. Terapia ARV nu influențează apariția sarcomului Kaposi probabil pe fondul unei sensibilități particulare la infecții HHV
C. Virusul herpetic uman HHV-8 este implicat în patogenia sarcomului Kaposi
D. Poate să apară la nivelul ochilor
E. Poate să apară la nivel visceral

75. Inhibitori de revers-transcriptaza nocleozidici/nocleotidici (INRT) utilizați în tratamentul HIV:
A. Elvitegravir
B. Tenofovir
C. Abacavir
D. Lamivudină
E. Maraviroc

76. Inhibitori non-nucleozidici de revers-transcriptază (INNRT) utilizați în tratamentul HIV:
A. Enfuviritide

B. Efavirenz
C. Etravirină
D. Elvitegravir
E. Emtricitabină

77. Inhibitori de integrază (INSTI) utilizați în tratamentul HIV:
A. Rilpivirină
B. Raltegravir
C. Darunavir
D. Dolutegravir
E. Maraviroc

78. Semne și simptome relevante pentru diagnosticul de infecție HIV acută:
A. Febră
B. Tuse
C. Mialgii
D. Oboseală accentuată
E. Diaree

79. Semne și simptome relevante pentru diagnosticul de infecție cu transmitere sexuală (ITS)
A. Febră
B. Secreție uretrală
C. Secreție vaginală
D. Adenopatie inghinală
E. Simptome rectale

80. Primele trei cele mai frecvente infecții cu transmitere sexuală la nivel mondial în Anglia în 2018 au fost:
A. Gonoreea
B. Chlamydia
C. Herpes genital
D. Vegetații veneriene
E. HIV

81. Tratamentul uretritei non gonococice:
A. Administrare Moldamin 2 400 000 UI i.m
B. Administrare Doxiciclina 100 mg oral de două ori pe zi timp de 7 zile.
C. Abstinența sexuală până la proba negativă
D. Se recomandă testarea tuturor partenerilor sexuali

E. Controlul medical după tratament este indicat în caz de infecție cu Chlamydia trachomatis

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

83. N.Gonorrhoeae poate infecta:
A. Uretra
B. Colul uterin
C. Conjunctiva
D. Sinusurile
E. Rectul

84. Tratamentul infecției cu Chlamydia Trachomatis fără complicații:
A. Ceftriaxonă 1 g i.m doză unică
B. Azitrimicină 1g doză unică
C. Azitromicină 1g urmată de 500 mg 2 zile
D. Doxiciclină 100 mg de două ori pe zi 10 zile
E. Doxiciclină 100 mg de două ori pe zi 7 zile

85. Boala inflamatorie pelvină poate fi cauzată de:
A. Mycoplasmagenitalium
B. Chlamydiatrachomatis
C. Treponema pallidum
D. HIV
E. Neisseriagonorrhoeae

RĂSPUNSURI CAP. X – DERMATOLOGIE

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

CAP. XI - PSIHIATRIE

1. *Care dintre următoarele simptome ale schizofreniei conferă bolii un prognostic mai prost?
   A. Delirurile
   B. Halucinaţiile
   C. Simptomele negative
   D. Comportamentul catatonic
   E. Gândirea dezorganizată

2. *Care dintre următoarele antidepresive face parte din clasa inhibitorilor selectivi ai recaptării serotoninei?
   A. Escitalopram
   B. Trazodonă
   C. Amitriptilină
   D. Mirtazapină
   E. Bupropion

3. *Care dintre următoarele simptome apare în episodul maniacal?
   A. Anorexia
   B. Necesarul redus de somn
   C. Barajul mental
   D. Aplatizarea afectivă
   E. Dificultatea de a lua decizii

4. *Tulburarea de panică se manifestă prin:
   A. Atacuri de panică recurente ca răspuns la anumite evenimente stresante de viaţă
   B. Atacuri de panică recurente în situaţiile sociale în care individul este expus evaluării
   C. Atacuri de panică recurente legate de frica de a nu deveni supraponderal
   D. Atacuri de panică recurente imprevizibile
   E. Atacuri de panică recurente legate de amintirea unei traume psihologice

5. *Care dintre următoarele trăsături caracterizează cel mai bine persoanele cu tulburare de personalitate de tip antisocial?
   A. Incapacitatea de a lega relaţii apropiate
   B. Neîncrederea persistentă şi suspiciunea faţă de alţii
   C. Comportamentul agresiv faţă de oameni şi animale
   D. Tendinţa de a-i vedea pe ceilalţi ca fiind integral buni sau integral răi
   E. Retragerea socială

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

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

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

9. Care dintre următoarele afirmaţii despre tulburarea delirantă sunt corecte?
   A. Tulburarea delirantă se caracterizează clinic prin prezenţa unuia sau mai multor deliruri
   B. Durata simptomelor nu depăşeşte o lună
   C. Durata simptomelor depăşeşte o lună
   D. Prezenţa halucinaţiilor este obligatorie pentru diagnostic
   E. Tulburarea delirantă se caracterizează clinic prin prezenţa dezorganizării în gândire şi vorbire

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

11. Care dintre următoarele simptome sunt întâlnite în tulburarea depresivă majoră cu simptome atipice?
    A. Hiperfagia
    B. Hipersomnia
    C. Lipsa reactivităţii afective
    D. Halucinaţiile şi delirurile
    E. Mania

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

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

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

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

16. Care dintre următoarele strategii terapeutice sunt utilizate în tulburarea de panică?

A. Benzodiazepine cu efect rapid şi timp de înjumătăţire scurt
B. Inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei
C. Inhibitori ai monoaminoxidazei (IMAO)
D. Terapie cognitiv-comportamentală
E. Inhibitori ai recaptării noradrenalinei şi dopaminei

17. Care dintre următoarele afirmaţii despre tulburarea de anxietate generalizată sunt corecte?
A. Anxietatea sau îngrijorarea sunt continue şi excesive
B. Durata simptomelor depăşeşte 6 luni de zile
C. Capacitatea de funcţionare a persoanei este afectată
D. Anxietatea sau îngrijorarea sunt în legătură cu defecte percepute în aspectul fizic
E. Anxietatea sau îngrijorarea se referă la prezenţa unei boli grave deşi nu există simptome somatice semnificative

18. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la obsesii sunt adevărate?
A. Obsesiile sunt gânduri sau impulsiuni intruzive, persistente şi recurente
B. Obsesiile sunt comportamente sau acte mentale repetitive
C. Obsesiile se însoţesc de egodistonie
D. Obsesiile se însoţesc de egosintonie
E. Obsesiile sunt credinţe false despre sine şi alte persoane care persistă în ciuda dovezilor contrarii

19. Care dintre următoarele simptome evocă tulburarea de stres posttraumatic?
A. Reexperimentarea prin amintiri intruzive şi vise neplăcute recurente a evenimentului traumatizant
B. Evitarea circumstanţelor asociate evenimentului traumatizant
C. Sentimentul de detaşare emoţională
D. Delirurile
E. Halucinaţiile

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

21. Care dintre situaţiile clinice de mai jos sunt complicaţii ale anorexiei nervosa?
A. Dezechilibrele electrolitice

B. Bulimia
C. Aritmiile ventriculare
D. Halucinaţiile pe câmp de conştienţă clar
E. Atacurile de panică

22. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la bulimia nervosa sunt corecte?
A. Aportulcaloric crescut se produce într-o perioadă scurtă de timp
B. Aportulcaloric crescut se produce într-o perioadă lungă de timp
C. Comportamente compensatorii de purgaţie, restricţie calorică sau activitate fizică excesivă
D. Persoana menţine ogreutate normală
E. Persoana menţine o greutate sub limita normală

23. Care dintre următoarele trăsături specifice de personalitate se regăsesc la indivizii cu tulburare de personalitate de tip paranoid ?
A. Neîncredere şi suspiciune în legătură cu alte persoane
B. Labilitate emoţională
C. Comportament seducător şi teatral inadecvat
D. Interpretarea greşită a comentariilor şi acţiunilor altor persoane
E. Agresivitate faţă de oameni, distrugere de bunuri şi activităţi ilicite

24. Care dintre următoarele trăsături specifice de personalitate se regăsesc la individzii cu tulburare de personalitate de tip borderline ?
A. Instabilitate a dispoziţiei afective şi în plan relaţional
B. Impulsivitate
C. Perfecţionism
D. Sentimente de gol interior
E. Aroganţă

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

26. Care dintre următoarele simptome şi semne apar în sevrajul alcoolic ?
A. Greaţă, vărsături, transpiraţii
B. Delir, halucinaţii tactile, anxietate şi tremurături

C. Delirium, halucinaţii tactile, anxietate şi tremurături
D. Crampe stomacale şi mialgii
E. Depresie, halucinaţii olfactive şi tremurături

27. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la abuzul de amfetamine sunt corecte?
A. Intoxicaţia cu amfetamine se manifestă prin hiperactivitate, midriază, tahicardie şi HTA
B. Intoxicaţia cu amfetamine se manifestă prin sedare, vorbire neclară şi reducerea coordonării mişcărilor
C. Psihoza poate apărea atât în intoxicaţia acută cât şi în utilizarea cronică
D. Sevrajul la amfetamine se manifestă prin depresie şi creşterea apetitului alimentar
E. Sevrajul la amfetamine se manifestă prin euforie, grandiozitate şi midriază

28. Care dintre următoarele afirmaţii referitoare la abuzul de opioizi sunt corecte?
A. Intoxicaţia cu opioizi se manifestă prin impulsivitate şi agresivitate
B. Intoxicaţia cu opioizi se manifestă prin euforie, miază şi scăderea nivelului de vigilitate
C. Sevrajul la opioizi se manifestă prin mialgii, vărsături, diaree şi anxietate
D. Sevrajul la opioizi se manifestă prin constipaţie, miază şi anxietate
E. Consumul cronic de opioizi poate duce la apariţia psihozei

RĂSPUNSURI CAP. XI - PSIHIATRIE

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

CAP. XII - CHIRURGIE

1. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
   A. Vascularizația arterială a stomacului este asigurată de artera mezenterică superioară
   B. Vascularizaţia arterială a stomacului cuprinde arterele gastrice dreaptă şi stângă, arterele gastroepiploice dreaptă şi stângă, arterele gastrice scurte şi artera gastroduodenală
   C. Artera gastrică dreaptă împreuna cu gastric stangă formează artera mezenterică superioară
   D. Vasele gastrice scurte vascularizează mica curbură gastrică.
   E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte

2. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
   A. Vascularizaţia duodenului provine, în primul rând, din artera gastroepiploică dreaptă si mezenterică inferioară
   B. Vascularizaţia duodenului provine, în primul rând, din artera gastroduodenală şi artera mezenterică superioară
   C. Duodenul este un segment al tubului digestiv situat în mare parte retroperitoneal, de 25-30 cm, care leagă stomacul de jejun.
   D. Duodenul se continuă cu jejunul la ligamentul lui Treitz, unde intestinul subţire devine un organ extraperitoneal
   E. Din punct de vedere anatomic duodenul este împărțit în 3 segmente

3. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
   A. Inervaţia parasimpatică, a stomacului se realizează prin nervii vagi
   B. Vagul drept trimite o ramură posterioară spre plexul celiac
   C. Vagul stang trimite o ramură posterioară spre plexul celiac
   D. Vagul stâng trimite o ramură hepatică care trece prin ligamentul gastrohepatic şi inervează vezica biliară, tractul biliar şi ficatul.
   E. Inervaţia simpatică, a stomacului se realizează prin nervii vagi

4. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
   A. Aproximativ 50% din cancerele de stomac sunt adenocarcinoame
   B. Factorii de risc importanţi pentru adenocarcinomul gastric includ infecţia cu H. *pylori,* anemia pernicioasă, achlorhidria, polipii adenomatoşi gastrici şi gastrita cronică
   C. Carcinoamele gastrice polipoide sunt de departe cele mai frecvente
   D. Linita plasticăeste termenul utilizat pentru a descrie cancerele gastrice care infiltrează superficial poţiuni din peretele gastric
   E. Toate variantele de mai sus sunt adevărate

5. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
   A. Cancerele gastrice în stadiile incipiente sunt întodeauna simptomatice
   B. Simptome specifice în cancerele gastrice incipiente sunt disfagia, hematemeza, melena
   C. Palparea unei formaţiuni tumorale epigastrice indică o neoplazie avansată local
   D. Endoscopia digestivă superioară are indicație doar în cazul pacienților tineri
   E. Ecografia endoscopică este superioară endoscopiei digestive superioare în diagnosticul cancerului gastric

6. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
   A. Gastrectomia totală este necesară fie pentru leziuni distale întinse, fie pentru tumori proximale
   B. Rezecţia chirurgicală radicală pentru vindecarea adenocarcinomului gastric este efectuată în cazul bolii localizate
   C. Sistemul de stadializare oncologic Dukes este utilizat pentru stadializarea clinică preoperatorie
   D. Chimioterapia pre şi postoperatorie, cu sau fără radioterapie, ca adjuvant la o intervenţie chirurgicală nu are eficacitate demonstrată
   E. Pentru leziunile distale, intervenția electivă este gastrectomia subtotală radicală

7. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
   A. Laparoscopia este utilă în stadializare, în cazul apariției metastazelor la nivel peritoneal
   B. Laparoscopia exploratorie este utilă doar în cazurile incipiente de carcinom gastric
   C. În cazul efectuarii laparoscopiei, biopsia este contraindicată, datorită riscului de sângerare
   D. Orice leziune suspectă depistată in momentul laparoscopiei este biopsiată
   E. Sistemul de stadializare TMN este utilizat în cancerul gastric

8. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
   A. Stomacul reprezintă principala localizare pentru aproape două treimi din toate limfoamele gastrointestinal
   B. Tipul de limfom predominant este cel Hodgkin
   C. Endoscopia cu biopsie tisulară stabileşte diagnosticul de limfom
   D. Când leziunea este limitată la stomac, supravieţuirea la 5 ani după rezecţie se poate apropia de 100%
   E. Simptome specific in limfomul gastric sunt reprezentate de dureri în etajul abdominal superior, scădere ponderală inexplicabilă, oboseală şi sângerare

9. Precizați care dintre următoarele afirmații cu privire la GIST-uri sunt adevărate:
   A. GIST-urile se comportă întodeauna ca tumori maligne

B. Evaluarea implică, de obicei, endoscopia digestivă superioară, ceea ce relevă o masă tumorală submucoasă
C. CT abdominal determină dimensiunea tumorii, prezenţa invaziei şi evidenţiază eventualele metastaze
D. Invazia ganglionilor limfatici este întodeauna prezentă
E. Pentru tumorile care manifestă un comportament malign, chimioterapia utilizând imatinib mesilat a fost eficientă

10. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
    A. Sindromul Zollinger-Ellison este cea mai cunoscută afecţiune tumorală exocrină
    B. Aproximativ 20% din toate gastrinoamele sunt maligne
    C. Diagnosticul se bazează pe stabilirea prezenţei hipergastrinemiei cu hipersecreţie acidă gastrică
    D. Gastrectomia totală cu anastomoză esofagiană este tratamentul de elecție în gastrinoamele maligne
    E. Toate răspunurile de mai sus sunt corecte

11. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
    A. În adenocarcinomul duodenal melena este întodeauna prezentă
    B. Pentru tumorile din prima sau a doua porţiune a duodenului, se efectuează pancreaticoduodenectomia cefalică
    C. Duodenul este cea mai frecventă localizare pentru adenocarcinom la nivelul intestinului subţire
    D. Aproximativ două treimi din aceste leziuni sunt localizate la nivelul duodenului 1
    E. Endoscopia superioară cu biopsie tisulară este contraindicată în tumorile maligne duodenale

12. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
    A. Manifestările nespecifice în sindromul Zollinger-Ellison sunt asemănătoare ulcerului, cu diaree cronică sau severă concomitentă
    B. Gastrinoamele pot apărea sporadic sau ca parte a unui sindrom familial moştenit (MEN-1)
    C. Speranța de viață la pacienții cu variantă maligna este de peste 80% la 5 ani
    D. Metastazarea cea mai frecventă în sindromul Zollinger-Ellison este la nivelul plămânului
    E. Hiperparatiroidismul este foarte sugestiv pentru prezenţa sindromului MEN-1 concomitent

13. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:

A. Sindromul de dumping precoce implică o serie de simptome care apar după ingestia alimentelor cu osmolaritate scăzută
B. La aproximativ 15 minute de la ingerarea mesei, pacientul prezintă anxietate, slăbiciune, tahicardie, transpiraţii profuze şi, frecvent, palpitaţii
C. Crampele abdominale nu sunt niciodată prezente
D. Frecvent este prezentă constipația
E. Niciunul din răspunsurile de mai sus nu este corect

14. *Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Evitarea meselor lichide, modificarea volumului fiecărei mese şi ingerarea unor grăsimi reprezintă măsuri eficiente în sindromul de dumping precoce
B. În cazul dumpingului tardiv, simptomele debutează, de obicei, la 1 oră după masă
C. În sindromul de dumping tardiv apar borborismele abdominale si diareea
D. Tratamentul conservator al acestui sindrom include ingestia de lichide imediat după masă
E. Tratamentul chirurgical nu are indicație în sindromul de dumping tardiv

15. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Aproape jumătate din pacienţii la care s-a practicat vagotomie tronculară prezintă o modificare a tranzitului intestinal
B. Cauzele diareei postvagotomie includ accelerarea motilităţii intestinale, evacuare gastrică rapidă, malabsorbţie biliară
C. La pacienții cu diaree postvagotomie, aportul de lichide trebuie crescut
D. Stenoza ansei aferente apare după gastrectomia cu reconstrucţia tranzitului intestinal prin tehnica Billroth I
E. Simptomele prezente în stenoza ansei aferente includ, de obicei, crampe abdominale severe fără legătura cu ingestia de alimente

16. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Sindromul de ansă oarbă este mai frecvent după o procedură Billroth II
B. Sindromul de ansă oarbă este mai frecvent după o procedură Billroth I
C. Sindromul de ansă oarbă este asociat cu multiplicare bacteriană importantă la nivelul ansei intestinale excluse
D. Pacienţii prezintă diaree, scădere ponderală, slăbiciune şi sunt adesea anemici
E. Tratamentul cu antibiotice orale cu spectru larg împiedică recidiva multiplicării bacteriene în viitor

17. Precizați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Boala ulceroasă recurentă după intervenţia chirurgicală în BUP benignă este cauzată cel mai frecvent de o vagotomie completă

B. Pacienţii pot prezenta dureri abdominale în timpul alimentaţiei, precum şi greaţă, vărsături
C. Determinarea nivelului de gastrină este util pentru excluderea prezentei unui gastrinom
D. Vagotomia tronculară cu antrectomie are una dintre cele mai mari rate de recurenţă
E. În mod tradiţional, confirmarea unei vagotomii incomplete se realizează prin testul Hollander (producţia de acid gastric a fost măsurată după inducerea hipoglicemiei prin administrarea de insulină)

18. Precizați care dintre următoare afirmații sunt adevărate:
A. În atonia gastrică, managementul conservator include mese mici şi fracţionate pe parcursul zilei şi evitareatutunului şi a alcoolului
B. Deficitul de vitamină B12 sau de folat apărut prin scăderea absorbţiei, duce la anemie megaloblastică la până la 50% dintre pacienţi
C. Alterarea funcţiilor intestinului este frecventă în urma reconstrucțiilor gastrice
D. Deficitul de fier secundar malabsorbţiei sau pierderilor cronice de sânge produce o anemie megaloblastică în 50% din cazuri
E. În sindroamele postgastrectomie, aproximativ unul din patru pacienţi are scaune dese, moi

19. *Referitor la abcesul perirectal, următoarea afirmație este adevărată:
A. Rezultă din infecții ale canalului anorectal și se prezintă sub forma unor formațiuni dureroase la nivelul zonei perianale
B. Rezultă din infecții ale canalului anorectal și se prezintă sub forma unor formațiuni nedureroase la nivelul zonei perianale
C. Rezultă din infecții ale canalului anorectal și se prezintă sub forma unor formațiuni dureroase la nivelul regiunii plantare
D. Rezultă din infecții ale canalului tireoglos și se prezintă sub forma unor formațiuni dureroase la nivelul zonei perianale
E. Rezultă din infecții ale canalului anorectal și se prezintă sub forma unor formațiuni nedureroase la nivelul perineului

20. *Următoarele leziunii prezintă predispoziție la tetanos:
A. Plăgi mai vechi de 6 ore produse prin avulsie, zdrobire, abraziune extinsă, contaminate
B. Plăgi produse de obiecte ascuțite
C. Plăgi produse în urmă cu mai puțin de 6 ore
D. Plăgi produse de obiecte curate
E. Plăgi la nivelul cărora contaminanții sunt absenți

21. *Referitor la infecțiile mâinii, următoarea afirmație este adevărată:
    A. Panarițiile subuctanate sunt infecții profunde ale degetelor
    B. Panarițiile subuctanate sunt infecții superficiale ale degetelor
    C. Pun viața bolnavului în pericol
    D. Nu duc la o morbiditate severă
    E. Panarițiul este o infecție fungică a unghiei proximale

22. *Referitor la abcesul mamar, următoarea afirmație este adevărată:
    A. Este caracterizat prin sensibilitate severă localizată, edem și eritem asociate cu o formațiune palpabilă și reprezintă o infecție frecventă a țesuturilor moi, de obicei de origine stafilococică
    B. Nu este caracterizat prin sensibilitate severă localizată, edem și eritem asociate cu o formațiune palpabilă și reprezintă o infecție frecventă a țesuturilor moi, de obicei de origine streptococică
    C. Factorii de risc nu includ alăptarea
    D. Factorii de risc nu includ fumatul și obezitatea
    E. Factorii de risc nu includ vârsta marernă > 30 ani, vârsta de gestație > 41 de săptămâni

23. *Referitor la peritonita acută, următoarea afirmație este adevărată:
    A. Apendicita acută determină iritație peritoneală localizată
    B. Perforația apendicelui cauzează în mod frecvent peritonită localizată
    C. Apendicita acută determină frecvent peritonită generalizată
    D. Perforația colonică cu peritonită difuză creează cel mai puțin virulent tip de peritonită
    E. Peritonita provoacă dureri abdominale cronice, rar însoțite de febră sau leucocitoză

24. *Referitor la infecțiile tractului biliar, următoarea afirmație este adevărată:
    A. Infecțiile tractului biliar sunt, de obicei, o consecință a obstrucției în arborele biliar fie la nivelul canalului cistic, fie al căii biliare principale
    B. Bacteriile cel mai puțin frecvent implicate Escherichia coli, Klebsiella spp.
    C. Bacteriile anaerobe sunt frecvent întâlnite
    D. Bacteriile cel mai puțin frecvent implicate Enterococcus spp., Klebsiella spp.
    E. Bacteriile cel mai puțin frecvent implicate Escherichia coli, Enterococcus spp.

25. Referitor la infecțiile tractului biliar, următoarele afirmații sunt adevărate:
    A. Infecțiile tractului biliar sunt, de obicei, o consecință a obstrucției în arborele biliar fie la nivelul canalului cistic, fie al căii biliare principale
    B. La pacienții cu anastomoză bilio-enterală, probabilitate de contaminare cu anaerobi este crescută

C. Bacteriile implicate cel mai frecvent sunt Escherichia coli, Klebsiella spp., Enterococcus spp.
D. Bacteriile cel mai puțin frecvent implicate Enterococcus spp., Klebsiella spp.
E. Bacteriile anaerobe sunt frecvent întâlnite

26. Următoarele aspecte sunt caracteristice celulitei:
A. Etiologie: poarta de intrare tegumentară
B. Organism tipic: Sterptococcus
C. Examne fizic: cald la atingere, eritem difuz, durere
D. Tratament: antibiotice sistemice și îngrijirea locală a plăgii
E. Tratament: incizie și drenaj, radioterapie

27. Următoarele aspecte sunt caracteristice pentru furuncul, carbuncul:
A. Etiologie: proliferare bacteriană în glandele și criptele pielii
B. Organism tipic: Staphylococcus
C. Examen fizic: indurație localizată, eritem, sensibilitate, tumefacție cu drenaj purulent
D. Tratament: incizie și drenaj, antibiotice sistemice
E. Etiologie: infecție a vaselor limfatice

28. Următoarele aspecte sunt caracteristice pentru hidrosadenita supurativă:
A. Etiologie: proliferare bacteriană în glandele sudoripare apocrine
B. Organism tipic: Staphylococcus
C. Examen fizic: multiple abcese mici, subcutanate, drenaj purulent, de obicei axilare și inghinale
D. Tratament: îngrijire locală a plăgilor, antibiotice sistemice, îndepărtarea corpilor străini
E. Tratament: incizia și drenarea leziunilor mici, antibiotice sistemice, zonele mari vor necesita excizie locală largă și grefă de piele

29. Următoarele aspecte sunt caracteristice pentru limfangită:
A. Etiologie: infecție a vaselor limfatice
B. Ornism tipic: Streptococcus
C. Examen fizic: tumefacția difuză și eritemul extremității distale cu zone de striuri de inflamație de-a lungul canalelor limfatice
D. Tratament: îngrijire locală a plăgilor, antibiotice sistemice, îndepărtarea oricărui corp străin, ridicarea extremității
E. Tratament: incizia și drenarea leziunilor mici, antibiotice sistemice, zonele mari vor necesita excizie locală largă și grefă de piele

30. Referitor la gangrenă, infecții necrozante de țesuturi moi (INTM), este adevărat:

A. Etiologie: distrugerea țesutului sănătos de enzimele microbiene virulente
B. Organisme tipice: Streptococcus/Staphylococcus/Clostridium
C. Examen fizic: piele.fascie necrotică, tumefacție și indurație, drenaj cu miros neplăcut, crepitații cu emfizem subcutanat, frecvent cu semne sistemice toxice și simptome de sepsis
D. Tratament: debridare radicală/amputație a țesuturilor implicate, îngrijire agresivă locală a plăgilor, cu debridare frecventă, antibiotice cu spectru larg
E. Etiologie: infecție a vaselor limfatice

31. Referitor la infecțiile tractului urinar (ITU), este adevărat:
A. Cel mai mare factor de risc este prezența unui cateter endo-vezical
B. Rata ITU asociate cateterului depinde în mod direct de tehnica de palsare a sondei urinare și de durata menținerii acesteia
C. Rata ITU asociate cateterului nu depinde în mod direct de tehnica de palsare a sondei urinare și de durata menținerii acesteia
D. Cel mai rar factor de risc este prezența unui cateter endo-vezical
E. Bacteremia sistemică cu punct de plecare în tractul urinar este obișnuită în absența unei obstrucții funcționale sau anatomice

32. Raportat la infecțiile plăgii chirurgicale, este adevărat:
A. Sunt în general evenimente rare după o operație electivă
B. Sunt frecvente după o operație electivă
C. Supravegherea atentă a plăgii este necesară la pacienții cu risc crescut de infecții
D. Supravegherea atentă a plăgii nu este necesară la pacienții cu risc crescut de infecții
E. Diagnosticarea promptă și tratamentul chirurgical rapid limitează morbiditatea și mortalitatea în multe dintre aceste cazuri

33. Peritonita primară:
A. Este o peritonită baceteriană spontană
B. Apare fără întreruperea continuității tractului gastointestinal (GI)
C. Este strict polimicorbiană
D. Apare ca urmare a contaminării din tractul GI perforat
E. De obicei, este monomicrobiană

34. Peritonita secundară:
A. Apare ca urmare a contaminării din tractul gastrointestinal perforat
B. De obicei, este polimicrobiană
C. De obicei, este monomicrobiană
D. Este o peritonită baceteriană spontană
E. Apare ca urmare a contaminării prin catetere de dializă peritoneală

35. Referitor la ulcerele gastroduodenale perforate este adevărat:
    A. Aproximativ 80% dintre pacienți au pneumoperitoneu la radiografia toracică simplă în ortostatism
    B. Aproximativ 50% dintre pacienți au pneumoperitoneu la radiografia toracică simplă în ortostatism
    C. Aproximativ 10% dintre pacienți au pneumoperitoneu la radiografia toracică simplă în ortostatism
    D. Antibioterapia perioperatorie cu spectru larg asupra aerobilor și anaerobilor este indicată pentru perforațiile acute pentru < 24 ore
    E. Antibioterapia perioperatorie cu spectru larg asupra aerobilor și anaerobilor este indicată pentru perforațiile acute pentru < 72 ore

36. Plăgile cu predispoziție la tetanos sunt de următorul tip:
    A. Zdrobire
    B. Avulsie
    C. Arsuri sau degerături
    D. Abraziune extinsă
    E. Cu contaminanți absenți, produse prin obiecte ascuțite, curate

37. Factorii de risc pentru abcesul mamar includ:
    A. Alăptarea
    B. Prima sarcină
    C. Subponderabilitatea
    D. Consumul de fibre și legume verzi
    E. Obezitatea

38. Referitor la abcesul perirectal, este adevărat:
    A. Se poate extinde în pelvis
    B. Se poate extinde deasupra planșeului pelvin
    C. Este nedureros
    D. Nu se poate extinde în pelvis
    E. Poate fi fatal la pacienții diabetici sau imunosupresați

39. Referitor la abcesul perirectal, este adevărat:
    A. De obicei, ecesită anestezie generală pentru examinare și drenaj adecvat
    B. Tratamentul antibiotic este cu spectru larg
    C. Tratamentul antibiotic este cu spectru îngust
    D. Nu se poate extinde în pelvis
    E. Se prezintă sub forma unor formațiuni dureroase la nivelul zonei perianale

40. Referitor la infecțiile mâinii, este adevărat:
    A. În general, nu pun viața în pericol
    B. Pot duce la o morbiditate severă din cauza pierderii funcției ca urmare a fibrozei
    C. Sunt amenințătoare de viață
    D. Nu pot duce la o morbiditate severă din cauza pierderii funcției ca urmare a fibrozei
    E. Pot duce la o morbiditate severă din cauza pierderii funcției ca urmare a contracturii

41. Referitor la abcesul mamar, următoarele date sunt adevărate:
    A. Antibioticele antistafilococice și aspirația seriată ghidată ecografic ar trebui să fie opțiunea inițială de tratament
    B. Drenajul chirurgical este asociat cu un rezultat cosmetic mai prost
    C. Fumatul și obezitatea nu sunt factori de risc
    D. Alăptarea nu constituie un factor de risc
    E. Unde există un risc de malignitate, trebuie efectuată biopsie

42. Referitor la abcesul mamar, următoarele date sunt adevărate:
    A. Este caracterizat prin sensibilitate severă localizată, edem și eritem
    B. Reprezintă o infecție frecventă a țesuturilor moi
    C. Alăptarea nu constituie un factor de risc
    D. Fumatul și obezitatea nu sunt factori de risc
    E. Antibioticele antistafilococice și aspirația seriată ghidată ecografic ar trebui să fie opțiunea inițială de tratament

43. *Hernia Littre conține :
    A. Apendice cecal
    B. Colon
    C. Diverticul Meckel
    D. Trompa uterină
    E. Ligamentul rotund

44. *Cea mai frecventă complicație a herniei femurale este :
    A. Seromul
    B. Infecția
    C. Strangularea
    D. Perforația
    E. Neuropatia postoperatorie

45. *Hernia lui Spiegel apare la nivelul :
    A. Liniei albe

B. Liniei arcuate
C. Gaurii obturatorii
D. Epigastrului
E. Patrulaterului lui Grynfelt

46. *Diastazisul mușchilor reprezintă:
A. Ruptura mușchilor drepți abdominali
B. Relaxarea arcadei inghinale
C. Relaxarea mușchilor lombari
D. Subțierea liniei mediane superioare abdominal
E. Lărgirea orificiului inghinal superficial

47. *În diagnosticul diferențial al inghinodiniei nu se include:
A. Gastrita acută
B. Microfractura
C. Lezarea articulației femuro-acetabulare
D. Varicocelul
E. Orhialgia

48. *În cazul herniilor peretelui abdominal, printre complicațiile postoperatorii frecevente nu se include:
A. Seromul
B. Infecția
C. Colica renală
D. Neuropatii postoperatorii
E. Recidiva postoperatorie

49. *Vascularizaţia peretelui abdominal central este asigurată de:
A. Vasele epigastrice superioare şi inferioare
B. Vena safenă internă
C. Vena safenă externă
D. Artera femurală
E. Artera iliacă internă

50. *Hernia Spiegel apare:
A. În zona de unire a marginii inferioare a fasciei posterioare cu marginea laterală a muşchiului drept abdominal
B. La nivelul liniei albe
C. In zona de unire a dreptilor abdominali
D. La nivelul regiunii inghinale

E. La nivel subombilical

51. *O hernie inghinală indirectă apare atunci când:
    A. Conţinutul abdominal herniază medial de vasele epigastrice
    B. Conţinutul abdominal herniază lateral de vasele epigastrice
    C. Nu exista această varietate de hernie
    D. Conţinutul abdominal herniază în scrot
    E. Conţinutul abdominal herniază printre elementele funiculului spermatic

52. Complicațiile postoperatorii frecvente ale herniilor sunt:
    A. Seromul
    B. Infecția
    C. Neuropatia postoperatorie
    D. Hidrocelul
    E. Recidiva postoperatorie

53. Procedeul Bassini se adresează următoarelor hernii:
    A. Inghinală directă
    B. Obturatorie
    C. Inghinală indirectă
    D. Femurală
    E. Lombară

54. Strangularea este o complicație a următoarelor tipuri de hernie:
    A. Inghinală indirectă
    B. Femurală
    C. Diastazis de mușchi drepti abdominali
    D. Incizională
    E. Ombilicală

55. Următoarele tehnici chirurgicale se adresează herniilor orificiului miopectineal:
    A. Procedeul Bassini
    B. Procedeul Lichtenstein
    C. Procedeul McVay
    D. Procedeul Winkelman
    E. Procedeul Shouldice

56. Herniile peretelui abdominal sunt reprezentate de:
    A. Hernia ventrală
    B. Hernia ombilicală

C. Hernia incizională
D. Hernia obturatorie
E. Hernia inghinală

57. Semnele clinice ale unei hernii strangulate sunt:
A. Vărsături incoercibile
B. Durere severă
C. Febră
D. Tahicardie
E. Sughit

58. Examenele paraclinice în herniile peretelui abdominal sunt:
A. Radiografie simplă abdominală
B. Ecografie
C. Colonoscopie
D. RMN
E. CT

59. Tehnica McVay se aplică în cura herniilor:
A. Femurale
B. Inghinale directe
C. Ombilicale
D. Obturatorii
E. Inghinale indirecte

60. Semnele clinice in hernia femurală complicată sunt:
A. Durere
B. Pirozis
C. Vărsături
D. Febră
E. Icter

61. Herniile OMP (orificiu miopectineal) sunt:
A. Lombară
B. Femurală
C. Inghinală indirectă
D. Inghinală directă
E. Obturatorie

62. Avantajele abordului minim invaziv în cura chirurgicală a herniilor sunt:

A. Morbiditatea mai redusă
B. Reducerea infecțiilor de plagă
C. Timp operator mai redus
D. Scăderea perioadei de spitalizare
E. Recuperarea mai rapidă

63. Factori de risc în apariția recidivelor herniilor inghinale sunt:
A. Obezitatea
B. Vârsta
C. Fumatul
D. Sarcina
E. Dimensiunile herniei

64. Cura chirurgicală cu material alloplastic (plasa) se adresează următoarelor hernii:
A. Inghinale
B. Ombilicale
C. Obturatorii
D. Femurale
E. Epigastrice

65. Printre procedeele tisulare în herniile miopectineale se numără:
A. Procedeul McVay
B. Procedeul Bassini
C. Procedeul Whipple
D. Procedeul Reichel-Polya
E. Procedeul Shouldice

66. Diagnosticul diferențial al inghinodiniei ia în considerare următoarele afecțiuni de cauză genitourinară:
A. Varicocelul
B. Prostatita
C. Diverticulita
D. Infecția tractului urinar
E. Endometrioza

67. În cazul herniilor inghinale, printre complicațiile postoperatorii frecvente întâlnim:
A. Inflamația postoperatorie
B. Varice hidrostatice
C. Echimoze scrotale
D. Apendicita acută

E. Echimoze labiale

68. Din punct de vedere clinic, herniile pot fi:
    A. Asimptomatoice
    B. Simptomatice
    C. Subacute
    D. Acute
    E. Supra-acute

69. Opţiunile de tehnică de reparare a herniilor includ:
    A. Tehnici anatomice
    B. Tehnici allopastice
    C. Tehnici de separare a componentelor
    D. Tehnici non chirurgicale
    E. Tehnici non invasive

70. Tehnica chirurgicală anatomică de reparare a heniei implică:
    A. Desfiinţarea defectului parietal prin sutura chirurgicală
    B. Este rezervată herniilor cu risc scăzut de recidivă
    C. Nu este indicata in tratamentul chirurgical al herniilor cu defect parietal mic
    D. Este indicată în tratamentul chirurgical al herniilor cu defect parietal mic
    E. Este un procedeu chirurgical învechit

71. Tehnicile alloplastice in cura chirurgicala a herniilor presupun:
    A. Plasarea unei proteze pentru a consolida peretele abdominal
    B. Închiderea permanentă a defectului herniar
    C. Utilizarea în special în herniile cu risc crescut de recurenţă
    D. Se poate efectua doar laparoscopic
    E. Nu are utilitate

72. Complicaţii postoperatorii frecvente in cura chirurgicala a herniilor:
    A. Seromul
    B. Infecția plăgii
    C. Recidiva herniară
    D. Eviscerația
    E. Neuropatiile postoperatorii

73. Diagnosticul diferențial al inghinidinei se poate face cu:
    A. Întinderea musculară
    B. Durerea de ligament rotund

C. Varicocelul
D. Bolile inflamatorii intestinale
E. Ulcerul gastric

74. Diagnosticul diferențial al inghinidinei se poate face cu următoarele afecțiuni:
A. Afecțiuni ale articulaţiei şoldului
B. Afecțiuni genitourinare
C. Afecțiuni gastrointestinale
D. Afecțiuni neurologice
E. Afecțiuni ale sistemului hematopoetic

75. Hernia obturatorie:
A. Este o categorie distinctă de hernie
B. Este rezultatul unui defect al planşeului pelvin la nivelul canalului obturator
C. Există de obicei, intestin subţire herniat prin defect
D. Există de obicei, colon herniat prin defect
E. Există de obicei, epiplon herniat prin defect

76. Procedeul alloplastic Lichtenstein:
A. Este o operaţie pe cale anterioară, efectuată cu plasă
B. Plasa este fixată pe suprafaţa posterioară a canalului inghinal
C. Marginile plasei sunt fixate pe limitele spaţiului superior al OMP
D. Aponevroza oblicului extern este suturată deasupra plasei, dar lăsată deschisă inferior
E. Are o rată mare de recidivă herniară

77. Obezitatea este o boală cronică, etiologia sa cuprinde:
A. Etiologia de mediu
B. Etiologie genetică
C. Etiologie comportamentală
D. Etiologie morbidă
E. Etiologie neurohormonală

78. În procesul de reglare a apetitului intervin decisiv:
A. Hipotalamusul
B. Stomacul
C. Creierul
D. Adipocitul
E. Țesutul muscular

79. *IMC se calculează astfel:

A. IMC = înălțime (m) / [greutate (kg)]^2
B. IMC = greutate (kg) / [înălțime (cm)]^2
C. IMC = greutate (g) / [înălțime (m)]^2
D. IMC = greutate (kg) / [înălțime e (m)]^2
E. IMC = greutate (g) / [înălțime (cm)]^2

80. IMC nu ia în calcul urmatorii factori:
A. Greutatea
B. Musculatura
C. Perimetrul corporal
D. Înălțimea
E. Densitatea osoasă

81. Intervenția chirurgicală bariatrică este indicată în cazul pacienților cu:
A. IMC intre 35 si 40 cu comorbidități asociate
B. IMC intre 35 si 40 fără comorbidități asociate
C. IMC peste 40 fără comorbidități asociate
D. IMC peste 40 indiferent de comorbidități
E. IMC intre 30 si 35 fără comorbidități asociate

82. Clasificarea greutatii corporale conform IMC include:
A. Subponderal – IMC < 18.5
B. Supraponderal – IMC = 25.0-29.9
C. Normoponderal – IMC = 18.5-24.9
D. Obezitate morbidă – IMC = 30.0-39.9
E. Obezitate – IMC > 40.0

83. Comorbiditățile asociate obezității includ:
A. Rezistență la insulină
B. Dislipidemia
C. Apneea de somn
D. Cancerul osos
E. Hipertensiunea arterială

84. Contraindicațiile relative pentru chirurgia bariatrică sunt reprezentate de:
A. Hipertensiunea arterială
B. Insuficiența cardiacă severă
C. Boala coronară instabilă
D. Diabetul zaharat tip 2
E. Ciroza cu hipertensiune portală

85. Investigațiile preoperatorii în cazul chirurgiei bariatrice trebuie sa includă:
    A. Evaluarea nutrițională de bază
    B. Testul hemocult
    C. Evaluarea cardiovasculară
    D. Colonoscopia
    E. Evaluarea respiratorie

86. *Tratamentul persoanelor supraponderale și obeze nu include:
    A. Dieta
    B. Exerciții fizice
    C. Sedentarismul
    D. Farmacoterapia
    E. Intervenția chirurgicală bariatrică

87. *Singurul tratament al obezității care a reușit să ajute pacienții sa piardă semnificativ în greutate, fără a recâștiga pierderea este:
    A. Dieta
    B. Exercițiile fizice
    C. Sedentarismul
    D. Farmacoterapia
    E. Intervenția chirurgicalș bariatrică

88. Medicamentele antiobezitate aprobate în prezent de FDA sunt:
    A. Fentermina
    B. Acetilcisteina
    C. Orlistat
    D. Lorcaserina
    E. Liraglutide

89. *Procedura chirurgicală bariatrică ce combină malabsorbția și restricția este reprezentată de:
    A. Bandarea gastrică ajustabilă
    B. Gastrectomia longitudinală
    C. Bypassul gastric Roux-en-Y
    D. Diversia ă
    E. Diversia biliopancreatică cu switch duodenal

90. Procedurile bariatrice strict restrictive sunt reprezentate de:
    A. Diversia biliopancreatică

B. Diversia biliopancreatică cu switch duodenal
C. Bypassul gastric Roux-en-Y
D. Gastrectomia longitudinală
E. Bandarea gastrica ajustabilă

91. Procedurile bariatrice strict malabsorptive sunt reprezentate de:
A. Diversia biliopancreatică
B. Bypassul gastric Roux-en-Y
C. Diversia biliopancreatică cu switch duodenal
D. Bandarea gastrică ajustabilă
E. Gastrectomia longitudinală

92. Criteriile de selecție a pacienților cărora se adresează chirurgia obezității sunt:
A. IMC < 40 kg/m2 fără comorbidități asociate
B. IMC > 40 kg/m2 fără comorbidități asociate
C. IMC intre 35-40 kg/m2 cu comorbidittți asociate
D. IMC intre 35-40 kg/m2 fără comorbidități asociate
E. Oricarui tip de obezitate morbidă, indiferent de comorbidități

93. *Cea mai frecvent efectuata procedura bariatrica in present este:
A. Bypassul gastric Roux-en-Y
B. Gastrectomia longitudinală
C. Bandarea gastrică ajustabilă
D. Diversia biliopancreatică
E. Diversia pancreatică cu switch duodenal

94. Complicațiile precoce ale procedurilor bariatrice sunt reprezentate de:
A. Tulburări nutriționale
B. Fistula anastomotică
C. Sângerare
D. Infecția
E. Sindromul de ansă aferentă

95. Complicațiile tardive ale procedurilor bariatrice sunt reprezentate de:
A. Tulburari nutriționale
B. Ulcer marginal și stenoza de anastomoză
C. Hernie internă
D. Sindrom de ansă aferentă
E. Fistula anastomotică

96. *Cea mai importantă tulburare nutrițională postoperatorie în Bypassul gastric Roux-en-Y este reprezentată de:
    A. Deficitul de fier
    B. Deficitul de vitamina D
    C. Deficitul de vitamina B12
    D. Deficitul de vitamina C
    E. Deficitul de acid folic

97. Medicația utilă în tratamentul complicațiilor chirurgiei bariatrice este reprezentată de:
    A. Heparina cu greutate moleculară mică
    B. Warfarina
    C. Acidul ursodeoxicolic
    D. Antiinflamatoarele nesteroidiene
    E. Antispasticele

98. Tratamentul chirurgical al obezității:
    A. Ameliorează comorbiditățile
    B. Reduce mortalitatea
    C. Înlocuiește schimbarea stilului de viață
    D. Scade costurile de îngrijire a sănătății
    E. Nu se efectuează de rutină pe cale laparoscopică

99. Intervenția chirurgicală bariatrică are un efect benefic asupra:
    A. Diabetului zaharat tip 2
    B. Hipertensiunii arteriale
    C. Cardiopatiei dilatative
    D. Apneei de somn
    E. Anginei pectorale

100. Fistulele anastomotice în urma chirurgiei bariatrice apar la următoarele intervenții:
    A. Bandarea gastrică
    B. Bandarea gastrica ajustabilă
    C. Bypassul gastric Roux-en-Y
    D. Diversia biliopancreatică
    E. Diversia biliopancreatică cu switch duodenal

101. Simptomele herniei interne apărute în urma Bypassului gastric Roux-en-Y sunt:
    A. Diareea
    B. Durerile abdominale postprandiale
    C. Greața

D. Vărsăturile
E. Hematemeza

102. Traumatismele abdominale se produc în urma:
A. Plăgilor penetrante
B. Electrocutării
C. Prin forțe contondente
D. Ingestiei de substanțe acide sau baze
E. Expunerii la foc

103. *Hemoragia intra-abdominală cu risc vital determina frecvent:
A. Șoc anafilactic
B. Șoc ocluziv
C. Bradicardie sinusală
D. Șoc hemoragic
E. Salt hipertensiv

104. Flancul abdominal este definit ca regiunea aflata intre:
A. Linia axilară posterioară
B. Linia axilară anterioară
C. Simfiza pubiană
D. Creasta iliacă
E. Coastele inferioare

105. În cazul plăgilor penetrante cel mai frecvent sunt afectate:
A. Intestinul subtire
B. Intestinul gros
C. Mezenterul
D. Mezocolonul
E. Splina

106. Palparea abdomenului poate decela:
A. Sensibilitate abdominală localizată sau difuză
B. Distensie abdominală secundară hemoragiei intra-abdominale
C. Semne de iritație peritoneală
D. Fracturi ale pelvisului
E. Defecte fasciale sau musculare ale peretelui abdominal

107. *La pacienții stabili hemodinamic standardul de aur în diagnosticul leziunilor organelor intraperitoneale sau retroperitoneale este:

A. Radiografia abdomino-pelvină
B. Ecografia abdominală FAST
C. Evaluarea CT (computer tomografia)
D. Evaluarea RMN
E. Ecografia cu substanță de contrast

108. Care afirmații sunt adevărate cu privire la ecografia FAST:
A. Este o metoda rapidă de diagnostic
B. Nu poate evalua lichidul liber din abdomen și pericard
C. A înlocuit lavajul peritoneal diagnostic
D. Are o acuratețe diagnostică scazută
E. Poate fi efectuată fără probleme de către chirurg, radiolog sau medicul de urgență

109. Următoarele afirmații sunt adevărate despre plăgile penetrante:
A. Plăgile penetrante cu peritonită nu impun laparotomia
B. Au o incidență foarte mare a leziunilor viscerale
C. Pacienții stabili fără peritonită pot avea leziuni limitate la peretele abdominal
D. În plagile prin împușcare gloanțele urmează întotdeauna un traiect drept
E. Efectuarea CT reduce necesitatea efectuării laparotomiiilor exploratorii

110. *Contuziile hepatice sunt clasificate în:
A. 4 grade
B. 3 grade
C. 2 grade
D. 6 grade
E. 5 grade

111. Leziunile splenice cu sângerare activă și hipotensiune arterială:
A. Necesită splenectomie totală
B. Pot fi tratați prin angioembolizare în vederea conservării splinei
C. Necesită splenorafie
D. Pot fi tratați conservator
E. La CT abdominal putem avea prezent hemoperitoneul difuz

112. Leziunile traumatice pancreatice pot fi evaluate prin:
A. Radiografie abdominală
B. Scanare CT
C. Colangiopancreatografie prin rezonanță magnetică (MRCP)
D. Colangiopancreatografie endoscopică retrogradă (ERCP)
E. Ecografie endoscopică

113. În traumatismele hemidiafragmului stâng se asociază frecvent leziuni ale:
   A. Stomacului
   B. Ficatului
   C. Splinei
   D. Intestinului subțire
   E. Pancreasului

114. *Sunt adevărate următoarele afirmații despre traumatismele renale, cu excepția:
   A. Rinichiul este relativ protejat datorită localizării sale retroperitoneale
   B. Contuziile renale necesită rareori intervenție chirurgicală
   C. Nefrectomia este necesară în leziunile parechimatoase extinse
   D. Leziunile penetrante sunt adesea autolimitate inclusiv cele ce interesează vasele
   E. Cateterul Foley trebuie menținut 7-10 zile , sau până când se remite hematuria

115. Care afirmații sunt false referitor la traumatismele intestinului subțire și mezenterului
   A. Contuzia peretelui intestinal poate determina o perforație întârziata
   B. Prezența la nivel abdominal a “semenelor de centură de siguranță” se asociază cu un risc scazut de leziuni intestinale
   C. Intestinul subțire și mezenterul sunt frecvent lezate în traumatismele produse prin înjunghiere sau împușcare
   D. Repararea este facilă și presupune închiderea defectului prin sutura cu fire
   E. Sutura mecanică cu stapler sau rezecția nu sunt indicate în cazul leziunilor ce implică mezenterul

116. În traumatismele colonului putem avea:
   A. Leziuni mai extinse ce interesează și mezenterul ce necesită rezecție și anastomoză
   B. Colostomia este frecvent necesară
   C. În leziunile rectului extraperitoneal devierea tranzitului până la vindecarea acestora
   D. Traumatisme produse de proiectile ce nu pot fi reparate adesea prin sutură primară
   E. Asocierea multiplelor leziuni organice sau șoc prezintă un risc scăzut de apariție a fistulelei anastomotice

117. Controlul lezional din cadrul traumatismelor abdominale cuprinde:
   A. Laparotomie în vederea controlului hemoragiei și/sau contaminării
   B. “Triada letală” ce include hipertermia, alcaloza și coagulopatia
   C. Controlul hemoragiei cu risc vital poate fi obținut prin suturarea vaselor sangvine lezate și izolarea organelor solide cu câmpuri
   D. De obicei chirurgia de control lezional durează între 60-90 de minute

E. După stabilizare la 12-48 ore pacientul revine în sala de operație pentru îndepărtarea câmpurilor hemostatice și reconstrucția tractului gastrointestinal

118. Sunt adevărate afirmațiile despre sindromul de compartiment abdominal:
A. Când presiunea intra-abdominală crește peste 50 mmHg
B. Compromite vascularizația organelor intraperitoneale și retroperitoneale
C. Când nu este tratat determină insuficiența multiplă de organ (MODS)
D. Diagnosticul este facilitat de măsurarea presiunii vezicii biliare ce corespunde indirect presiunii intraperitoneale
E. Tratamentul este reprezentat de decompresia promptă printr-o incizie pe linia mediană

119. *Examenul neurologic începe în cadrul evaluării primare şi urmăreşte:
A. Pierderea stării de conştienţă
B. Prezenţa convulsiilor
C. Starea de vigilenţă post-traumatism
D. Funcţia motorie la nivelul extremităţilor
E. Toate variantele de mai sus

120. *Leziunile traumatice ale toracelui nu includ:
A. Pneumotoraxul în tensiune
B. Hemotoraxul masiv
C. Tamponada cardiacă
D. Bronchopneumonia
E. Voletul costal

121. *Tamponada cardică:
A. Prezentare clinică cu zgomote cardiace de intensitate scăzută, turgescenţă jugulară şi hipotensiune (triada Beck)
B. Nu este o afecţiune ameninţătoare de viaţă
C. Tratamentul are scopul de a reduce debitulcardiac
D. Prezentarea clinică cu zgomote cardiace de intensitate crescută
E. Se poate produce doar printr-un traumatism precordial deschis

122. *Clasificarea hemoragiei:
A. Clasa lI - Frecvenţa cardiacă (bătăi/min) <100
B. Clasa IV - Frecvenţa cardiacă (bătăi/min)> 140
C. Clasa III - Volumul de sânge pierdut >40%
D. Clasa IV -Pierderea de sânge (ml) la o persoană de 70 kg intre 750-1.500
E. Clasa I - Tensiunea arterială scăzută

123. *Scorul Glasgow:
   A. Este o metodă dificil de reprodus
   B. Acesta are valori cuprinse între 3 şi 20
   C. Scorurile de 3 şi 4 sunt asociate cu mortalitate sau stare vegetativă în aproape 97% din cazuri
   D. Nu poate fi utilizat ca indicator de prognostic
   E. Nu poate fi influențat de consumul de alcool si droguri recreaționale

124. Suportul Vital Avansat ghidează prioritizarea managementului pacientului, concentrându-se pe:
   A. Evaluarea primară
   B. Evaluarea terțiară
   C. Îngrijirea provizorie
   D. Evaluarea secundară
   E. Îngrijirea definitivă

125. Evaluarea primară:
   A. Este descrisă prin acronimul ABCDE
   B. Se bazează pe identificarea şi tratarea imediată a leziunilor ameninţătoare de viaţă
   C. Nu implică examinarea tegumentară completă
   D. Nu cuprinde inițierea resuscitării
   E. Presupune evaluarea permeabilităţii şi stabilităţii căilor aeriene

126. Hemoragia:
   A. Este o cauză rară de șoc secundar traumatismelor
   B. Tratamentul implică refacerea volumului de sânge circulant
   C. În şocul sever, trebuie iniţiate transfuziile de produse sangvine
   D. Severitatea şocului hemoragic este clasificată în funcţie de procentul de volum de sânge circulant pierdut
   E. Hemoragiile intratoracice pot fi controlate temporar prin compresie directă sau aplicarea garoului

127. Semne şi simptome frecvente în şoc sunt:
   A. Tahicardia
   B. Hipotensiunea
   C. Hipertensiunea
   D. Tahipneea
   E. Poliuria

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

129. Pneumotoraxul închis:
   A. Se produce atunci când aerul pătrunde în cavitatea pleurală, determinând colabarea plămânului contralateral.
   B. Examenul fizic relevă murmur vezicular diminuat la nivelul plămânului afectat
   C. Examenul fizic relevă hipersonoritate lapercuţie
   D. Examenul fizic relevă murmur vezicular normal la nivelul plămânului afectat
   E. Diagnosticul se stabileşte pe radiografia toracică

130. Hemotoraxul:
   A. Se produce atunci când se acumulează aer în spaţiul pleural
   B. La examenul fizic se observă abolirea murmurului vezicular
   C. La examenul fizic se observă hipersonoritate la percuţie
   D. Tratamentul implică plasarea unui tub toracic
   E. Evacuarea adecvată şi poziţia tubului toracic sunt verificate prin efectuarea unei radiografii postprocedural

131. Contuziile aortice:
   A. Sunt cele mai frecvente leziuni toracice traumatice
   B. Au potenţial letal crescut
   C. Se produc prin mecanism de decelerare rapidă
   D. Rupturile în toată grosimea aortei sunt urmate de exsanguinare masivă şi deces, în câteva minute de la producerea accidentului
   E. Apar ca rezultat al forţei de forfecare ce acţionează la joncţiunea dintre arcul aortic mobil şi aorta descendentă toracică, imobilă

132. Semne radiologice în contuzia aortică sunt:
   A. Creşterea opacităţii mediastinale
   B. Scăderea opacităţii mediastinale
   C. Ștergerea conturului arcului aortic
   D. Deplasarea inferioară a bronhiei primitive stângi
   E. Deplasarea traheei spre stânga

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

134. Toracotomia în departamentul de urgenţe:
   A. În anumite cazuri poate fi benefică şi trebuie considerată o manevră salvatoare de viaţă
   B. Permite atingerea rapidă a unor obiective, precum pericardiotomia, masajul cardiac deschis, clamparea aortei
   C. Trebuie luată în considerare la pacienţii cu traumatisme deschise, ce au încetat să prezinte semne vitale cu mai puţin de 15 minute înainte de sosirea în departamentul de urgenţe
   D. Toracotomia de resuscitare poate fi efectuată și în absenţa unui chirurg cu experienţă în tratamentul leziunilor toracice complexe
   E. Indicată la pacienții cu stop cardiac prelungit după traumatism penetrant

135. Prezentarea clasică a şocului neurogen include:
   A. Hipertensiune
   B. Tetraplegie
   C. Bradicardie
   D. Extremităţi reci
   E. Extremităţi calde

136. *Sechestrarea lichidului în spațiul patru presupune:
   A. Acumulare fluidă în peritoneu
   B. Acumulare fluidă în retroperitoneu
   C. Acumulare fluidă atât în peritoneu cât și în retroperitoneu
   D. Sângerare difuză în retroperitoneu
   E. Nicio variantă corectă

137. *Referitor la sindromul de compartiment abdominal:
   A. Poate compromite vascularizatia organelor intraperitoneale
   B. De obicei nu intereseaza vascularizatia organelor retroperitoneale
   C. Se produce la valori ale presiunii intraabdominale mai mari de 12mmHg
   D. Poate conduce la limitarea ascensionarii diafragmului
   E. Nicio variantă corectă

138. *În cazul unei fracturi la nivelul oaselor bazinului:
A. Diagnosticul nu poate fi enunțat până la efectuarea unei tomografii computerizate
B. Echimozele de la nivelul abdomenului inferior, coapselor și feselor pot indica o fractura de pelvis
C. Examinarea perineului trebuie efectuată pentru a evidenția eventuale fracturi închise
D. Cel mai adesea sângerările active sunt datorate unui vas arterial
E. Toate afirmațiile de mai sus sunt corecte

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

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

141. În cazul leziunilor medulare din cadrul traumatismelor gâtului:
A. 10% din traumatismele penetrante la acest nivel au drept consecință leziunile măduvei spinării
B. Leziunile măduvei spinării sunt cele mai întâlnite leziuni nervoase împreuna cu leziunile de plex brahial
C. Leziunile nervoase cele mai întalnite sunt cele de nervi cranieni
D. Leziunile măduvei spinării mai sus de C4 se asociază cu o mortalitate ridicatș
E. Pentru a evita leziunile nervoase iremediabile se recomandă administrare precoce de steroizi intravenous

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

143. În cadrul traumatismelor extremităților, semnele de certitudine ale hemoragiilor acute pot fi:
   A. Sângerare pulsatilă
   B. Hematom neexpansiv
   C. Hematom profund
   D. Suflu
   E. Tegumente reci

144. Fracturile deschise la nivelul extremităților:
   A. Pot fi letale
   B. Fracturile închise, contaminate bacterian, pot conduce la osteomielita și amputația membrului
   C. Pot conduce la complicații precum vindecarea osoasă deficitară
   D. Pot conduce la infecții de plagă
   E. Sunt cele mai frecvente tipuri de traumatisme la nivelul membrului inferior

145. Cauzele principale ale traumatismelor din sarcină sunt:
   A. Accidentele de trafic rutier
   B. Heteroagresiunii, in procente de pana la 30%
   C. Tulburarilor psihologice din timpul sarcinii ale mamei
   D. Arsurile
   E. Degeraturile

146. Cauzele principale de deces fetal prin traumatism sunt:
   A. Accidentele rutiere
   B. Focuri de armă
   C. Ingestia accidentală a mamei de acizi tari
   D. Ingestia accidentală a mamei de soluții bazice
   E. Abuzurile fizice la care a fost supusă mama

147. Traumatismele pediatrice:
   A. Sunt mai frecvent întâlnite la copiii cu vârste cuprinse între 9 si 12 ani

B. Sunt cea mai frecventă cauză de deces la copii
C. Constituie prima cauză de handicap la copiii sub 14 ani
D. La copiii între 1 si 14 ani de viață accidentele rutiere reprezintă aproximativ jumatate din cauzele de deces
E. Traumatismele termice reprezintă cea dea doua cauză de deces prin trauma la copii după accidentele rutiere

148. Principalele mecanisme de producere a traumatismelor la vârstnici sunt:
A. Precipitările
B. Căderile de la înaltime
C. Agresiunile
D. Accidentele de autovehicul
E. Arsurile

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

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

151. Managementul în cazul traumatismelor pediatrice ține cont de:
A. Prioritățile de resuscitare a copiilor diferă față de prioritățile adulților
B. În cazul unei oxigenari <90% a pacientului pediatric putem presupune o afectare a căilor aeriene deoarece copiii nu prezintă, în general, boli respiratorii precum pacientul adult

C. Hipoventliația apare frecvent ca urmare a unei leziuni cerebrale sau în urma șocului
D. Copilul traumatizat poate necesita intubație oro-traheala doar și pentru a putea fi investigat corespunzator
E. Dintre investigațiile imagistice efectuate în cazul diagnosticului traumatismelor la copil nu poate face parte și tomografia computerizată

152. *Splina are la adult următoarele funcții :
A. Hematopoieza
B. Filtrarea leucocitelor care ajung la finalul vieții lor de 110-120 de zile
C. Sinteza de trombocite
D. Imunomodularea
E. Filtrarea imunoglobulinei M

153. *Splenectomia este urmată de:
A. Leucopenie tranzitorie
B. Leucopenie persistenta
C. Trombocitoză pasageră
D. Trombocitopenie pasageră
E. Menținerea nemodificată a hemoleucogramei

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

155. Drenajul venos al splinei se realizează:
A. Exclusiv prin vena splenică
B. Exclusiv prin venele gastrice scurte
C. Prin vena splenică, care se uneşte cu vena mezenterică superioară, formând vena portă
D. Prin venele gastrice scurte și vena splenică
E. Prin anastomoza cu vena renala stânga, ajungând în vena cava inferioară

156. Splinele accesorii:
A. Apar la 10-30% din populatie
B. Apar la 30-50% din populatie

C. Sunt frecvent localizate în hilul splenic, ligamentele suspensoare ale splinei, omentul
D. Nu prezintă funcții, deci sunt fără importanță practică
E. Eșecul identificării şi exciziei splinelor accesorii poate duce la recidiva unor boli hematologice care se tratează prin splenectomie

157. Splina are rol:
A. De a filtra sângele
B. De hematopoieza extramedulară la fetus
C. Posibil în sechestrarea şi distrucţia granulocitelor şi a plachetelor
D. Sinteza granulocitelor si plachetelor
E. În procesele imune, asigurând răspunsurile imune specifice şi non-specifice

158. *Radiografia abdominală pe gol este utilă în explorarea splinei prin evidențierea:
A. Dimensiunilor exacte ale splinei
B. Funcției hematopoietice a splinei
C. Fracturilor costale inferioare stângi, sugestive pentru leziuni splenice
D. Aspectului pancreasului afectat secundar în bolile splenice
E. Vascularizației splinei

159. *Scintigrafia este utilă pentru evaluarea splinei:
A. Pentru informații privind exclusiv dimensiunile splinei
B. Pentru informații privind exclusiv funcțiile splinei
C. Pentru a decele spline accesorii sau ectopice
D. Pentru a monitoriza traumatismele splenice
E. Pentru a efectua puncții ghidate

160. La evaluarea clinică a unui pacient cu o posibilă afecţiune splenică, este important de aflat:
A. Istoricul sângerărilor, dacă există (epistaxis spontan, sângerări gingivale, menoragie)
B. Istoricul de consum de medicamente ce pot interfera cu funcţia plachetară
C. Istoricul personal şi familial de afecţiuni hematologice (limfom, leucemie)
D. Splenomegalie dureroasă în afecțiuni hematologice
E. Splenomegalie nedureroasă în infecție splenică, infarct splenic sau ruptură splenică

161. Ecografia abdominală este utilă pentru evaluarea:
A. Dimensiunilor splinei
B. Funcțiilor splinei
C. Prezenţei chisturilor splenice sau a abceselor splenice
D. Evaluarea rapidă a pacienţiilor cu traumatisme pentru prezenţa sângelui în cavitatea peritoneală

E. Vascularizaţia splinei, prin ultrasonografie Doppler

162. Computer Tomografia (CT) cu substanță de contrast este metoda preferată pentru:
A. Determinarea dimensiunilor și leziunilor splinei
B. Evidențierea altor leziuni/afecţiuni concomitente la nivel abdominal
C. Evidențierea chisturilor sau abceselor de la nivelul splinei
D. Efectuarea drenajelor percutane ale chisturilor sau abceselor splinei sub ghidaj CT
E. Monitorizarea leziunilor splenice

163. Angiografia splinei este utilă:
A. La pacienţii cu traumatism abdominal, stabili hemodinamic, la care ultrasonografia vizualizează lichid liber intraabdominal
B. La pacienţii cu traumatism abdominal, instabili hemodinamic, la care ultrasonografia vizualizează lichid liber intraabdominal
C. În evaluarea tumorilor splenice
D. Pentru embolizarea arterei splenice
E. Pentru monitorizarea pacienților cu hipersplenism

164. *La o persoană sănătoasă, după ce splina este înlăturată chirurgical :
A. Numărul leucocitelor creşte tranzitor, în medie cu 50% peste limita superioară a normalului, revenind la normal dupa 5-7 zile
B. Numărul leucocitelor creşte tranzitor, în medie cu 30% peste limita superioară a normalului, revenind la normal dupa 2-4 zile
C. Numărul leucocitelor scade tranzitor, în medie cu 50% sub limita inferioară a normalului, revenind la normal dupa 5-7 zile
D. Numărul leucocitelor scade tranzitor, în medie cu 30% sub limita inferioară a normalului, revenind la normal dupa 5-7 zile
E. Numărul leucocitelor nu este influențat de splenectomie

165. După splenectomie, la 50% dintre pacienţi, numărul plachetelor sanguine:
A. Crește tranzitor cu pana la 30% între ziua 2 şi ziua 10 postsplenectomie şi revine de obicei la normal în aproximativ două săptămâni
B. Scade tranzitor cu până la 30% între ziua 2 şi ziua 10 postsplenectomie şi revine de obicei la normal în aproximativ două săptămâni
C. Crește tranzitor cu pana la 50% între ziua 2 şi ziua 10 postsplenectomie şi revine de obicei la normal în aproximativ două săptămâni
D. Tratamentul antiagregant plachetar este indicat dacă numărul trombocitelor depășește 750000/mm³, până numărul de trombocite revine la normal
E. Tratamentul anticoagulant este indicat dacă numărul trombocitelor depășește 750000/mm³, până numărul de trombocite revine la normal

166. Vaccinarea antipneumococică cu vaccin pneumococic polivalent:
   A. Este indicată numai la pacienții cu splenectomia totală
   B. Este indicată la pacienții cu splenectomia totală şi splenectomie conservativă (parţiale) posttraumatică
   C. Nu este indicată la pacienţii cu traumatism splenic manageriaţi non-operator
   D. La pacienţii programaţi pentru splenectomie electivă, este recomandată vaccinarea înaintea intervenţiei chirurgicale
   E. Asigură protecție totală împotriva infecțiilor severe postsplenectomie (OPSI)

167. *Simptomatologia principală în achalazie este:
   A. Durerea
   B. Regurgitarea
   C. Disfagia progresivă la solide şi apoi la lichide
   D. Pirozis
   E. Disfagie progresiva la lichide si apoi la solide

168. *Terapia chirurgicală endoscopică pentru achalazie POEM (miotomia endoscopică per orală) constă în :
   A. Dilatarea sfincterului esofagian inferior (SEI) cu balonul endoscopic
   B. Endoscopie digestivă superioară cu injectarea SEI cu toxină botulinică
   C. Crearea endoscopică a unui tunel submucos esofagian şi apoi efectuarea unei miotomii a SEI
   D. Miotomie Heller pe cale laparoscopică
   E. Miotomie a SEI pe cale toracoscopică

169. Achalazia:
   A. Este o boală degenerativă a plexului nervos mienteric (Auerbach) care duce la denervarea esofagului
   B. Are ca rezultat relaxare sfincterului esofagian inferior (SEI) la deglutiţie
   C. Are ca rezultat lipsa relaxării sfincterului esofagian inferior (SEI) la deglutiţie
   D. Are ca rezultat absenţa peristaltismului esofagian
   E. Are ca rezultat hiperperistaltismul esofagian

170. Diagnosticul achalaziei se face prin:
   A. Ecoendoscopie (EUS)
   B. Tranzit baritat, care arată clasic „semnul ciocului de pasăre"
   C. Studiu manometric ce indică eşecul relaxării SEI odată cu deglutiţia, combinat cu absenţa contracţiilor peristaltice normale ale esofagului
   D. Laparoscopie diagnostica

E. Endoscopia pentru a exclude alte posibile cauze ale obstrucţiei distale, cum ar fi carcinomul esofagian (pseudoachalazie)

171. Tratamentul achalaziei este:
   A. Curativ, cu vindecare definitivă
   B. Limitat la intervenţii paliative, deoarece boala nu poate fi vindecată
   C. Direcționat către ameliorarea spasmului SEl prin tratament medical, intervenţie endoscopică sau miotomie chirurgicală
   D. Reprezentat de dilatarea sfincterului esofagian inferior (SEI) cu balonul endoscopic şi miotomia chirurgicală
   E. Reprezentat de rezecția esofagului distal cuprinzând sfincterul esofagian inferior (SEI)

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

173. *Un barbat de 52 de ani, descoperit intamplator de 6 luni cu leziune esofagiană asimptomatică. La endoscopia directă: tumoră 8 mm fără modificări ale mucoasei, iar la examenul tranzit baritat se evidențiază o masă 8 mm cu contur neted bine definit endoscopie directă – tumora 8 mm fără modificări ale mucoasei. Care este managementul terapeutic?
   A. Intervenție chirurgicală: enucleerea leziunii prin toracotomie sau toracoscopie
   B. Enucleerea leziunii prin endoscopie
   C. Monitorizare prin ecoendoscopie (EUS)
   D. Aspirație cu ac fin sau biopsie, în vederea stabilirii caracterului benign sau malign
   E. Supraveghere clinică până la apariția disfagiei

174. Majoritatea leziunilor esofagiene benigne:
   A. Apar la nivelul esofagului mijlociu şi distal
   B. Apar la nivelul esofagului proximal
   C. Se prezintă frecvent cu dureri
   D. Se prezintă frecvent cu disfagie
   E. Evaluarea se face prin tranzitul baritat si endoscopie

175. Leziunile esofagiene benigne sunt:
   A. Neobișnuite (rare)
   B. Frecvent întalnite
   C. De obicei asimptomatice și descoperite întâmplător
   D. Cel mai frecvent leiomiom, localizat în stratul muscular
   E. Ca simptomatologie apare disfagia

176. *Complicaţia pe termen lung a ingestiei de substanţe caustice este:
   A. Însuficiența respiratorie acută
   B. Edem al căilor respiratorii
   C. Formarea stenozelor esofagiene
   D. Insuficiența respiratorie cronică
   E. Arsura transmurală

177. *Tratamentul de urgență în ingestia de substanțe caustice are ca primă prioritate
   A. Neutralizarea substanțelor caustice
   B. Inducerea vărsăturilor
   C. Menținerea permeabilității esofagiene
   D. Administrarea de steroizi
   E. Antibioterapia

178. Ingestia substanțelor caustice:
   A. Ingestia de produse acide produce de regulă leziuni mai profunde
   B. Ingestia de produse alcaline produce de regulă leziuni mai profunde
   C. Capacitatea de a ingera material acid este limitată de senzația de arsură extremă în cavitatea bucală
   D. Capacitatea de a ingera material alcalin este limitată de senzația de arsură extremă în cavitatea bucală
   E. Ingestia de produse alcaline are ca rezultat o vătămare esofagiană în toată grosimea peretelui

179. Evaluarea arsurii produse de substanțele caustice cuprinde:
   A. Aprecierea motivului precis care a determinat ingestia substanței
   B. Identificarea precoce a agentului etiologic (substanţă acidă, alcalină), deoarece necesită abordare diferită
   C. Examinarea fizică a orofaringelui pentru a estima severitatea leziunilor şi pentru eventuala intubaţie endotraheală, în caz de edem al căilor respiratorii superioare
   D. Endoscopia flexibilă trebuie efectuată precoce, în primele 24 de ore, pentru a reduce la minim riscul de perforaţie

E. Gravitatea lezională este clasificată în funcţie de gradul de profunzime, de la arsuri superficiale de gradul I, la arsuri de gradul al treilea, transmurale

180. Tratamentul stenozelor esofagiene postcaustice cuprinde:
A. Dilatarea cu bujii
B. Antibioticele
C. Steroizi
D. Interpunerea de colon (pe cale retrosternală)
E. Rezecția esofagiană cu interpunerea de colon

181. Care sunt intervențiile practicate în stenozele esofagiene postcaustice?
A. În urgență rezecția chirurgicală a esofagului, cu interpunere de colon
B. În caz de stenoză tardivă, strânsă, rezecția esofagului cu interpunere de colon
C. Dacă fibrozarea este prea intensă pentru a efectua o rezecție esofagiană sigură, se practică o interpunere colonică retrosternală
D. În timpul evaluării endoscopice, gastrostomie percutană endoscopică pentru aport nutritiv și acces pentru dilatări retrograde cu bujii
E. În caz de degenerare malignă a leziunilor esofagiene, interpunere colonică retrosternală

182. *Răspunsul la stresul chirurgical determină:
A. Potențarea sistemului fibrinolitic, cu predispunerea pacientului la hemoragie
B. Supresia sistemului fibrinolitic, cu predispunerea pacientului la tromboză
C. Menținerea constantă a sistemului fibrinolitic, fără risc de dezechilibru al sistemului fluido-coagulant
D. Potențarea sistemului coagulant, cu predispunerea pacientului la tromboză
E. Supresia sistemului coagulant, cu predispunerea pacientului la hemoragie

183. *Măsurile preoperatorii, care reduc riscul de complicaţii pulmonare postoperatorii, sunt încetarea fumatului:
A. În ziua intervenției chirurgicale
B. În ziua precedentă intervenției chirurgicale
C. Cu minim 2 săptămâni înaintea intervenției chirurgicale
D. Cu minim 6 săptămâni înaintea intervenţiei chirurgicale
E. Imediat după intervenția chirurgicală

184. *Standardul de aur pentru diagnosticul și stadializarea bolii hepatice rămân/rămâne:
A. Biopsia hepatică
B. Testele serologice și radiologice
C. Ultrasonografia abdominală

D. Testele biochimice și serologice
E. Rezonanța magnetică nucleară sau computer tomografia

185. *Managementul perioperator al pacientului cu boala cronică de rinichi (BCR) sau injurie acută renală (IRA) are ca principală țintă:
A. Monitorizarea cu acuratețe a bilanțului hidric
B. Cântărirea zilnică a bolnavului
C. Evitarea medicamentelor anti-inflamatorii nonsteroidiene din cauza efectelor secundare nefrotoxice
D. Evitarea opioidelor, ce se pot acumula la pacienţii cu BCR, având risc înalt de depresie respiratorie
E. Menţinerea euvolemiei şi a perfuziei renale

186. *Pacienţii chirurgicali cu patologie hepatică:
A. Au risc de sângerare abundentă
B. Au risc de tromboza venoasa
C. Au echilibru fluido-coagulant optim
D. Au risc minim de sangerare
E. Afectarea hemostazei poate fi atribuită creșterii producţiei factorilor de coagulare

187. *La pacientul diabetic, stresul chirurgical induce un răspuns neuro-endocrin cu:
A. Menținerea echilibrului dintre insulină şi hormonii de contrareglare: glucagon, adrenalină
B. Cortizol şi hormonul de creştere
C. Eliberarea insulinei serice și scăderea glicemiei
D. Scăderea hormonilor de contrareglare
E. Instabilitate într-un sens sau altul a echilibrului dintre insulina și hormonii de contrareglare
F. Eliberarea hormonilor de contrareglare, care determină rezistenţa periferică la insulină, creşterea producţiei de glucoză hepatică şi scăderea producţiei de insulină cu tendinţă la hiperglicemie

188. *Infecția plăgii chirurgicale:
A. Dacă este recunoscută precoce poate determina drenaj spontan
B. Se manifestă constant prin febră urmată de tahicardie
C. Se tratează în primul rand prin antibiotice
D. Dacă este depistată tardiv conduce la distrugerea fasciei, cu dehiscență sau eviscerație
E. Reprezintă cea mai frecventă infecție nozocomială

189. Pacienţii cu patologie hepatică avansată au un risc crescut de a dezvolta ascită, care creşte riscul de:
   A. Închidere rapidă a plăgilor chirurgicale
   B. Dehiscenţă a plăgii
   C. Afectare a ventilaţia pulmonare
   D. Eventraţii după chirurgia abdominală
   E. Reacumulare a ascitei, cu toate că este drenată în timpul intervenției chirurgicale

190. La pacientul diabetic, gastropareza, cauzată de neuropatia vegetativă:
   A. Se evidențiază prin senzație de foame postprandială
   B. Poate întârzia evacuarea gastrică şi creşte riscul de aspirație
   C. Este sugerată de istoricul de plenitudine postprandială prelungită sau de constipaţie
   D. Se manifesta prin diaree postprandială
   E. Poate fi sugerată de clapotajul gastric, atunci când stomacul ar trebui să fie gol

191. Dacă intervenţia chirurgicală este necesară la pacienta gravidă:
   A. Ideal este să se intervină în primul semestru de sarcină
   B. Ideal este să se intervină în al doilea semestru de sarcină
   C. Ideal este să se intervină în al treilea semestru de sarcină
   D. Laparoscopia poate fi realizată în condiţii de siguranţă, prin reducerea presiunii abdominale de insuflaţie
   E. Laparoscopia poate fi realizată în condiții de siguranță, prin creșterea presiunii abdominale de insuflație

192. Sondele de tract digestiv sunt:
   A. Sondele nazo-gastrice sunt utilizate, de obicei, pentru evacuarea conţinutului gastric
   B. Sondele nazo-gastrice sunt utilizate, de obicei, pentru alimentație
   C. Sondele nazo-enterale sunt destinate alimentaţiei
   D. Sondele de gastrostoma sunt utilizate pentru drenaj sau alimentație
   E. Sondele de jejunostoma sunt utilizate pentru acces nutrițional pe termen lung

193. Poziționarea sondei nazo-enterale de alimentație poate fi confirmată fără dubiu, doar prin:
   A. Anamneza atentă a pacientului
   B. Examinarea clinică a pacientului
   C. Palparea directă intraoperatorie
   D. Ascultarea în epigastru a zgomotelor produse de aerul injectat
   E. Radiografie

194. Sondele endotraheale:
   A. Au un balon care asigură etanşeitatea la peretele traheal

B. Au diametre diferite, ce asigură etanşeitatea la peretele traheal
C. Sunt utilizate când pacienţii necesită ventilaţie mecanică pe termen scurt
D. Sunt utilizate când pacienţii necesită ventilaţie mecanică pe termen lung
E. Sunt utilizate când pacienții nu își pot menţine o cale aeriană patentă

195. Tuburile de dren toracice sunt plasate în cavitatea pleurală:
A. Pentru a evacua aerul (hemotorax)
B. Pentru a evacua aerul (pneumotorax)
C. Pentru a evacua sângele (hemotorax)
D. Pentru a evacua lichidele (revărsatul pleural)
E. Pentru a evacua puroiul (pneumotorax)

196. Tuburile de dren toracice sunt conectate la un system:
A. De aspiraţie continuă
B. De insuflare continua
C. Ce permite drenajul aerului şi al lichidului din cavitatea pleurală si previne pătrunderea aerului din exterior în spaţiul pleural
D. De lavaj
E. De tip circuit inchis

197. Sondele de traheostomă:
A. Sunt plasate prin faringe, în laringe și trahee
B. Sunt plasate direct în trahee, la nivelul gâtului
C. Sunt utilizate la pacienţii care necesită ventilaţie mecanică pe termen scurt
D. Sunt utilizate la pacienţii care necesită ventilaţie mecanică pe termen lung
E. Sunt utilizate la pacienţii care nu îşi pot menţine o cale aeriană patentă pe termen lung

198. Drenurile chirurgicale:
A. Sunt montate intraoperator pentru a evacua colecții lichidiene prezente
B. Sunt montate intraoperator pentru a evacua colecții lichidiene potențiale
C. Drenajele pasive mentin o cale pe care fluidele sa o urmeze
D. Cu sistem închis de aspiraţie, sunt o cale de dublu sens pentru bacterii
E. Pasive, fără prezența unei aspirații, sunt o cale de dublu sens pentru bacterii

199. Vindecarea plăgilor chirurgicale:
A. Se produce per primam sau per secundam
B. Per primam înseamnă că marginile plăgii au fost apoziţionate prin suturi, capse, benzi sau adezivi dermici
C. Per secundam înseamnă că marginile plăgii au fost apoziţionate prin suturi, capse, benzi sau adezivi dermici

D. Per primam implică faptul că marginile plăgii au fost lăsate neapoziţionate
E. Per secundam implică faptul că marginile plăgii au fost lăsate neapoziţionate

200. În tratamentul unui abces de plaga chirurgicală, vindecarea per secundam implică:
A. Apoziționarea marginilor plăgii prin sutura, capse
B. Faptul că marginile plăgii au fost lasate neapoziționate
C. Apoziționarea marginilor plăgii prin benzi sau adezivi dermici
D. Aplicarea unui pansament pentru a absorbi lichidele de la nivelul plăgii și pentru a preveni închiderea prematură
E. Nici una din afirmațiile de mai sus nu este adevarată

201. Terapia antialgică la pacienții chirurgicali:
A. Pacienţii cu incizii craniene și cervicale beneficiază de analgezie epidurală
B. Pacienții cu incizii toracice sau abdominale beneficiază de analgezie epidurală
C. Analgezia intravenoasă controlată de pacient oferă un bun control al durerii intense din perioada imediat postoperatorie
D. Analgezia intravenoasă controlată de pacient oferă un bun control al durerii intense din perioada postoperatorie tardivă
E. În unitatea de terapie intensivă este facilă administrarea analgezicelor per os

202. Care din următorii pacienți au riscul cel mai mare de tromboembolism venos?
A. Pacientul cu intervenție chirurgicală de tract digestiv
B. Pacientul imobil cu fractură de coloană
C. Pacientul cu intervenție chirurgicală toracică majoră
D. Pacientul cu fractură de bazin sau oase lungi
E. Pacientul care intrunește triada lui Virchow (staza, hipercoagulabilitate și injurie endotelială)

203. Atelectazia postoperatorie:
A. Afectează până la 50 % din pacienții supuși anesteziei generale
B. Afectează până la 90 % din pacienții supuși anesteziei generale
C. Se manifestă prin creşterea fracţiei de sunt, adică un raport ventilaţie-perfuzie scăzut ce conduce la hipoxie
D. Se manifestă prin scaderea fracţiei de şunt, adică un raport ventilaţie-perfuzie crescut ce conduce la creșterea saturației în oxigen
E. Reexpansionarea plămânilor este afectată de durere, suprimarea tusei, lipsa mobilității

204. Managementul atelectaziei postoperatorii:
A. Începe preoperator, prin oprirea fumatului cu 8 săptămâni înainte de intervenţie

B. Începe preoperator prin iniţierea exerciţiilor inspiratorii, mai ales la pacienţii cu tuse productivă şi bronşită cronică
C. Începe postoperator prin managementul corect al durerii
D. Se continua postoperator prin managementul corect al durerii, mobilizare precoce
E. Prin chirurgia minim invaziva se reducere semnificativ incidenţa atelectaziei

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

206. Infecţia de plagă chirurgicală:
A. Reprezintă cea mai frecventă infecție nosocomială
B. Reprezintă a doua cea mai frecventă infecție nosocomială
C. Apare la 2 - 5 % din pacienții chirurgicali
D. Apare la 5 -10 % din pacienții chirurgicali
E. Poate avea consecinţe acute devastatoare precum dehiscenţa fascială, formarea unui pseudoanevrism, fistula anastomotică

207. Semnele de infecţie a plăgii chirurgicale:
A. Sunt cele ale inflamaţiei: eritem (rubor), edem (tumor), căldură locală (calor) şi durere accentuată la locul inciziei (dolor)
B. Bradicardia poate fi primul semn, iar febra apare ulterior
C. Tahicardia poate fi primul semn, iar febra poate apărea ulterior
D. Drenajul spontan de la nivelul plăgii chirnrgicale indică o întârziere în recunoaşterea acestei complicaţii postoperatorii
E. Depistarea tardivă conduce la distrugerea fasciei, cu dehiscenţă sau evisceraţie

208. Febra postoperatorie:
A. Inițierea investigațiilor privind cauza febrei începe de la 38,3 ºC
B. Investigațiile privind cauza încep cu solicitarea de teste diagnostice (de laborator, prelevarea de material biologic pentru culturi şi investigaţiile imagistice)
C. Investigațiile privind cauza încep cu examenul fizic ţintit pentru a căuta indicii şi/sau confirmarea unei surse suspicionate

D. Investigațiile privind cauza încep cu analiza circumstanţelor: locaţia pacientului (în unitatea de terapie intensivă sau în secţia de chirurgie), durata spitalizării, prezenţa şi durata ventilaţiei mecanice
E. De prima importanță sunt instrumentarea (catetere, linii vasculare, sonde la nivel nazal sau toracic), medicaţia, plăgile chirurgicale şi natura intervenţiei chirurgicale (electivă, de urgenţă, de tract gastro-intestinal, traumă)

209. Procesul de minimizare a erorilor în chirurgie include situații care nu trebuie sa aiba loc niciodată, cum sunt:
A. Analiza circumstanțelor (locația pacientului, durata spitalizării)
B. Chirurgie efectuată pe partea greșită a corpului
C. Investigații imagistice
D. Efectuarea examenului fizic țintit
E. Chirurgie efectuată pe alt pacient

210. Perforația esofagiană cervicală va beneficia de următoarele tratamente:
A. Antibiotic per os
B. Debridare chirurgicală
C. Endoscopie digestivă superioară
D. Antibiotc intravenos
E. Gastrostomă de alimentație

211. *Următoarele afirmații despre perforațiile esofagului toracic sunt adevărate, cu excepția:
A. Perforaţia majoră a esofagului toracic se prezintă de obicei cu semne acute de sepsis
B. Perforaţia esofagului toracic este cel mai frecvent consecinţainstrumentării unui esofag anterior sănătos
C. Sindromul Mallory-Weiss se manifestă prin hemoragie digestivă superioară
D. Investigarea suspiciunii de perforaţie esofagiană toracicăîncepe cu efectuarea unei radiografii toracice standard
E. Tratamentul de bază este reprezentat de intervenția chirurgicală

212. Perforația esofagului toracic include următoarele etape:
A. Debridare minuțioasă a țesuturilor infectate
B. Esofagorafia într-un singur strat doar a mucoasei
C. Consolidarea suturii cu un un lambou intercostal pediculat
D. Esofagectomia concomitentă în cazul achalaziei
E. Drenajul în tub T în cazul cancerelor esofagiene în stadiu terminal

213. Clasificarea herniilor hiatale include următoarele tipuri de afectări:

A. Tipul III, fiind forma cea mai comună
B. Tipul I, prin alunecare
C. Tipul IV este o combinație între hernia de alunecare și cea paraesofagiană
D. În tipul II există o un prolaps izolat al stomacului printr-un ligament frenoesofagian slăbit
E. Tipul I este frecvent asociat cu boala de reflux gastroesofagian

214. Următoarele afirmații despre managementul herniilor hiatale sunt adevărate:
A. Herniile hiatale de tip I vor necesita întotdeauna tratament chirurgical
B. Incarcerarea acută este rară în cazul celor de tip II
C. O etapă intraoperatorie cheie este reprezentată de închiderea fără tensiune a defectului diafragmatic
D. La pacienţii vârstnici, taraţi cronic, cura laparoscopică a herniei hiatale, cu simpla reducere a stomacului şi gastropexie este adesea suficientă
E. Cura chirurgicală a oricărui tip de hernie hiatală este de obicei indicată atunci când simptomele sunt prezente

215. *Etapele operatorii cheie în cura chirurgicală a herniilor hiatale includ următoarele, cu excepția:
A. Fundoplicatura stomacului
B. Reducerea completă a sacului de hernie
C. Închiderea fără tensiune a defectului diafragmatic
D. Gastrectomie longitudinală concomitentă
E. Mobilizarea esofagului toracic pentru a atinge o lungime esofagiană intraabdominală de 2-3 cm

216. Următoarele afirmații cu privire la Hemofilia A sunt adevărate:
A. Activitatea factorului X este redusă sau absentă
B. Este o boala autosomal-dominantă
C. Apare rareori la sexul feminin
D. Localizare sângerărilor este la nivel articular si intramuscular
E. aPTT este prelungit

217. Următoarele pot fi cauze de tulburare dobândită a coagulării:
A. Uremia
B. Medicația inhibitoare plachetară
C. Suplimente de plante fără prescripție
D. Administrarea de KCl 7,4% intravenos
E. Steatoza hepatică

218. Următoarele teste de laborator se utilizează pentru monitorizarea tratamentului cu heparină nefracționată:
   A. Timpul de trombină
   B. INR
   C. aPTT
   D. Timpul de protrombină
   E. Activitatea anti-Xa

219. Factorii care prezic la un pacient cu sângerare activă, necesitatea unei transfuzii masive, includ:
   A. Frecvență cardiacă ≥ 120 bătăi/minut
   B. FAST negativ în prezența unei plăgi penetrante
   C. FAST pozitiv în prezența unei plăgi penetrante
   D. Presiune sistolică≤90mmHg
   E. Sângerare la nivel cranian

220. Următoarele afirmații cu privire la protocoalele de transfuzie masivă și a adjuvanților acestora sunt adevărate:
   A. Calciu suplimentar trebuie administrat la fiecare 4 unități de masă eritrocitară
   B. Raportul optim dintre plasmă, trombocite și MER este de 2:1:1
   C. Acidul tranexamic este util în primele 3 ore prin inhibiția fibrinolizei
   D. Factorul recombinat VIIa favorizează coagularea dar nu aduce un beneficiu semnificativ asupra mortalității
   E. Raportul optim dintre plasmă, trombocite și MER este de 1:1:2

221. Următoarele pot fi cauze ale hemoragiei postoperatorii:
   A. Hepatectomii extinse
   B. Alimentație postoperatorie insuficientă și care primesc antibiotice
   C. Infecții severe cu șoc
   D. Administrare de vitamina K
   E. Coagularea intravasculara diseminată

222. Următoarele probe de laborator pot fi utile în diagnosticul pozitiv alcoagulării intravasculare diseminate:
   A. Troponina T
   B. D-dimeri scăzuți
   C. Trombocitopenie
   D. aPTT prelungit
   E. Hiperfibrinogenemie

223. *În următoarele situații pot apărea sângeri postoperatorii:
   A. Coagulare intravasculară diseminată
   B. Intervenții chirurgicale pe creier
   C. Deficit de α2-antiplasmină
   D. Intervenție chirurgicală la nivelul prostatei
   E. Toate situațiile de mai sus

224. Următoarele subgrupe de pacienți pot avea frecvent tulburări hemoragice sau stări procoagulante:
   A. Pacienți cu boli pulmonare cronice
   B. Femeile însărcinate
   C. Copii și adolescenții
   D. Bătrânii
   E. Pacienți cu insuficiență hepatică

225. Cu privire la pungile de masă eritrocitară (MER) pentru transfuzie, următoarele afirmații nu sunt adevărate:
   A. Volumul unei pungi de MER este de 500 ml din care 310 ml sunt eritrocite
   B. Pungile de MER nu conțin plasmă
   C. Transfuzia unei pungi de MER la un pacient de 70 de Kg crește hematocritul cu 3%
   D. Transfuzia unei pungi de MER la un pacient de 70 de Kg crește concentrația de hemoglobină cu 1g/dL
   E. Pungile de MER sunt tipic conservate la 1-6°C.

226. Transfuziile de plasmă proaspătă congelată la pacientiice urmează a fi operați sau sunt cu sângerare manifestă, se indică în următoarele situații:
   A. PT sau aPTTanormal crescute
   B. Trombocitopenie absolută
   C. Tratament preoperator cu clopidogrel (Plavix).
   D. Tratament preoperator cu Warfarina
   E. Tratament preoperator cu Aspirină

227. *Alături de acidoză și coagulopatie următorul element face parte din triada letală:
   A. Hipoglicemia
   B. Hiperglicemia
   C. Hipertermia
   D. Hipotermia
   E. Insuficienta renală acută

228. Următoarele sunt reacțiiimunologice transfuzionale :
   A. Reacții febrile
   B. Trombocitopenie
   C. Șoc anafilactic
   D. Reacții hemolitice acute și întârziate,
   E. Trombocitoză

229. Următoarele afirmații cu privire la transfuzia de masă trombocitară sunt false:
   A. Este indicată pacienților care prezintăsângerări manifeste clinic în asociere cu o trombocitopenie absolută
   B. Este indicată pacienților care prezintăsângerări manifeste clinic în asociere cu o trombocitopenie relativă dar cu disfuncție plachetară
   C. La o transfuzie obișnuită de 6 unități demasă trombocitară este de așteptat o creștere a trombocitelorcu aproximativ 10.000-20.000 trombocite/μL.
   D. Efectul terapeutic al transfuziei de masă trombocitarădepinde de greutatea pacientului și numărul de concentrate transfuzate
   E. La o transfuzie obișnuită de 4 unități demasă trombocitară este de așteptat o creștere a trombocitelorcu aproximativ 200.000 trombocite/μL.

230. *Leziunile pulmonare acute în contextul unei reacții transfuzionale constau în:
   A. Edem pulmonar cardiogen
   B. Bronhopneumonie acută
   C. Pneumotorax spontan
   D. Edem pulmonar noncardiogen
   E. Infarct pulmonar acut

231. *Managementul reacțiilor transfuzionale minore constă în
   A. Oprirea imediată a transfuziei
   B. Administrare de cristaloizi în vederea hemodiluției componentelor transfuzate
   C. Antihistaminice
   D. Manitol
   E. Nici o varianta de mai sus

232. *Cea mai frecventă indicaţie de intervenţie chirurgicalăla nivelul intestinului subţire este reprezentată de:
   A. Perforații intestinale traumatice
   B. Tromboza venei mezenterice superioare
   C. Ocluzia intestinului subțire
   D. Infecție SARS-COV 2
   E. Enterocolita dată de Clostridium Difficile

233. Etiologiile ocluziei intestinului subțire sunt reprezentate de:
   A. Traumatisme abdominale forte
   B. Cauze extrinseci
   C. Cauze infecţioase
   D. Cauze intrinseci
   E. Cauze intraluminale

234. Cauzele intrinseci ale ocluziei intestinului subțire sunt caracterizate prin:
   A. Ulcerele asociate cu utilizarea cronică de antiinflamatoare nesteroidiene
   B. Îngroşarea peretelui intestinal
   C. Majoritatea stricturilor benigne se pot rezolva nechirurgical
   D. Cauzele cele mai frecvente sunt reprezentate de enterita post radioterapie şi stricturile anastomotice
   E. Deşi pasajul lichidelor nu este restricţionat, este posibil ca particulele solide sau nedigerate să nu poată trece prin lumenul îngustat.

235. Cauzele extrinseci ale ocluziei intestinului subțire (OIS) sunt caracterizate prin:
   A. Procedeele laparoscopice produc cu aproximativ 80% mai multe aderenţe decât procedeele deschise
   B. Aderenţele postoperatorii sunt prezente la cel puţin două treimi dintre pacienţii care au suferit o intevenţie chirurgicală abdominală
   C. În general, 3-9% dintre pacienţii care au suferit o intervenţie chirurgicală abdominală în antecedente, pot prezenta ulterior simptome asociate OIS
   D. În ţările industrializate, aderenţele postoperatorii sau ţesutul cicatricial sunt cele mai frecvente cauze ale OIS
   E. Boala Crohn reprezintă o cauză extrinsecă a OIS

236. Următoarele patologii pot provoca ocluzia intestinului subțire de cauză extrinsecă, cu excepţia:
   A. Invaginația
   B. Carcinomatoza
   C. Tumori stromale gastrointestinale
   D. Herniile interne
   E. Sindromul arterei mezenterice superioare

237. Următoarele patologii pot provoca ocluzia intestinului subțire de cauză intraluminală:
   A. Fitobezoarii
   B. Herniile inghinale
   C. Inavaginaţia

D. Stricturi anastomotice
E. Ileusul biliar

238. Fiziopatologia din spatele ocluziilor intestinului subțire (OIS) constă în:
A. Pierderile lichidiene se produc și prin “spațiul al treilea”
B. În OIS extrem de proximală, suculintestinal este foarte acid, iar vărsăturile duc la o alcaloză metabolică
C. Deshidratarea survine în principal ca o consecinţă a diareei apoase
D. În timp, pierderile de potasiu cresc, deoarecerinichiul secretă potasiul împreună cu bicarbonatul camecanism compensator
E. Absorbţia ionilor de sodiu,potasiu, clor şi hidrogen este crescută semnificativ

239. *Deshidratarea în ocluziile intestinului subţire survine ca o consecinţă a, cu excepţia:
A. Vărsăturilor
B. Absorbţiei scăzute de la nivelul peretelui
C. Scăderii secreţiei stimulată hormonal de distesia lumenului
D. Transudarea lichidului în cavitatea peritoneală
E. Pierderilor din spaţiul al treilea datorate edemului peretelui abdominal

240. Indicatorii unui risc mare de strangulare sunt:
A. Febra
B. Trombocitoza
C. Leucopenia
D. Sensibilitatea abdominală
E. Tahicardia

241. Următoarele semne și simptome se potrivesc cu localizarea și tipul de ansă afectată:
A. Vărsăturile în cantități mari și bilioase dese apar în ocluziile cu ansă intestinală proximală deschisă
B. Vărsăturile au aspect fecaloid în ocluziile pe ansă închisă
C. Durerea din ocluziile de colon și rect sunt continue
D. Sensibilitatea la palpare epigastrică apare în ocluziile pe ansă închisă
E. Distensia din ocluziile cu ansă intestinală proximală deschisă este marcată

242. *Examinarea pacientului cu ocluzie a intestinului subțire poate releva următoarele, cu excepția:
A. Abdomenul este frecvent destins, în funcţiede localizarea ocluziei.
B. Cicatricile chirurgicale şi zonele cupotenţial de herniere trebuie examinate cu atenţie
C. La auscultaţie, în stadiileiniţiale ale bolii se pot decela sunete înalte şi borborisme

D. Tahicardia, mucoasele uscate, scăderea turgoruluipielii şi hipotensiunea relativă pot fi observate în cazuri precoce
E. Sensibilitatea la percuţie, la decompresie şi teamade mişcare, impun intervenţiachirurgicală de urgenţă

243. Aspecte radiologice sugestive pentru ocluzia intestinului subțire cuprind:
A. Distensiaintestinală proximal de punctul de ocluzie
B. Pneumobilia
C. Aeroportia
D. Nivelele hidroaericepot fi observate pe imaginile din ortostatism
E. Colabareaintestinului distal

244. Referitor la investigația CT în ocluziile intestinului subțire (OIS), următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Rezultatele CT sunt întotdeauna corelate cu tabloul clinic
B. Rotirea mezenterului observată pe CT se numește „semnul vârtejului"
C. CT-ul este de ajutor doar în cazul administrării substanței de contrast orale
D. Investigaţiile cu substanţă de contrast ale intestinului subţire sunt întotdeauna necesare în condiţii acute
E. CT-ul poate să identifice zona de tranziţie între porțiunea dilatată şi cea nedilatată a intestinului subţire

245. *Despre examinările de laborator din cadrul ocluziei intestinului subțire se poate afirma, cu excepția:
A. O alcaloză hiperkalemică de„contracţie" este frecventă la pacienţii cu deshidratare severă
B. Hiperamilazemia poate fi observată în cadrul OIS
C. Leucocitoza persistentă poate fi un semn de progresie spre ischemie
D. Un infarct constituit poate fiprezent clinic şi fără acidoză
E. Acidoza lactică, în special în contextul resuscitării volemice adecvate, poate semnala ischemie intestinală

246. *Dintre afirmațiile următoare legate de esofag selectați-o pe cea falsă:
A. Esofagul traversează toracele în mediastinul posterior
B. Aorta descendentă toracică se află în partea anterioară a esofagului
C. Abordul chirurgical al esofagului se efectuează de cele mai multe ori printr-o toracotomie dreaptă
D. Esofagul cervical este irigat de artera tiroidiană inferioară
E. Venele azygos şi hemiazygos asigură drenajul venos al esofagului toracic

247. *În ciroza hepatică cu hipertensiune venoasă portală (și posibila apariție a varicelor esofagiene), drenajul colateral între sistemul venos portal și venele azigos este asigurat de:
A. Vena tiroidiană inferioară
B. Vena splenică
C. Vena gastrică dreaptă
D. Plexul venos esofagian inferior
E. Venele hepatice

248. Alegeți afirmațiile adevărate legate de drenajul limfatic al esofagului:
A. Esofagul toracic drenează în ganglionii limfatici de la nivelul mediastinului anterior
B. În carcinomul esofagian, metastazarea inițială în ganglionii limfatici este determinată de localizarea tumorii
C. Vasele limfatice ale esofagului cervical drenează în ganglionii cervicali profunzi (jugulari)
D. Esofagul cervical drenează în ganglionii axilari
E. Esofagul distal drenează în ganglionii limfatici celiaci, gastrici stângi și parahiatali

249. Care dintre următoarele afirmații legate de inervația esofagului sunt false?
A. Esofagul proximal este inervat de nervul vag prin nervii laringieni recurenți și de lanțul toracic simpatic
B. Lezarea nervului laringeu recurent perturbă mecanismul de deglutiție al esofagului superior
C. Lezarea nervului laringeu recurent perturbă activitatea corzilor vocale
D. Lezarea plexul mienteric poate produce acalazie
E. Fibrele parasimpatice din musculara propria formează plexul mienteric, responsabil de inervația esofagului mijlociu și distal

250. Care dintre următoarele afirmații legate de esofag sunt adevărate?
A. Conectează cavitatea bucală la stomac
B. Este un tub alimentar muscular de aproximativ 25 cm lungime
C. Începe la aproximativ 15 cm de arcada dentară
D. Traversează toracele în mediastinul anterior
E. Aorta este situată pe partea stângă a esofagului pentru ca apoi să traverseze diafragmul posterior de acesta

251. În ceea ce privește anatomia esofagului, următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Aorta descendentă toracică se află în partea anterioară a esofagului
B. Lezarea nervului laringeu recurent perturbă mecanismul de deglutiție al esofagului superior

C. Vasele limfatice ale esofagului cervical drenează în ganglionii cervicali profunzi (jugulari)
D. Esofagul este un tub alimentar muscular de aproximativ 25cm lungime ce conectează faringele la stomac
E. Drenajul venos al esofagului cervical este asigurat în principalde vena tiroidiană inferioară

252. Care sunt tipurile histologice de cancer esofagian?
A. Carcinom mucinos
B. Tumoră cu celule în pecete
C. Adenocarcinom
D. Cancer esofagian cu celule mici
E. Carcinomul scumo-celular

253. Alegeți afirmațiile adevărate legate de carcinomul scuamo-celular (CSC) al esofagului:
A. Există o incidență mai mare la femei
B. Este localizat în principal în treimea medie și cea proximală a esofagului
C. Unul din factorii incriminați în creșterea riscului de CSC este aportul alimentar ridicat de nitrozamine
D. Există o asociere puternică între fumat (tutun) și CSC
E. Nu s-a putut demonstra o asociere intre consumul de alcool și CSC

254. *Alegeți varianta incorectă legată de carcinomul esofagian:
A. Incidența anuală e de 4-5 la 100.000
B. Supraviețuirea generală la 5 ani e de aproximativ 20%
C. Există o asociere puternică între fumat (tutun) și carcinomul scuamo-celular
D. Carcinomul scuamo celular este localizat în principal în treimea distală a esofagului
E. Incidența adenocarcinomului esofagian a depășit-o pe cea a carcinomului scumo-celular

255. Alegeți afirmațiile adevărate legate de adenocarcinomul esofagian:
A. Are un prognostic nefavorabil
B. A depășit ca incidență carcinomul scumo-celular
C. Prevalența sa este mai mare în populația afro-americană
D. Adenocarcinomul implică esofagul distal şi este asociat cu esofagul Barrett
E. Incidența anuală e de 8-9 la 100.000

256. Legat de tabloul clinic al cancerului esofagian, care dintre următoarele sunt adevărate?
A. Adenocarcinomul esofagian determină disfagie pentru alimente
B. Carcinomul scuamo-celular determină scădere ponderală

C. La momentul diagnosticului, pacienţiicu adenocarcinom sunt adesea într-un stadiu de boală mai puţin avansat
D. Carcinomul scuamo-celular este frecvent asociat cu unistoric de boală de reflux
E. Adenocarcinomul esofagian determină scădere ponderală

257. *Legat de diagnosticul cancerului esofagian, care dintre următoarele sunt false?
A. Tranzitul baritat de obicei confirmă stenoza esofagiană sub forma unui defect de umplere neregulat
B. Tomografia computerizată poate fi utilă în definireaextensiei tumorale
C. Evaluarea endoscopică este obligatorie pentru a obţine confirmarea histologică a cancerului esofagian
D. Tomografia computerizată nu poate identifica ganglionii limfatici cu aspect patologic
E. În afara ganglionilor limfatici periesofagieni, organele cel mai frecvent implicate în apariţia bolii metastatice sunt ficatul şi plămânii

258. Legat de diagnosticul cancerului esofagian, care dintre următoarele sunt adevărate?
A. Evaluarea paraclinică pentru suspiciunea de cancer esofagian este destinată în principal confirmării diagnosticului şi stadializării
B. La pacienţii cu displazie Barrett, supravegherea endoscopică cu biopsii de rutină favorizează identificarea modificărilor maligne precoce
C. În afara ganglionilor limfatici periesofagieni, organele cel mai frecvent implicate în apariţia bolii metastatice sunt plămânii și oasele
D. CT nu este suficient caunică investigaţie pentru a dovedi invazia tumorii în structurileadiacente
E. Tranzitul baritat de obicei confirmă stenoza esofagiană sub forma unui defect de umplere neregulat

259. În cadrul stadializării cancerului esofagian sunt adevărate următoarele afirmații:
A. În stadiile IIa sau mai incipiente ganglionii limfatici nu sunt afectați
B. Localizarea tumorii este folosită pentru stadializarea adenocarcinomului esofagian
C. În prezent se folosește aceeași clasificare pentru stadializarea carcinomului scuamo-celular și a adenocarcinomului esofagian
D. Pentru stadiile incipiente, supraviețuirea la 5 ani este de 50% sau mai mare
E. Pentru stadiile IIa sau mai incipiente,există o invazie locală limitată a tumorii

260. Care dintre următoarele afirmații sunt false legat de tratamentul chirurgical al cancerului esofagian?
A. Rezecţia chirurgicală rămâne cea mai bună metodă devindecare
B. rezultatul pe termen lung după încercarea de rezecţiecurativă rămâne nefavorabil

C. Tratamentul chirurgical are la bază principiul rezecţiei locale radicale a tumorii
D. Majoritatea studiilor raportează o rată globală de supravieţuire la 5 ani de 40%.
E. Reconstrucţia tractului alimentar post-rezecție se face în general folosind proteze sintetice

261. După rezecția esofagiană pentru cancer esofagian este necesară reconstrucția tractului digestiv. Care dintre următoarele nu sunt folosite ca substitute esofagiene?
A. Stomac
B. Duoden
C. Rect
D. Jejun
E. Colon

262. *După rezecția esofagiană pentru cancer esofagian este necesară reconstrucția tractului digestiv. Daca stomacul este folosit ca grefon pentru reconstrucția esofagiană, care dintre următoarele vase sunt secționate?
A. Artera gastrică stângă
B. Artera gastrică dreaptă
C. Artera gastro-duodenală
D. Artera gastro-epiploică stângă
E. Artera splenică

263. *Care dintre următoarele nu reprezintă o metodă de tratament paliativ pentru cancerul esofagian?
A. Dilatația endoscopică
B. Terapia cu laser și terapia fotodinamică
C. Radioterapia și radiochimioterapia
D. Rezecția chirurgicală a tumorii
E. Stenturile esofagiene

264. Legat de tehinicile chirurgicale folosite în vederea rezecției esofagiene pentru cancerul de esofag, următoarele sunt adevărate:
A. Rezecția poate fi efectuată prin toracotomie
B. Abordul transtoracic oferă posibilitatea unei rezecții mai extensive și directe a tumorii
C. Rezecția poate fi efectuată prin abord transhiatal
D. Abordul prin toracotomie poate oferi avantaje semnificative la pacienți cu funcție pulmonară afectată
E. Toracotomia este adesea asociată cu o morbiditatemai mare decât o incizie abdominală

265. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate în ceea ce privește terapia neoadjuvantă pentru cancerul esofagian?
   A. Celemai multe protocoale recomandă folosirea de 5-tluorouracil şi cisplatină
   B. Rezecția chirurgicală se recomandă a fi efectuată la 1 lună după terminarea tratamentului neoadjuvant
   C. Utilizarea terapiei neoadjuvante nu a demonstrat o îmbunătățire a supraviețuirii în comparaţiecu rezecția chirurgicală ca unică metodă de tratament
   D. Cel mai mare beneficiu în supraviețuire apare la pacientul la care se demonstrează un răspuns complet la terapia neoadjuvantă
   E. Se recomandă iradiere externă de 45 Gy pe parcursul a 6-7 săptămâni

266. Bolile care afectează pancreasul sunt frecvente şi includ procese care pot afecta atât funcţiile endocrine, cât şi pe cele exocrine:
   A. Congenitale
   B. Neinflamatorii
   C. Infecţioase
   D. Atraumatice
   E. Neoplazice

267. Pancreasul:
   A. Este un organ intraperitoneal
   B. Împărţit în trei părţi distincte: cap, corp şi coadă
   C. Capul pancreatic este încadrat de potcoava duodenală
   D. Vena mezenterică superioară (VMS) marchează joncţiunea dintre capul şi corpul glandei
   E. Coada reprezintă porţiunea cea mai distală a glandei şi se extinde spre hilul splinei pe care, uneori, se sprijină.

268. Trunchiul celiac:
   A. Vascularizează proenteronul
   B. Vascularizează mezenteronul
   C. Vascularizează metenteronul
   D. Vascularizează mezenteronul simetenteronul
   E. Se trifurcă în artera gastrică stângă, artera splenică şi artera hepatică comună

269. Trunchiul celiac:
   A. Se bifurcă în artera gastrică stângăşi artera hepatică comună
   B. Se bifurcă în artera artera splenicăşi artera hepatică comună
   C. Se trifurcă în artera gastrică stângă, artera splenicăşi artera hepatică comună
   D. Se trifurcă în artera gastrică dreaptă, artera splenicăşi artera hepatică comună

E. Vascularizează capul pancreatic şi duodenul prin intermediul arterei gastroduodenale (AGD)

270. Artera mezenterică superioară:
A. Vascularizează în totalitate proenteronul
B. Vascularizează în totalitate mezenteronul
C. Vascularizează în totalitate metenteronul
D. Ia naştere din peretele anterior al aortei abdominale
E. Ia naştere din peretele posterior al aortei abdominale

271. Artera mezentericăsuperioară:
A. Ia naştere din peretele posterior al aortei abdominale
B. Se situează imediat anterior de pancreas
C. Prima sa ramură este reprezentată de artera pancreatico duodenală inferioară
D. Vascularizează intestinul subţire în totalitate, colonul drept şi colonul transvers
E. Vascularizează intestinul subţire în totalitate, colonul stâng şi colonul transvers

272. Colateralele trunchiului celiac şi ale arterei mezenterice superioare:
A. Cu toate că un număr mare de pacienţi dezvoltăo stenozăsemnificativă a trunchiului celiac, majoritatea acestoranu prezintă simptome de ischemie mezenterică cronică, datorită unei vaste şi bogate reţele de vase colaterale, carefac legătura între trunchiul celiac şi artera mezentericăsuperioară.
B. Cu toate că un număr mare de pacienţi dezvoltăo stenozăsemnificativă a trunchiului celiac, majoritatea acestoraprezintă simptome de ischemie mezenterică cronică, datorită unei slabe reţele de vase colaterale, carefac legătura între trunchiul celiac şi artera mezenterică superioară.
C. Cele mai frecvente reţele de colaterale asociatetrunchiului celiac şi arterei mezenterice superioare, careînconjoară pancreasul şi duodenul implică vasele gastroduodenale
D. Artera pancreatică dorsală poate avea origini diferite şi are rolul de a interconecta trunchiul celiac şi artera mezenterică superioară în mai multe locuri
E. Artera pancreatică frontală poate avea origini diferiteşi are rolul de a interconecta trunchiul celiac şi artera mezenterică superioară în mai multe locuri

273. Drenajul venos al pancreasului:
A. Corespunde vascularizaţiei arteriale
B. Este diferit de vascularizaţia arterială
C. La nivelul corpului şi cozii pancreatice se face prin intermediul ramurilor tributare venei splenice şi venelor pancreatice inferioare

D. La nivelul corpului şi cozii pancreatice se face prin intermediul ramurilor tributare venei splenice şi venelor pancreatice superioare
E. Vena mezenterică superioară se poate alătura sistemului portal la orice nivel de-a lungul venei splenice

274. Inervaţia pancreasului:
A. Inervaţie simpatică (nervul vag)
B. Inervaţie parasimpatică (marele nervsplanhnic)
C. Semnalele senzoriale indicatoareale durerii pancreatice sunt transmise prin fibrele nervoase senzoriale autonome aferente
D. Durerea pancreatică poate fi consecinţa infiltrării neoplazice, a proceselor inflamatorii sau a obstrucţiei ductale
E. Tratamentul durerii uşoare la pacienţii cu pancreatită acută poate implica deblocarea nervilor aferenţi, prin neuroliza plexului celiac,utilizând alcool sau alte substanţe neurolitice

275. Funcţia exocrină a pancreasului:
A. Pancreasul joacă un rol important în digestie şi secretă zilnic 1500-1800 mL de fluid alcalin izoton, ce conţine electroliţi şi enzime digestive
B. Concentraţiile sodiului şi potasiului sunt mai mari decât cele din plasmă
C. Concentraţia de clor variază direct proporţional cu secreţia de bicarbonat
D. Când conţinutul de acid gastric (pH <3) pătrunde în duoden, are loc eliberarea de către mucoasa duodenală a secretinei, care stimulează pancreasul să secrete cantităţi crescute de lichid bogat în bicarbonat (pH >8)
E. Colecistokinina (CCK) stimulează, de asemenea, slab, producţia de bicarbonat

276. Funcţia endocrină a pancreasului: Insulele Langerhans sunt populate cu o mare varietate de linii celulare care produc diferiţi hormoni peptidici, cu excepţia**:**
A. TSH
B. T3
C. Somatostatina,
D. Pancreastatina
E. VIP

277. Etiologia pancreatitei acute:
A. Consumul de alcool şi calculii biliari sunt responsabili deaproximativ 25% dintre cazurile de pancreatită acută
B. Genetice
C. Mecanice
D. Autoimune

E. Vasculare

278. La pacienţii cu pancreatită postetanolică, următoarele afirmaţii sunt corecte, cu excepţia:
   A. Primul episod de pancreatită este precedatde 3-4 ani de consum moderat de alcool.
   B. Aceşti pacienţi prezintă, de obicei, episoade recurente de pancreatităcaresunt frecvent legate de consumul continuu de alcool
   C. După primul episod de pancreatită acută, sistemul ductal pancreatic se deteriorează definitiv şi determină dezvoltarea pancreatitei cronice
   D. Alcoolul poate determina precipitareasecreţiilor cu conţinut proteic ridicat, ducând la blocareaductelor pancreatice de mici dimensiuni
   E. Mecanismele prin care hiperlipidemia, hipercalcemia şi medicamentele precum corticosteroizii, diureticele tiazidice, furosemidul, estrogenii şi azatioprina favorizează apariţia bolii sunt necunoscute

279. Cauzele mecanice ale pancreatitei acute sunt, cu excepţia:
   A. Bolile parazitare
   B. Calculii renali
   C. Tumorile
   D. Traumatismele
   E. Alcoolul

280. Definirea gradelor de severitate a pancreatitei acute. Complicaţiile locale peri pancreatice ale pancreatitei acute - Pseudochist acut:
   A. Colecţie de suc pancreatic înconjurată de un perete de ţesut de granulaţie fibros,
   B. Colecţie de suc pancreatic fără perete propriu
   C. Care apare ca rezultat al traumatismelor pancreatice
   D. Care apare ca rezultat al pancreatitei cronice
   E. Care apare ca rezultat al consumului repetat de alcool

281. Definirea gradelor de severitate a pancreatitei acute. Complicaţiile locale peri pancreatice ale pancreatitei acute - Pseudochist acut:
   A. Apărute la cel puţin 6luni după instalarea simptomelor
   B. Este rotundă sau ovoidă
   C. Cel mai adesea cu continut purulent
   D. Care apare ca rezultat al pancreatitei acute
   E. Care apare ca rezultat al litiazei biliare

282. Definirea gradelor de severitate a pancreatitei acute. Complicaţiile locale peri pancreatice ale pancreatitei acute - Abces pancreatic:
   A. Colecţie purulentă intraabdominală circumscrisă

B. de obicei în proximitatea pancreasului
C. cu necroză pancreatică extinsă
D. apare ca o consecinţă a pancreatitei acute sau a traumei pancreatice
E. apare adesea la mai mult de 12 luni de la debut

283. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Metabolici:
A. Alcoolul
B. hiperlipidemia
C. hipertrigliceridemia
D. hipercalcemia (hiperparatiroidism)
E. Pancreatită autoimună

284. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Metabolici:
A. Litiaza biliară
B. ERCP
C. Uremia
D. Sarcina
E. Veninul de scorpion

285. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Metabolici, cu excepţia:
A. Litiaza biliară
B. Alcoolul,
C. pancreas divisum
D. hiperlipidemia,
E. hipertrigliceridemia

286. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Mecanici:
A. Hiperlipidemia
B. Pancreas divisum
C. Obstrucţia ductală (ascarizi, tumori etc.)
D. Pancreatită autoimună
E. ERCP

287. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Mecanici, cu excepţia:
A. Litiaza biliară,
B. Veninul de scorpion
C. Lupus eritematos
D. Obstrucţia ductală (ascarizi, tumori etc.)
E. Medicamente

288. Factorii etiologici ai pancreatitei acute. Mecanici, cu excepţia:
   A. Obstrucţia duodenală,
   B. Obstrucţia ductală prin fibroză datorată episoadelor anterioare de pancreatită,
   C. Disfuncţia sfincterului Oddi
   D. Sarcina
   E. Medicamente

289. Diagnosticul diferenţial al pancreatitei acute include:
   A. Colecistita acută
   B. Ulcerul peptic necomplicat
   C. Ischemia acută mezenterică
   D. Perforaţia esofagiană
   E. Infarctul miocardic

290. Diagnosticul diferenţial al pancreatitei acute include, cu excepţia:
   A. Litiaza biliară
   B. Ulcerul peptic necomplicat
   C. Ischemia acută mezenterică,
   D. Perforaţia esofagiană
   E. Infarctul miocardic

291. Bolile care afectează pancreasul includ procese:
   A. Congenitale
   B. Inflamatorii
   C. Infectioase
   D. Neoplazice
   E. Extradurale

292. Pancreasul este alcatuit din următoarele componente anatomice:
   A. Cap
   B. Gat
   C. Istm
   D. Corp
   E. Coada

293. Tumorile pancreatice sunt:
   A. Maligne
   B. Premaligne
   C. Benigne
   D. Extracapsulare

E. Intracapsulare

294. Exemple de tumori maligne pancreatice include următoarele:
A. Adenocarcinom
B. Limfom
C. Adenoma mucinos
D. Neoplasm mucinos chistic
E. Chist simplu

295. Exemple de tumori pancreatice premaligne sunt următoarele:
A. Neoplasmul solid pseudopapilar
B. Pseudochist
C. Limfom
D. Adenom mucinos
E. Tumori metastatice

296. *Majoritatea pacienților cu tumori pancreatice prezintă boală nerezecabilă ăi au o supraviețuire medie de aproximativ:
A. 2 luni
B. 12 luni
C. 6 luni
D. 3 ani
E. 5 ani

297. Tumorile pancreatice neuroendocrine (TPN) sunt clasificate in urmatorul fel:
A. Funcționale
B. Nefuncționale
C. Extrafuncționale
D. Hiperfuncționale
E. Hipofuncționale

298. Tumorile pancreatice neuroendocrine maligne sunt reprezentate de următoarele exemple:
A. Gastrinoame
B. Glucagonoame
C. Insulinoame
D. Celule insulare nefuncționale
E. Lipoame

299. Următoarele mutații ale genelor sau a factorilor de creștere sunt implicate în cancerul pancreatic:

A. p53
B. p16
C. APC
D. DCC
E. r29

300. Tumorile pancreatice benigne sunt reprezentate de:
A. Pseudochist
B. Chist simplu
C. Chistadenomul seros
D. Limfom
E. IPMN

301. Somatostatinoamele pot aparea în:
A. Pancreas
B. Duoden
C. Jejun
D. Cavitatea bucală
E. Rect

302. *Pancreatita acută apare prin lezarea celulelor:
A. Apicale
B. Dermale
C. Acinare
D. Stromale
E. Epidermale

303. *Următoarele afirmații sunt adevărate despre pancreatita acută:
A. Consumul de alcool si calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 85% dintre cazurile de pancreatită acută
B. Consumul de alcool si calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 55% dintre cazurile de pancreatită acută
C. Consumul de alcool si calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 95% dintre cazurile de pancreatită acută
D. Consumul de alcool si calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 25% dintre cazurile de pancreatită acută
E. Consumul de alcool si calculii biliari sunt responsabili de aproximativ 15% dintre cazurile de pancreatită acută

304. *Complicațiile locale peripancreatice ale pancreatitei acute includ:

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

305. *Factorii etiologici vasculari ai pancreatitei acute sunt:
A. Periarterita nodoasă
B. Pancreatita autoimună
C. Litiaza biliară
D. Oreion
E. Alcoolul

306. *Diagnosticul diferențial al pancreatitei acute include:
A. Colecistita cronică
B. Ruptura de splina
C. Ischemia acută mezenterică
D. Apendicita acută
E. Boala Crohn

307. *Necroza pancreatică din cadrul pancreatitei acute apare la aproximativ:
A. 90% din pacienți
B. 80% din pacienți
C. 20% din pacienți
D. 10% din pacienți
E. 50% din pacienți

308. *Este adevarată următoarea afirmație despre pancreatita cronică:
A. Distrucția glandulară nu mai este reversibilă
B. Cel mai frecvent simptom este reprezentat de durerea acută
C. Mâncarea adesea nu agravează durerea
D. Consumul de alcool este responsabil de aproximativ 50% dintre cazurile de pancreatită cronică
E. Poate cauza tuse cronică

309. *Următoarea afirmație este adevărată:
A. Cea mai frecventa complicatie a pancreatitei acute este reprezentata de dezvoltarea unei colectii fluide peripancreatice
B. Pacienții cu colectii peripancreatice nu prezinta riscuri de a dezvolta complicatii
C. Celel mai multe dintre colecțiile peripancreatice nu se resorb spontan

D. Colecțiile peripancreatice care persistă nu pot dezvolta un pseudochist pancreatic
E. Pancreatitele cornice nu necesită tratament medicamentos

310. *Afecțiuni în care apare hiperamilazemia:
A. Cancerul pulmonar
B. Ischemie intestinală
C. Sarcina ectopică
D. Insuficiența renală
E. Toate de mai sus

311. *Gradul C din stadializarea computer tomografică în pancreatita acută descrie:
A. Colecție fluidă peripancreatică unică
B. Pancreas normal
C. Inflamația a pancreasului și/sau a grăsimii peripancreatice
D. Pancreas nevizualizabil
E. Șoc hemoragic

312. *Splina la adult cantărește:
A. 100-500 g
B. 75-150 g
C. 200 g
D. 50 g
E. 750 g

313. *Splina primește aproximativ cât la sută din debitul cardiac?
A. 5 %
B. 10%
C. 20%
D. 30%
E. 25%

314. *Splina este cea mai mare sursă de imunoglobulină?
A. IgM
B. IgG
C. IgE
D. IgA
E. IgH

315. Indicațiile splenectomiei sunt:
A. Trauma

B. Sferocitoza ereditară
C. Leziune iatrogena
D. Apendicita acută
E. Anemie hemolitică

316. Clasificarea splenomegaliei, în funcție de creștere dimensională, poate fi:
A. Mică
B. Moderată
C. Mare
D. Gigantă
E. Nesemnificativă

317. În clasificarea splenomegaliei, forma moderată apare în?
A. Scorbut
B. Hepatită
C. Amiloidoză
D. Febra tifoidă
E. Boala Gaucher

318. În clasificarea splenomegaliei, forma mare apare în?
A. Malaria acută
B. Malaria cronică
C. Mielofibroză
D. Boala Gaucher
E. Anemie pernicioasă

319. Hipersplenismul este caracterizat de:
A. Anemie
B. Leucopenie
C. Trombocitopenie
D. Sindrom diareeic acut
E. Hiperfagie

320. Următoarele sunt patologii asociate cu hipersplenismul:
A. Hipertensiunea portal
B. Tromboza de venă splenică
C. Apendicita acută
D. Sarcoidoza
E. Sindrom Felty

321. Complicații postsplenectomie includ:
   A. Hemoragii persistente
   B. Atelectazia pulmonară stângă
   C. Pleurezia stangă
   D. Pleurezia dreaptă
   E. Leziuni pancreatice

322. Anomaliile funcției splenice sunt clasificate ca fiind:
   A. Funcționale
   B. Atipice
   C. Anatomice
   D. Subtipice
   E. Extracapsulare

323. *Care dintre următoarele afirmații caracterizează leziunile traumatice hepatice de gradul III?
   A. Hematom subcapsular expansiv, sub 10% din suprafață
   B. Hematom subcapsular neexpansiv, sub 10% din suprafață
   C. Ruptură capsulară, cu sângerare, 1-3 cm profunzime și sub 10 cm în lungime
   D. Ruptură capsulară, fără sângerare, sub 1 cm în profunzime
   E. Dilacerare de peste 3cm profunzime în parenchim

324. *Care dintre următoarele reprezintă principala indicație pentru intervenția chirurgicală în traumatismele hepatice?
   A. Vizualizarea revărsatului intraperitoneal la ecografia abdominală
   B. Vizualizarea unei arii de contuzie hepatică pe examinarea CT
   C. Instabilitatea hemodinamică
   D. Evidențierea hemoragiei prin extravazarea substanței de contrast la examinarea CT
   E. Evidențierea unui hematom subcapsular neexpansiv, sub 10% din suprafață

325. Care dintre afirmațiile cu privire la clasificarea leziunilor traumatice ale ficatului sunt adevărate?
   A. Leziunile hepatice de gradul VI sunt reprezentate de avulsia hepatică
   B. Leziunile hepatice de gradul V includ rupturile parenchimatoase implicând >3 segmente ale aceluiași lob
   C. Leziunile hepatice de gradul IV includ hematoamele intraparenchimatoase >10 cm sau în expansiune
   D. Laziunile hepatice de gradul III includ hematoamele subcapsulare rupte, cu sângerare activă
   E. Leziunile hepatice de gradul II includ dilacerările > 3 cm profunzime în parenchim

326. Care dintre următoarele reprezintă modalități imagistice de elecție utilizate în diagnosticul leziunilor traumatice hepatice?
   A. Colangiografia
   B. Evaluarea ultrasonografică în traumă
   C. Rezonanța magnetică
   D. Ultrasonografia standard
   E. Tomografia computerizată (CT)

327. Leziunile hepatice de gradul IV sunt reprezentate de:
   A. Subcapsular, >50% din suprafaţă sau în expansiune
   B. Subcapsular, neexpansiv, 10-50% din suprafaţă
   C. Hematom intraparenchimatos rupt cu sângerare activă
   D. Ruptură parenchimatoasă implicând >75% din lobul hepatic
   E. Ruptură parenchimatoasă implicând 25-75% din lobul hepatic

328. Leziunile hepatice de gradul II sunt reprezentate de:
   A. Hematom subcapsular, neexpansiv, 10-50% din suprafaţă
   B. Hematom intraparenchimatos, neexpansiv, <10 cm în diametru
   C. Hematom subcapsular, neexpansiv, < 10% din suprafaţă
   D. Ruptură capsulară, sângerare activă 1-3 cm profunzime în parenchim, < 10 cm în lungime
   E. Leziuni venoase juxtahepatice

329. *Următoarea afirmație cu privire la tumorile hepatice nu este adevărată:
   A. Hemangiomul cavernos hepatic este cea mai frecventă tumoră hepatică benignă
   B. Carcinomul hepatocelular (CHC), sau hepatomul, reprezintă 90% din tumorile maligne primare ale ficatului
   C. Hiperplazia nodulară focală (HNF) ar trebui tratată conservator atunci când diagnosticul a fost stabilit imagistic
   D. În cazul hemangioamelor hepatice, majoritatea bolnavilor sunt simptomatici la prezentare
   E. Majoritatea pacientelor cu adenom hepatic au istoric de expunere la hormonii estrogeni

330. *Care afirmație referitoare la chisturile hepatice este falsă?
   A. Chisturile hepatice pot fi congenitale sau dobândite
   B. Tumorile chistice sunt de obicei formațiuni unice, voluminoase
   C. Majoritatea chisturilor hepatice simple comunică cu arborele biliar
   D. Chistadenoamele tind să recidiveze

E. Chistadenoamele au potenţial de transformare malignă

331. *Următoarele afirmații cu privire la abcesele hepatice sunt adevărate, cu excepția:
A. Pacienții cu abces bacterian hepatic acuză febră
B. Abcesul hepatic este în majoritatea cazurilor secundar unei infecții a tractului digestiv
C. Abcesul ameobian este comun în regiunile în care ameobiaza este endemică
D. Abcesul piogen prezintă la CT un perete bine vascularizat
E. Majoritatea pacienților cu abces hepatic piogen nu prezintă modificări ale analizelor sanguine

332. *Următoarele afirmații cu privire la tumorile hepatice sunt adevărate, cu excepția:
A. Carcinomul hepatocelular reprezintă 90% din tumorile maligne primare ale ficatului
B. Locul principal de matastazare al carcinomului hepatocelular este reprezentat de peritoneu
C. Cele mai frecvente tumori maligne identificate în ficat sunt tumorile metastatice
D. În colangiocarcinom, frecvent, nu există tumoră vizibilă pe CT
E. Colangiocarcinomul periferic poate fi asimptomatic

333. Următoarele afirmații referitoare la tumorile hepatice sunt adevărate:
A. Colangiocarcinomul se formează din mucoasa arborelui biliar
B. Transplantul hepatic nu reprezintă o opțiune pentru pacienții cu carcinom hepatocelular
C. Complicațiile în cazul adenoamelor apar mai frecvent în cazul femeilor care utilizează contraceptive orale pe termen lung
D. În hiperplazia nodulară focală, funcția hepatică este afectată
E. Hemangiomul hepatic este de 5 ori mai frecvent la bărbați

334. Care afirmații cu privire la chistul hidatic hepatic nu sunt adevărate?
A. Omul reprezintă o gazdă intermediară
B. Omul se infectează intrând în contact cu fecalele câinelui
C. Aspiraţia percutanată sau biopsia sunt indicate în scop diagnostic
D. Eroziunea şi ruptura la nivelul arborelui bronşic reprezintă o complicaţie posibilă
E. Chistul hidatic rezultă prin infecţia parazitară a omului cu Taenia solium

335. Care din afirmațiile cu privire la carcinomul hepatocelular (CHC) este adevărată?
A. Apare în mod uzual la pacienţii cu boală hepatică cronică
B. Tratamentul depinde de dimensiunea şi de extensia bolii hepatice cronice
C. Are o susceptibilitate pentru invazia vasculară
D. Incidenţa CHC este scăzută la pacienţii infectaţi cu virus hepatic B sau C, dacă nu au modificări cirotice

E. Biopsia este recomandată doar atunci când aspectul tipic imagistic nu este evidenţiabil

336. Următoarele afirmații cu privire la hemangiomul hepatic sunt adevărate:
   A. Este cea mai frecventă tumoră hepatică benignă
   B. Sunt descoperite deseori accidental
   C. Hemangiomul cavernos mai mare de 10 cm este definit drept hemangiom gigant
   D. Computer tomografia cu contrast evidenţiază captarea progresivă a substanţei de contrast spre periferia leziunii
   E. În majoritatea cazurilor durerea are o altă etiologie

337. Care dintre afirmațiile cu privire la hiperplazia nodulară focala (HNF) nu este adevărată?
   A. Este o leziune benignă
   B. Este o leziune bine circumscrisă în parenchimul hepatic
   C. Funcția hepatică este afectată
   D. Sunt rar asociate cu ruptură sau cu hemoragie
   E. Au potențial malign

338. Care dintre afirmațiile cu privire la adenomul hepatic este adevărată?
   A. Este frecvent întâlnit la femeile peste 60 de ani
   B. Este o leziune solitară
   C. Este o leziune încapsulată
   D. Prezintă risc de sângerare
   E. Prezintă risc de transformare malign

339. Următoarele afirmații referitoare la tumorile maligne hepatice sunt adevărate:
   A. Carcinomul hepatocelular are susceptibilitate pentru invazia vaselor tributare sistemului port
   B. Orice fonnaţiune hepatică mai mare de 1 cm la un pacient cu ciroză ar trebui investigată pentru a exclude un posibil hepatocarcinom
   C. Colangiocarcinomul periferic determină apariția icterului obstructiv
   D. În cazul carcinomului hepatocelular asociat cu ciroză hepatică, majoritatea chirurgilor preferă rezecțiile hepatice extinse
   E. Tratamentele ablative (MWA, RFA) sunt considerate superioare rezecției hepatice în cazul metastazelor

340. Care dintre următoarele reprezintă strategii non-curative în carcinomul hepatocelular?
   A. Ablația prin radiofrecvența (RFA)
   B. Chemoembolizarea
   C. Radioembolizarea

D. Ablația cu microunde (MWA)
E. Rezecția hepatică

341. Majoritatea chisturilor hepatice simple:
A. Sunt de mici dimensiuni
B. Sunt de mari dimensiuni
C. Sunt simptomatice
D. Comunică cu arborele biliar
E. Conțin lichid seros

342. Care dintre următoarele afirmații cu privire la neoplasmul chistic hepatic sunt false?
A. Apare mai frecvent la bărbați
B. Apare mai frecvent după vârsta de 40 de ani
C. Sunt rare
D. Sunt de obicei leziuni unice, de mici dimensiuni (sub 5 cm)
E. Au potențial de transformare malign

343. Care din următoarele afirmații referitoare la epidemiologia calculilor biliari este adevărată:
A. Incidenţa calculilor biliari creşte cu vârsta
B. La bărbaţii caucazieni, sub vârsta de 50 de ani, prevalenţa este de 4--10%,
C. Femeile sunt afectate de circa 3 ori mai frecvent decât bărbaţii
D. Prevalenţa litiazei biliare la femeile caucaziene cu vârsta sub 50 de ani este de 25%
E. Litiaza biliară tinde să nu prezinte agregare familială.

344. Predispun la formarea de calculi:
A. Obezitatea
B. Nuliparitatea
C. Scăderea ponderală rapidă
D. Doze crescute de contraceptive orale pe bază de estrogen
E. Nutriţia parenterală totală prelungită

345. Calculii pigmentari negri:
A. Se întâlnesc în cazurile de infecţie a bilei
B. Reprezintă aproximativ 20% din totalul calculilor biliari
C. Apar primitiv în căile biliare şi sunt moi
D. Se găsesc, în general, în colecist
E. Sunt, de regulă, asociaţi cu afecţiunile hemolitice şi cu ciroza hepatică

346. Următoarele afirmații referitoare la patogenia litiazei biliare sunt false:

A. Calculii micşti reprezintă circa 75% dintre toate tipurile de calculi
B. Majoritatea calculilor micşti conţin suficient calciu pentru a deveni radioopaci
C. Ocazional, se formează un singur calcul de dimensiuni crescute, compus aproape în întregime din colesterol
D. Evacuarea incompletă a veziculei biliare nu asigură condiţiile ideale pentru conglomerare
E. Sursa majorităţii calculilor localizaţi în căile biliare (coledocolitiaza) este vezicula biliară

347. „Nămolul" biliar (sludge):
A. Conţine mucoproteine, cristale de colesterol şi bilirubinat de calciu
B. Se întâlneşte adesea în cazurile de menţinere îndelungată a nutriţiei parenterale
C. Poate fi un precursor al calculilor biliari
D. Conţine mucoproteine, cristale de colesterol şi bilirubinat de sodiu
E. Se întâlneşte adesea în cazurile de înfometare şi scădere ponderală rapidă

348. *Vascularizația veziculei biliare este asigurată de:
A. Arterei mezenterice superioare
B. Arterei hepatice proprii
C. Arterei gastrice drepte
D. Arterei hepatice drepte
E. Arterei gastroduodenale

349. În colica biliară:
A. Durerea este, de obicei, constantă, destul de severă
B. Durerea este de tip visceral
C. Durerea este mai frecvent, în epigastru, cu iradiere anteroposterioară la acelaşi nivel
D. Durerea este de tip visceral, adesea descrisă ca o durere surdă, continuă, supărătoare
E. Durerea este inconstantă

350. Colica biliară:
A. Este produsă de obstacol şi nu se asociază cu inflamaţie sau infecţie
B. Tinde să apară postprandial, posibil după o masă copioasă sau bogată în grăsimi,
C. Poate fi însoţită de greaţă şi vărsături.
D. Nu este ameliorată în timp şi de analgezice puternice
E. Se consideră că durerea este consecinţa creşterii presiunii din vezicula biliară

351. În colecistita acută:
A. Durere la palpare,constantă sau agravată progresiv, localizată în hipocondrul drept sau epigastru

B. Durerea este mediată de nervii senzitivi vegetativi
C. Durerea se menţine peste 3-4 ore şi poate continua pe parcursul a câteva zile
D. Durerea este mediată de nervii senzitivi somatici
E. Durere surdă, vagă sau nesemnificativă în abdomenul superior

352. La examenul clinic, în colecistita acută:
A. Pacientul are o atitudine neliniştită, agitată
B. Pulsul poate fi ridicat secundar durerii, inflamaţiei sau infecţiei
C. Examenul abdomenului relevă semnul Murphy pozitiv
D. Examenul abdomenului relevă semnul Blomberg pozitiv
E. Pacientul are tendinţa de nu se mişca.

353. Fosfataza alcalină (FA):
A. Este sintetizată de epiteliul căilor biliare
B. Creşterea FA şi GGT este mai mare decât creşterea AST şi ALT în cazurile de hepatită acută
C. Nivelul seric al acestei enzime este moderat crescut în hepatită
D. Scăderea concomitentă a gama-glutamil transferazei (GGT) indică, de asemenea, că sursa creşterii FA este calea biliară
E. Creşterea FA şi GGT este mai mare decât creşterea AST şi ALT în cazurile de obstrucţie biliară

354. *Explorarea iniţială, de elecţie, în cazul pacienţilor cu afecţiuni biliare este:
A. Computer tomografia
B. Colecisto-gastrografia orală
C. Ecografia
D. Radiografia abdominala simplă
E. Colangio-pancreatografia prin rezonanţă magnetică (MRCP)

355. *Următoarele afirmaţii referitoare la ecografia abdominală sunt adevărate cu excepţia:
A. Sensibilitatea şi specificitatea ecografiei în detectarea litiazei biliare sunt de 95%
B. Ecografia are o sensibilitate scăzută în decelarea dilataţiilor de cale biliară
C. Ecografia este mai puţin utilă în evidenţierea calculilor de la nivelul căilor biliare
D. Oferă informaţii despre ficat şi pancreas
E. Ecografia poate detecta cu succes calculi cu diametru de până la 3 mm

356. În colecistita acută diagnosticul diferenţial include:
A. Hepatita acută,
B. Pancreatita acută,
C. Ulcerul perforat şi

D. Apendicita acută
E. Sigmoidită perforate

357. Colecistita cronică :
A. Este cea mai frecventă formă de litiază colecistică simptomatică
B. Durerea este colicativă şi localizată în HD şi epigastru
C. Febra şi frisoanele sunt prezente
D. Examenul abdomenului relevă semnul Murphy pozitiv
E. Greaţa şi vărsăturile pot însoţi durerea

358. Acidul ursodeoxicolic:
A. Are o rată de dizolvare de 90% pentru calculii mai mici de 5 mm şi de 60% pentru calculii mai mici de 10 mm
B. se administrează cel puţin 6 luni şi chiar timp de un an.
C. Are o rată de dizolvare de 60% pentru calculii mai mici de 5 mm şi de 90% pentru calculii mai mici de 10 mm
D. Reduce saturarea bilei cu colesterol prin inhibarea secreţiei de cholesterol
E. Este substanţa cel mai frecvent administrată în tratamentul non chirurgical al clculilor biliari simptomatici

359. În colangita acută, triada Charcot se caracterizează prin:
A. Hipotensiune
B. Icter
C. Dureri abdominale în hipocondrul drept
D. Febră asociată cu frisoane
E. Confuzie psihică

360. Care din următoarele afirmaţii referitoare la pancreatita acută biliara sunt adevărate:
A. Apare din cauza obstrucţiei tranzitorii sau persistente a canalului pancreatic, de obicei la nivelul ampulei Vater,
B. Greaţa, vărsăturile şi febra uşoară sunt rare
C. Tahicardia şi hipotensiunea arterială secundară hipovolemiei sunt frecvente
D. Pacienţii cu pancreatită acută se prezintă cu durere abdominală în etajul superior,adesea iradiată spre spate, şi sensibilitate la palparea abdomenului la acest nivel
E. Severitatea pancreatitei acute poate fi determinată pe baza unor factori de risc clinici, de laborator şi radiologici.

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

A. Reprezintă<1% din toate cazurile de ocluzie intestinală
B. Este o complicaţie neobişnuită care presupune erodarea peretelui vezicii biliare de către un calcul care pătrnnde în intestinul adiacent
C. Pacienţii se prezintă cu simptome de ocluzie intestinală şi aer în arborele biliar
D. Ileusul biliar apare mai frecvent la bărbați decât la femei
E. Un istoric de colici biliare sau de litiază biliară este frecvent întâlnit la aceşti pacienţi

362. Factori de risc pentru cancerul vezicii biliare sunt:
A. Litiaza biliară
B. Pacienţii cu polipi ai vezicii biliare cu diametrul de 1,5 cm
C. Vezicula biliară de porțelan
D. Infecţia colecistului cu Klebsiella pneumoniae
E. Colangita sclerozantă primară

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

364. La pacienții cu cancer al veziculei biliare:
A. Icterul este prezent la aproximativ 50% dintre aceşti pacienţi
B. CT şi MRCP identifică cu acurateţe extensia bolii şi reprezintă investigaţii imagistice importante pentru evaluarea existenţei metastazelor
C. Pacienţii cu suspiciune preoperatorie de neoplasm de veziculă biliară sunt candidaţi pentru colecistectomia laparoscopică
D. Rata de supravieţuire la 5 ani rămâne crescută(>25%la 5 ani),
E. Tumorile avansate pot necesita o rezecţie hepatică formală

365. *Cancerul căilor biliare:
A. Este responsabil de aproximativ 10% din totalul neoplaziilor Gl
B. Colangiocarcinomul intrahepatic este cel mai frecvent
C. Apare cu frecvenţă egală la ambele sexe
D. Colangiocarcinomul extrahepatic reprezintă doar 10% din neoplasmele căilor biliare
E. Procese de inflamaţie cronică nu preced dezvoltarea neoplaziei.

366. *Următoarele afirmații referitoare la colangiocarcinom sunt adevărate cu excepția:
A. Riscul dezvoltării unei neoplazii de cale biliară este semnificativ mai mare la persoanele cu colangită sclerozantă primară

B. Aproximativ o treime din persoanele cu carcinom de cale biliară au şi litiază veziculară asociată
C. Neoplaziile de cale biliară sunt tumori local-avansate cu dezvoltare rapidă, care metastează frecvent la distanţă.
D. Simptomele frecvente sunt asociate dezvoltării locale ce cauzează obstrucţie biliară
E. La examinarea clinică, poate fi decelată hepatomegalie

367. În cazul pacienților cu colangiocarcinom:
A. Prognosticul este rezervat, cu o supravieţuire la 5 ani de doar 5-10%
B. Chirurgia este singurul tratament curativ,
C. Colangiocarcinoamele intrahepatice sunt, de obicei,tratate prin rezecţii hepatice, dar marginile negative sunt obţinute la >50% dintre pacienţi
D. Rata de supravieţuire la 5 ani după rezecţia leziunilor de tremie medie este aproximativ 30%
E. Tumorile perihilare, numite şi tumori Klatskin, sunt cel mai bine tratate prin operaţia Whipple

368. *Chisturile coledociene congenitale:
A. Sunt mai frecvente la femei (raport femei/bărbaţi 4: 1) şi la populaţia asiatică
B. Sunt mai frecvente la bărbați (raport bărbaţi femei 4: 1) şi la populaţia asiatică
C. Chisturile coledociene sunt cel mai bine evaluate iniţial prin ecografie
D. În general, se recomandă ca aceste chisturi să nu fie rezecate
E. MRCP sau ERCP nu conturează suplimentar detalii anatomice specific

369. *Caracteristicile ileusului biliar sunt următoarele cu excepția:
A. Pacient tânăr, fără patologii asociate
B. Pacient vârstnic, tarat
C. Ocluzie intestinală incompletă
D. Radiografia evidențiază aer în căile biliare
E. Ecografia relevă litiază veziculară și aer în arborele biliar

370. Leziunile de cale biliară:
A. Incidenţa leziunilor de cale biliară asociată colecistectomiei laparoscopice (0,4-0,6%) este de aproximativ 4 ori mai mică decât cea asociată colecistectomiei clasice
B. Aproximativ 25% din leziuni apar în urma unei colecistectomii simple şi implică secţionarea căii biliare şi a vascularizaţiei sale în apropierea ficatului
C. Leziunile pot implica canalul coledoc, canalul hepatic comun sau canalele hepatice stâng şi drept
D. Dacă leziunea implică <50% din circumferinţa căii biliare,fără o devascularizare semnificativă, repararea primară nu poate fi efectuată

E. Leziunile canalelor accesorii mai mici de 3 mm care drenează o porțiune mică de parenchim hepatic pot fi ligaturate

371. Complicațiile stricturii biliare sunt reprezentate de:
A. Icter obstructive
B. Angiocolită recurentă
C. Ciroză biliară
D. Pancreatită acuta
E. Hipertensiune portală

372. Colecistectomia laparoscopică:
A. Principalele riscuri asociate abordului laparoscopie sunt legate de leziunile căilor biliare, ale intestinului şi ale vaselor principale
B. Dezavantajele abordului laparoscopic sunt cresterea complicaţiilor de plagă şi pulmonare
C. Dacă pacientul are comorbidităţi grave sau dacă intervenţia chirurgicală se practică pentru colecistită acută, spitalizarea postoperatorie este, de obicei, de minim 72 de ore
D. Dacă există dificultăţi tehnice întâmpinate cu abordul laparoscopie, procedura minim invazivă trebuie convertită într-un abord deschis.
E. Dacă prin colangiografia intraoperatorie se evidenţiază calculi în CBP, aceştia pot fi îndepărtaţi laparoscopie prin canalul cistic

373. Caracteristicile litiazei coledociene:
A. Istoric de dureri abdominale
B. Icter
C. Urina hipocroma
D. Scaune decolorate
E. Semnul Murphy pozitiv

374. Scintigrafia biliară cu radionuclizi HIDA (hepatobiliary iminodiacetic acid):
A. Sensibilitatea şi specificitatea scintigrafiei HIDA în diagnosticul colecistitei acute sunt de 95-97%, respective de 90-97%.
B. Scintigrafia HIDA este utilă în identificarea calculilor veziculari sau ai CBP
C. Vizualizarea CBP şi a duodenului în absenţa vizualizării colecistului după 4 ore indică o obstrucţie a canalului cistic
D. Rezultatele fals negative pot apărea la pacienţi cărora li se administrează exclusiv nutriţie parenterală sau la cei cu hepatită
E. Acestă investigaţie este utilă şi în identificarea unei posibile fistule biliare postoperatorii

375. Etiologii majore ale ischemiei mesenterice acute (IMA) sunt:
   A. Embolismul arterei mezenterice superioare (AMS)
   B. Mutația factorului VII
   C. Starea de hipocoagulabilitate
   D. Tromboza arterei mezenterice superioare (AMS)
   E. Vasodilatația circulației splahnice

376. Durerea asociată ischemiei mesenterice acute (IMA):
   A. Debutează brusc
   B. Durere disproporţionată la examenul fizic
   C. Durere proporţionată la examenul fizic
   D. Clasic nu este severă
   E. Debutează insiduos

377. Odată ce un pacient prezintă semne clinice de peritonită:
   A. Infarctul intestinului subţire este deja instalat
   B. Infarctul intestinului subţire nu este deja instalat
   C. Înseamnă suprainfecția locală
   D. Este determinată de perforația gastrică asociată
   E. Mortalitatea este ridicată

378. Pacienţii cu ischemie mezenterică non-ocluzivă (IMNO):
   A. Este instabilitatea hemodinamică, cauza principală
   B. Prezintă tablou clinic specific
   C. Pot avea dureri abdominale minore
   D. Are un tablou clinic nespecific
   E. Caracteristica clinică predominantă este stabilitatea hemodinamică

379. *Pentru tromboza venei mezenterice superioare VMS, tratamentul de primă intenţie este:
   A. Anticoagularea promptă cu heparină intravenoasă
   B. Antibioterapia intravenoasă
   C. Dezobstruarea chirurgicală
   D. Dezobstruarea endoscopică
   E. Reechilibrarea hidroelectrolitică

380. *Standardul de aur în diagnosticul paraclinic al ischemiei mezenterice acute este reprezentat de:
   A. Irigografie cu substanta de contrast
   B. Capsula endoscopică
   C. Arteriografia mezenterică

D. Gastroduodenoscopie
E. Aortografie

381. Tumorile benigne ale intestinului subţire :
A. Sunt mult mai frecvente decât cele maligne
B. Sunt mai puțin frecvente decât cele maligne
C. Sunt asimptomatice în majoritate
D. Prezintă simptomatologie rapid obstructivă
E. Prezintă simptomatologie rapid hemoragică

382. Pe măsură ce tumora creşte în dimensiuni:
A. Poate determina invaginaţie
B. Produce întotdeauna perforație
C. Se malignizează
D. Se fixează intraperitoneal
E. Poate provoca ocluzie

383. Adenocarcinoamele intestinului subțire:
A. Sunt mai frecvente în jejun
B. Nu apar niciodată în duoden
C. Sunt mai frecvente în duoden
D. Prezintă incidență mai scăzută spre ileon
E. Prezintă incidență mai crescută spre ileon

384. Cele mai frecvente forme de prezentare a adenocarcinoamelor de intestin subțire sunt:
A. Ocluzia
B. Peritonita
C. Ocluzia adesea asociată cu scăderea ponderală
D. Perforația
E. Hemoragia peritoneală

385. Suspiciunea unui neoplasm al intestinului subţire creşte atunci când există:
A. Ocluzia intestinului subţire în absenţa herniei
B. Neoplasm de colon
C. Ocluzia intestinului subţire în absenţa unei intervenţii chirurgicale în antecedente
D. Antecedente familiale de neoplasm colonic
E. Ocluzie la persoana mai varstnică

386. Tumorile din regiunea periampulară se pot prezenta cu:
A. Icter dureros

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

387. *Diagnosticul tumorilor de intestin subtire se face:
A. Arteriografie
B. Arteriografie selectiva
C. Aortografie complete
D. Cel mai frecvent prin evaluările cu substanţă de contrast
E. Endoscopie

388. *Cea mai frecventă formă de prezentare a tumorilor carcinoide de intestin subţire este:
A. Hemoragia
B. Perforația
C. Ocluzia
D. Inflamația
E. Peritonita

389. Cele mai frecvente manifestări asociate diverticulului Meckel includ:
A. Ocluzia
B. Invaginația
C. Inflamaţia
D. Peritonita
E. Scaderea ponderală

390. Hemoragia asociată diverticulului Meckel se prezintă:
A. Ca melena
B. Ca rectoragie cu sânge roşu aprins
C. Ca rectoragie cu sânge roşu maroniu
D. Cu durere frecventă
E. Ca hemoragie digestive inferioară

391. Obstrucţia intestinală asociată diverticului Meckel poate apărea din cauza:
A. Degenerarii maligne
B. Volvusului intestinului subţire în jurul diverticulului
C. Volvusului diverticului
D. Efectului constrictiv al unei benzi mezodiverticulare.
E. Sangerarii masive intralumenale

392. Diagnosticul diferențial al patologiei diverticulului Meckel poate fi făcut cu:
   A. Apendicita acută
   B. Boala inflamatorie pelvină
   C. Enterita regională
   D. Miodisplazii
   E. Colica renală dreapta

393. *Sindromul intestinului scurt, uneri denumit „intestin scurt", este definit ca :
   A. Existenţa a <80 cm de intestin subţire în lungime la un adult
   B. Extirparea în general a unei porțiuni de intestine subțire
   C. Existenţa a <2 80 cm de intestin subţire în lungime la un adult
   D. Existenţa a <I 80 cm de intestin subţire în lungime la un adult
   E. Existenţa a < 80 cm de intestin gros în lungime la un adult

394. *Pierderea ileonului terminal duce la o pierdere permanentă a:
   A. Absorbției fierului
   B. Absorbției vitaminei B6
   C. Absorbției glucidelor
   D. Absorbţiei vitaminei B12
   E. Absorbției vitaminei C

395. Anatomic, colonul diferă de intestinul subţire din următoarele puncte de vedere:
   A. Calibru
   B. Gradul de fixare
   C. Prezenţa apendicilor epiploici
   D. Prezenţa pe suprafaţă a teniilor şi a haustrelor
   E. Unul se află în cavitatea toracică

396. Afirmații adevărate despre anatomia colonului:
   A. Diametrul colonului este variabil în diferitele lui segmente
   B. Cecul are un diametru mediu de 7,5 cm, în timp ce colonul sigmoid are un diametru mediu de 2,5 cm
   C. O mare parte a colonului este retroperitoneală şi este fixată de peretele abdominal posterolateral
   D. În plus, colonul are apendici epiploici, care sunt structuri adipoase la nivelul serosae
   E. Există apendici epiploici la nivelul cecului, apendicelui cecal şi rectului

397. Peretele colonului are în structura sa:
   A. Mucoasă
   B. Submucoasă

C. Musculară
D. Seroasă
E. Pleura

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

399. Entități arteriale implicate în vacularizația rectului:
A. Artera hemoroidală superioară (cunoscută şi ca artera rectală)
B. Artera mezenterică inferioară
C. Artera hemoroidală mijlocie
D. Trunchiul celiac
E. Artera mezenterică superioară

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

401. *Diferenţa majoră din punct de vedere histologic dintre colon şi intestinul subţire este reprezentată de:
A. Celulele cu inel cu pecete
B. Numărul de straturi
C. Prezența diferitelor tipuri de celule
D. Vizibilitatea la examinare
E. Absenţa vilozităţilor

402. *Vascularizaţia arterială a canalului anal şi a sfincterului anal este realizată de
A. Trunchiul celiac:
B. Artera hemoroidală inferioară
C. Artera mezenterică inferioară
D. Artera mezenterică superioară
E. Artera colică dreaptă

403. Apendicita acută:
   A. Este cea mai frecventă urgenţă chirurgicală
   B. Afectează aproximativ 6,7% dintre femei şi 8,6% dintre bărbaţi
   C. Este o afecțiune foarte rară
   D. Nu reprezintă niciodată o urgență
   E. Apare doar la copii

404. Diagnosticul diferenţial al durerii localizate în cadranul abdominal inferior drept include o varietate de afecţiuni
   A. Enterice,
   B. Urologice,
   C. Musculoscheletale
   D. Ginecologice.
   E. Toracice

405. Caracteristici similare cu cele ale apendicitei, în unele situaţii, prezintă și afecțiunile:
   A. Diverticulita Meckel,
   B. Diverticulita cecală sau sigmoidiană,
   C. Ileita acută,
   D. Colecistita
   E. Splenomegalia

406. Pregătirea preoperatorie adecvată în tratamentul chirurgical al apendicitei acute:
   A. Cefalosporină de generaţia a doua,
   B. Penicilină cu spectru larg
   C. Combinaţie de fluoroquinolonă şi acoperire anaerobă cu metronidazole
   D. Nu include antibiotice
   E. Este contraindicată

407. Tumorile apendicelui pot include:
   A. Carcinoidul
   B. Carcinomul
   C. Mucocelul
   D. Rinofima
   E. Bubonocelul

408. Majoritatea carcinoidelor apendiceale sunt benigne, dar pot fi o sursă de:
   A. Obstrucţie luminală
   B. Reflux gastroesofagian

C. Apendicită
D. Colecistită
E. Carcinom colon transvers

409. *În cazul în care apendicele perforează, poate exista o ameliorare temporară a durerii viscerale datorită:
A. Distragerii atenției pacientului
B. Decompresiunii organului turgescent
C. Apariției unor noi afecțiuni
D. Caracterului nesemnificativ al bolii
E. Prezenței mucusului

410. *În sarcină diagnosticul de apendicită acută poate fi îngreunat de:
A. Anemie
B. Antigenul specific prostatei
C. Leucocitoză
D. Dureri axilare
E. Inapetență

411. *Următoarea afirmație privind diverticuloza colonică, este adevarată:
A. Diverticuloza colică este cea mai putin frecventă descoperire endoscopică
B. Prevalenţa acestei afecţiuni scade odată cu vârsta
C. Cea mai frecventă localizare a bolii diverticulare este la nivelul colonului sigmoid
D. Diverticulii congenitali sunt mai frecvenți localizați pe colonul stâng
E. Majoritatea pacienţilor(80%) devin simptomatici în decursul vieţii

412. *Tabloul clinic în Colita Ulcerativă:
A. Cei mai mulţi pacienţi prezintă diaree mucopurulentă, sanguinolentă,
B. Tabloul clinic iniţial în Colita Ulcerativă nu variază în funcţie de extensia leziunilor la nivelul colonului
C. Febra nu poate indica prezenţa multiplelor microabcese intestinale sau a endotoxemiei secundare
D. Manifestările extraintestinale survin la procente crescute de pacienți
E. Investigaţia de referinţă pentru diagnostic este tomografia computerizată

413. Tratamentul complicației bolii diverticulare cuprinde:
A. În 85% dintre cazuri, tratamentul diverticulitei acute este iniţial medical
B. Cea mai mare parte a pacienţilor, totuși nu răspund la tratamentul non chirurgical şi necesită un tratament ulterior

C. Pacientul cu diverticulita acută recurentă, cu mai mult de 1 episod anual, va fi operat de urgență
D. Tratamentul de primă intenţie la pacienţii cu fistule, în contextul bolii diverticulare, este cel chirurgical
E. Pacienţii care se prezintă cu perforaţie liberă intraperitoneală sunt operaţi în regim de urgenţă, cea mai frecventă intervenţie este operaţia Hartmann

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

415. Următoarele afirmații privind Colita Ulcerativă și Boala Crohn, sunt adevărate:
A. Colita ulcerativă şi boala Crohn sunt două dintre cele mai rare forme de boală inflamatorie intestinală
B. Colita Ulcerativă reprezintă o afecţiune transmurală, care se poate localiza oriunde la nivelul tractului digestiv,de la cavitatea bucală până la anus
C. Colita Ulcerativă interesează mucoasa şi submucoasa şi afectează doar colonul şi rectul
D. Caracteristicile macroscopice care diferenţiază Boala Crohn de Colita Ulcerativă, sunt lipsa afectării rectului, prezenţa leziunilor discontinue (alternanţă de zone de mucoasă indemnă cu zone afectate), ulceraţii aftoase şi ulcere liniare
E. Etiologia Colitei Ulcerative nu este pe deplin elucidate, se consideră implicaţi factori infecţioşi, imunologici, genetici şi de mediu

416. În cadrul tratamentului chirurgical al Colitei Ulcerative următoarele afirmații sunt corecte:
A. Indicație operatorie în colita fulminată și megacolonul toxic
B. Tratament operator în boala refractară la tratament
C. Pacienții ce au dezvoltat displazie sau cancer au contraindicație operatorie
D. Pacienții cu complicații severe ale bolii vor beneficia în prima fază de intervenție chirurgicală, ulterior de tratament de reanimare
E. Proctocolectomia cu rezervor ileoanal este considerată în prezent intervenţia chirurgicală de elecţie

417. Boala Crohn, față de Colita Ulcerativă, prezintă:
   A. Diaree mai frecventă, mai frecvent cu sânge
   B. Rectul este întotdeauna interesat
   C. Fistula perianală este frecventă
   D. Megacolonul apare mult mai frecvent
   E. Distribuție segmentară, leziuni parcelare, față de Colita Ulcerativă ce are distribuție continuă

418. Indicația tratamentului chirurgical în boala diverticulară:
   A. Perforația liberă
   B. Obstrucția
   C. Hemoragia
   D. Un episod de diverticulita la 3-4 ani
   E. Diverticulita necomplicată, cand se efectuează rezecția Hartmann

419. *La adult, cel mai frecvent, ocluzia colonului este dată de:
   A. Cancerul de colon
   B. Cancerul de rect
   C. Boala diverticulară
   D. Volvulus de colon
   E. Toate raspunsurile sunt corecte

420. Simptomele cele mai relevante în diagnosticul ocluziei intestinului gros, sunt:
   A. Absența tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale
   B. Greață și vărsături
   C. Diaree sanguinolentă
   D. Fistule perianale
   E. Modificări în calibrul scaunului, ceea ce ridică suspiciunea unui carcinom

421. În cadrul tratamentului ocluziei intestinului gros, următoarele afirmații sunt corecte:
   A. Terapia inițială cuprinde resuscitare volemică şi corectarea dezechilibrelor electrolitice
   B. Intervenţia chirurgicală este aproape întotdeauna indicată la pacienţii cu ocluzie completă
   C. Laparotomia de urgenţă este efectuată pentru ocluzia intestinală acută cu distensie a cecului ce depăşeşte 12 cm, sensibilitate abdominală crescută, semne de peritonită sau sepsis.
   D. În cazul pacienților cu cancer ocluziv cu peritonită, se introduce un stent endoscopic pentru decompresie
   E. Perforaţia cauzată de volvulus și cancerele obstructive se rezolvă endoscopic

422. *Manifestările clinice ale volvulusui colonului includ:
   A. Durere abdominala
   B. Oprirea tranzitului intestinal
   C. Greață
   D. Vărsături
   E. Toate raspunsurile sunt corecte

423. În cazul volvulusului colonului, următoarele afirmații sunt corecte:
   A. La examenul fizic, se evidenţiază distensie abdominală, sensibilitate şi, adesea, o ampulă rectală goală la examenul digital.
   B. Volvulusul sigmoidian apare frecvent la pacienții vârstnici cu istoric de constipație și demență
   C. Evaluarea imagistică trebuie efectuată precoce în cazul suspiciunii de volvulus, deoarece poate stabili rapid diagnosticul
   D. Explorarea CT cu substanță de contrast nu are indicație decât rar în diagnosticul volvulusului de colon
   E. Radiografia abdominală rămâne investigația de elecție în diagnosticul volvulusului colonului

424. În cazul tratamentului volvulusului colonului, următoarele afirmații sunt corecte:
   A. În absenţa ischemiei sau perforaţiei de colon, tratamentul iniţial al volvulusului de sigmoid este detorsionarea endoscopică, eficientă pentru 60-95% dintre pacienţi.
   B. Din cauza riscului înalt de recurenţă a vovulusului şi a riscurilor asociate fiecărui astfel de episod, intervenţia chirurgicală trebuie luată în considerare
   C. Dintre procedurile elective pentru volvulusul sigmoidian, rezecţia sigmoidului cu anastomoză este cea mai eficientă în prevenirea episoadelor de recurenţă
   D. În cazul perforației sau colon neviabil, se efectueaza colonoscopie de urgență
   E. În cazul volvulusului de cec, detensionarea endoscopică reprezintă procedura de elecție

425. Prolapsul mucoasei rectale este caracterizat de:
   A. Pliuri radiale
   B. Pliuri concentrice
   C. Pliuri circumferențiale
   D. Eversiunea a 2-3 cm
   E. Eversiunea a 4-20 cm

426. Procidența rectală:
   A. Reprezintă eversiunea de mucoasă rectală prin orificiul anal

B. Reprezintă protruzia întregului perete rectal prin canalul anal
C. Reprezintă prolabarea pachetelor hemoroidale
D. Apare mai frecvent la bărbații supraponderali, hiperstenici
E. Apare mai ales la femeile slabe, astenice

427. Hemoroizii de gradul III:
A. Nu prolabează
B. Prolabează în timpul defecației
C. Revin în poziție normală spontan
D. Necesită reducere manuală
E. Nu sunt reductibili

428. Tratamentul prolapsului rectal poate presupune:
A. O procedură perineală
B. O procedură intra-abdominală
C. Rezecția segmentului de intestin redundant
D. Sutura peretelui colonic la fascia prepubiană
E. Colopexie

429. Ligatura cu benzi elastice este indicată în tratamentul hemoroizilor interni de gradul:
A. I, asimptomatici
B. I, simptomatici
C. II
D. III
E. IV

430. Tratamentul conservator al trombozei hemoroizilor externi recomandă:
A. Băi de șezut
B. Perne de șezut
C. Căldură locală
D. Gheață local
E. Antiinflamatoare nesteroidiene

431. Tratamentul chirurgical al trombozei hemoroizilor externi recomandă:
A. Intervenție în primele 48 de ore de la debut
B. Intervenție după 48 de ore de la debut
C. Ligatura cu benzi elastice
D. Excizia hemoroidului trombozat sub anestezie locală
E. Incizia hemoroidului trombozat sub anestezie generală

432. Diagnosticele diferențiale ale abceselor anorectale includ:
   A. Hemoroizii prolabați
   B. Hemoroizii trombozați
   C. Fisura anală
   D. Fistula perianală
   E. Boala pilonidală

433. *Tratamentul chirurgical de elecție a fisurilor anale cronice este:
   A. Sfincterotomia internă laterală dreaptă
   B. Sfincterotomia externă laterală dreaptă
   C. Sfincterotomia internă laterală stângă
   D. Sfincterotomia externă laterală stângă
   E. Sfincterotomia totală

434. *Factorii care duc la eșecul tehnicii lambourilor de avansare endoanală din tratamentul fistulelor perianale sunt următorii, cu excepția:
   A. Episod acut de proctită
   B. Fistulă recto-vaginală
   C. Obezitate
   D. Neoplazii
   E. Antecedente de chimioterapie

435. *O fisură anală este considerată cronică după o perioadă de la debut de:
   A. 14 zile
   B. 4 săptămâni
   C. 8 săptămâni
   D. 4 luni
   E. 6 luni

436. Tulpinile de HPV implicate cel mai frecvent în apariția cancerelor de canal anal sunt:
   A. 6
   B. 11
   C. 14
   D. 16
   E. 18

437. În sifilisul primar anorectal:
   A. Șancrul sifilitic apare ca o mică papulă care, în final, va dezvolta o ulcerație
   B. Ulcerele anale sunt în general nedureroase și umede
   C. Limfadenopatiile sunt nedureroase, de mari dimensiuni

D. Limfadenopatiile sunt dureroase, de mici dimensiuni
E. Proctita poate să apară în prezența sau în absența șancrului sifilitic

438. *În sifilisul anorectal netratat stadiul secundar de boală apare la aproximativ:
A. 2-4 săptămâni de la apariția leziunilor primare
B. 2-4 săptămâni de la dispariția leziunilor primare
C. 4-10 săptămâni de la apariția leziunilor primare
D. 4-10 săptămâni de la dispariția leziunilor primare
E. 2-10 săptămâni de la contactul sexual

RĂSPUNSURI CAP. XII - CHIRURGIE

1	B	40	A, B, E	79	D	118	B, C, E
2	B, C	41	A, B, E	80	B, C, E	119	E
3	A, B, D	42	A, B, E	81	A, D	120	D
4	B	43	C	82	A, B, C	121	A
5	C	44	C	83	A, B, C, E	122	B
6	A, B, E	45	B	84	B, C, E	123	C
7	A, D, E	46	D	85	A, C, E	124	A, D, E
8	A, C, E	47	A	86	C	125	A, B, E
9	B, C, E	48	C	87	E	126	B, C, D
10	C	49	A	88	A, C, D, E	127	A, B, D
11	B, C	50	A	89	C	128	A, B, C
12	A, B, E	51	B	90	D, E	129	B, C, E
13	B	52	A, B, C, E	91	A, C	130	B, D, E
14	A	53	A, C	92	B, C, E	131	B, C, D, E
15	A, B	54	A, B, D, E	93	B	132	A, C, D
16	A, C, D	55	A, B, C, E	94	B, C, D	133	B, C, D
17	B, C, E	56	A, B, C	95	A, B, C, D	134	A, B, C
18	A, C, E	57	A, B, C, D	96	A	135	B, C, E
19	A	58	A, B, E	97	A, B, C	136	E
20	A	59	A, B, E	98	A, B, D	137	A
21	A	60	A, C, D	99	A, B, D	138	B
22	A	61	B, C, D	100	C, D, E	139	E
23	A	62	A, B, D, E	101	B, C, D	140	B, D, E
24	A	63	A, B, C, E	102	A, C	141	A, B, D
25	A, B, C	64	A, B, D, E	103	D	142	A, B
26	A, B, C, D	65	A, B, E	104	A, B, D, E	143	A, D, E
27	A, B, C, D	66	A, B, D, E	105	A, C	144	A, C, D
28	A, B, C, E	67	A, C, E	106	A, B, C, E	145	A, B
29	A, B, C, D	68	A, B, C, D	107	C	146	A, B, E
30	A, B, C, D	69	A, B, C	108	A, C, E	147	B, C, D
31	A, B	70	A, B, D	109	B, C, E	148	A, C, D, E
32	A, C, E	71	A, B, C	110	D	149	A, B, D
33	A, B, E	72	A, B, C, E	111	A, C, E	150	A, B, E
34	A, B, E	73	A, B, C, D	112	B, C, D	151	B, C, D
35	A, D	74	A, B, C	113	A, C, D	152	D
36	A, B, C, D	75	A, B, C	114	D	153	C
37	A, B, E	76	A, B, C, D	115	B, E	154	B, D
38	A, B, E	77	A, B, C, E	116	A, C	155	C, D
39	A, B, E	78	A, B, D	117	A, C, D, E	156	A, C, E
157	A, B, C, E	196	A, C	235	B, C, D	274	C, D
158	C	197	B, D, E	236	A, C	275	D, E

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

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

CAP. XIII - CHIRURGIE PLASTICĂ

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

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

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

4. *Un bărbat în vârstă de 28 ani este adus în servicul UPU cu arsuri chimice post contact accidental cu acid sulfuric. El prezntă leziuni la nivelul feței și mâinilor, și un pH de 7,28. Care dintre următoarele afirmații legate de arsurile produse de substanțe acide este falsă?
   A. Acizii induc degradarea proteinelor prin hidroliză, ceea ce duce la formarea unei escare mai puţin profunde decât cea produsă de substanţele alcaline
   B. Leziunile sunt în general mai superficiale decât par

C. Leziunile pot pătrunde dincolo de ceea ce este vizibil la examinare şi vor necesita mai multe lichide pentru resuscitarea volemică eficientă
D. Prezintă riscul absorbţiei şi toxicităţii sistemice pentru pacient
E. Cadrele medicale trebuie să poarte echipament de protecţie şi să detoxifice pacientul complet înainte de alte îngrijiri

5. Un bărbat în vârstă de 62 ani este adus în serviciul UPU cu arsuri electrice post contact accidental cu fire de înaltă tensune în timp ce era la pescuit. Care dintre următoarele afirmații legate de arsurile electrice sunt adevărate?
   A. Apar atunci când curentul electric pătrunde printr-o parte a corpului, precum mâna, şi traversează ţesuturile cu cea mai mare rezistenţă, în general nervi, vase de sânge şi muşchi, pentru a ieşi prin pământ
   B. Leziunile electrice sunt clasificate în leziuni de înaltă tensiune daca au peste 100V
   C. În cazul leziunilor provenite din contactul cu curent industrial, afectarea pielii poate fi limitată, însă pot exista daune asociate mai extinse ale ţesuturile moi subiacente
   D. Curentul se deplasează preferenţial subtegumentar, deoarece ţesuturile mai profunde au o rezistenţă mai redusă
   E. Adevărata extensie a deteriorării tisulare în cazul leziunilor de înaltă tensiune poate fi imposibil de determinat la examinarea iniţială

6. Un bărbat în vârstă de 62 ani este adus în serviciul UPU cu arsuri electrice post contact accidental cu fire de înaltă tensune în timp ce era la pescuit. Ce fel de leziuni poate prezenta pacientul?
   A. În urma aprinderii îmbrăcămintei fără trecerea curentului prin pacient pot apărea arsuri prin flacără
   B. Complicaţiile acute includ apariţia cataractei şi a neuropatiei periferice
   C. Leziunile electrice pot fi, de asemenea, asociate cu căderi şi pot produce contuzii
   D. Curentul care trece de la sursă la sol poate genera un arc electric sau leziuni de tip „flash"
   E. Explozia asociată poate produce traume semnificative, inclusiv ruptura timpanului

7. *Un bărbat în vârstă de 57 ani este găsit inconstient lângă un cablu de curent de înaltă tensiune. Care este primul pas în gestionarea situației?
   A. La toate victimele şocului electric trebuie să se efectueze o electrocardiogramă (ECG)
   B. Din cauza posibilităţii de traume multiple în urma căderii şi a contracţiilor musculare involuntare asociate, pacientul trebuie imobilizat şi tratat ca victima cu politraumatisme
   C. Leziunea electrică poate produce aritmii, iar mulţi pacienţi mor din cauza fibrilaţiei ventriculare sau a stopului cardiac induse electric, astfel că resuscitarea imediată este esenţială

D. Sursele de curent trebuie deconectate înainte ca pacientul să poată fi abordat
E. Victimele leziunilor de înaltă tensiune trebuie trimise la un centru de arşi şi vor necesita resuscitare adecvată

8. O femeie de 25 ani se prezintă cu arsuri de gradul I post expunere îndelungată la soare. Despre arsurile de gradul I sunt adevărate următoarele:
   A. Se albesc la digitopresiune
   B. Prezintă flictene destinese, formate din epiderm cu conținut lichidian proteic extravazat
   C. Sunt foarte dureroase
   D. Se prezintă ca zone hiperemice
   E. Formeaza cicatrice

9. O femeie de 25 ani se prezintă cu arsuri de gradul I post expunere îndelungată la soare. Tratamentul in cazul arsurilor de gradul I constă din:
   A. Hidratare orala adecvata
   B. Compusi topici calmanti
   C. In general este doar suportiv
   D. Se trateaza prin excizie si grefare
   E. Poate include sulfatu de neomicina pentru preventia infectiei

10. Un bărbat de 56 ani se prezintă cu arsuri de gradul II superficiale la nivel torce anterior post contact cu un lichid fierbinte. Sunt adevărate următoarele:
   A. Prezintă flictene destinese, formate din epiderm cu continut lichidian proteic extravazat
   B. Sunt foarte dureroase
   C. Depășesc dermul
   D. Prezintă piele eritematoasă
   E. Se albesc la presiune directă

11. Despre arsurile de gradul II profunde sunt adevărate următoarele:
   A. Eritemul lipsește deseori
   B. Durerea este în majoritatea cazurilor mai mare decat în cazul arsurilor superficiale
   C. Se tratează majoritatea prin excizie și grefare
   D. Se vindecă fără cicatrice
   E. Sunt alb-cerate

12. Despre arsurile de gradul III sunt adevărate următoarele:
   A. Sunt, de obicei, dureroase
   B. Suprafața plagii poate avea orice culoare

C. Se albesc la digitopresiune
D. Cele foarte mici se pot vindecă spontan
E. Includ toate straturile pielii

13. Sub ce forme se pot manifesta leziunile inhalatorii la pacientul ars?
A. Intoxicație cu dioxid de carbon (CO2)
B. Leziuni ale căilor respiratorii inferioare
C. Leziuni ale căilor respiratorii superioare
D. Leziuni ale cavității bucale
E. Intoxicație cu monoxid de carbon (CO)

14. *Care dintre afirmatile legate de intoxicatia cu monoxid de carbon este falsă?
A. CO se leagă competitiv pe receptorii pentru oxigen ai moleculei de hemoglobină
B. Țesuturile cu necesar crescut de oxigen sunt cele mai vulnerabile
C. Tratamentul constă în ventilație cu oxigen 100%
D. Puls-oximetria detectează cu acuratețe intoxicația cu CO
E. Intoxicația cu CO produce o alterare a statusului mental

15. *Care dintre următoarele afirmații este adevărată?
A. Leziunile căilor respiratorii superioare sunt adevăratele leziuni inhalatorii
B. Leziunile căilor respiratorii inferioare sunt produse de căldură
C. Intubația orotraheală precoce nu este necesară în perioada acută în cazul pacienților cu leziuni de căi aeriene
D. Marca intoxicației cu cianură o reprezintă acidoza metabolică persistentă ce nu raspunde la resusitare lichidiană
E. Simptomele în cazul pacienților cu arsuri de căi aeriene apar întotdeauna în primele 24-48 ore

16. *Despre tratamentul inițial al pacienților cu arsuri sunt valabile următoarele, cu excepția:
A. Aşezarea măştii cu oxigen pe o victimă a unei arsuri prin flacără prezintă riscul de a reaprinde îmbrăcămintea ce arde mocnit
B. Chiar şi în absenţa expunerii la fum, pacienţii cu arsuri faciale severe pot dezvolta edem masiv ce poate duce la obstrucţia căilor respiratorii supraglotice
C. Calculul formal al necesităţilor lichidiene se amână până după evaluarea secundară
D. Plăgile nu trebuie acoperite cu creme cu antibiotic sau de alt gen şi nici pansate înainte de finalizarea evaluării secundare
E. În estimarea suprafeţei totale arse sunt incluse arsurile de orice grad

17. În cadrul resucitării inițiale a pacienților arși se impun următoarele:
A. Montarea unui cateter Foley

B. Asigurarea a două linii venoase de calibru mare
C. Administrare de sange sau componente sanguine
D. Prelevare sânge pentru analize
E. Calculul necesităților lichidiene în timul examinării primare

18. Printre criteriile de transfer către centrul de arsuri se numără:
A. Arsurile de gradul 3 doar la copii
B. Arsurile chimice
C. Arsurile ce implică faţa, mâinile, picioarele, organele genitale, perineul sau articulaţile majore
D. Leziunile inhalatorii
E. Arsură de profunzime parţială cu <5 % SCT

19. *Printre criteriile de transfer către centrul de arsuri se numără următoarele, cu excepția:
A. Arsurile la pacienţi cu afecţiuni medicale preexistente ce pot complica managementul arsurii, prelungi recuperarea sau afecta mortalitatea
B. Arsurile la copii din spitalele fără personal calificat sau echipament necesar îngrijirii acestora
C. Arsurile la pacienţii ce vor necesita intervenţii speciale de reintegrare socială, emoţionale şi de reabilitare
D. Arsurile de gradul 1 la orice grupă de vârstă
E. Arsurile ce implică faţa, mâinile, picioarele, organele genitale, perineul sau articulaţile majore

20. *Una dintre principalele metode de documentare a suprafeței arse este regula lui:
A. 7
B. 8
C. 9
D. 10
E. 20

21. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate?
A. Șocul post-combustional apare în general ăn cadrul arsurilor peste 15-20% SCT
B. Edemul apare în primele 24 de ore post-arsură, fiind cel mai pronunţat în primele 8 ore
C. Jumătate din cantitatea totală de fluid este administrată în primele 16 ore
D. Menţinerea unui debit urinar adecvat este utilizată ca indicator al administrării corespunzătoare de fluide şi ca obiectiv de tratament
E. Resuscitarea lichidiană nu opreşte extravazarea de fluide către spaţiul interstiţial

22. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate?
    A. Evaluarea frecventă a pulsului extremităţilor, a funcţiei motorii şi senzitive şi a durerii este esenţială
    B. Resuscitarea lichidiană opreşte extravazarea de fluide către spaţiul interstiţial
    C. Escarotomia si fasciotomia reprezintă acelși lucru și se referă la o incizie făcută prin escara rigidă, cu consistenţă de piele uscată, pentru a opri fenomenele de compresie
    D. Acumularea masivă de fluide la nivelul ţesuturilor abdominale poate produce sindrom de compartiment abdominal
    E. Fasciotomiile se impun mai frecvent în cazul arsurilor prin curent electric cu voltaj înalt

23. În ceea ce privește suportul respirator al pacientului ars, sunt adevărate următoarele:
    A. Frecvent pacienţii cu leziuni inhalatorii necesită volume mai mari de fluid intravenos
    B. Resuscitarea excesivă cu fluide intravenoase este indicată in cadrul sindromului de detresă respiratorie acută
    C. Sindromul de detresă respiratorie acută este diagnosticat prin aspectul de tip „geam mat" pe radiografia toracică asociat cu manifestările clinice de agravare a insuficienţei respiratorii
    D. Pacienţii sindrom de detresă respiratorie acută cu au nevoie de suport ventilator agresiv penttu combaterea hipoxemiei
    E. Sindromul de detresă respiratorie acută secundar injuriei inhalatorii poate progresa către insuficienţă respiratorie cronică

24. Escara din arsură:
    A. Prezintă un risc scazut de suprainfectare
    B. Duce la creşterea pierderii de fluide prin evaporare
    C. Poate duce la o reacţie inflamatorie intensă ce poate escalada până la insuficienţă multiplă de organ şi exitus
    D. Se tratează exclusiv prin tratament conservator
    E. Se tratează în general prin excizie chirurgicală

25. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate?
    A. Excizia tangențială presupune îndepărtarea cu bisturiul sau electrocauterul a pielii afectate şi a ţesutului subcutanat până la fascia subiacentă.
    B. Excizia fascială presupune îndepărtarea cu bisturiul sau electrocauterul a pielii afectate şi a ţesutului subcutanat până la fascia subiacentă.
    C. Excizia fascială este uşor de realizat, relativ fără sângerare şi asigură o rată bună de prindere a grefei, dar este mutilantă
    D. Excizia tangenţială a arsurilor profunde de grosime parțială permite salvarea elementelor intacte de la nivel dermic, îmbunătăţind astfel rezultatul grefării.

E. Arsurile limitate cu grosime mixtă sau nedeterminabilă trebuiesc grefate imediat

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

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

28. Antibioterapia sistemică puternică și numeroși agenți topici au dus la apariția următorilor germeni multirezistenți:
    A. Staphylococcus aureus meticilino-rezistent
    B. Acinetobacter
    C. Enterococcus rezistent la vancomicină
    D. Streptococcus meticilino-rezistent
    E. Enterococcus sensibil la vancomicină

29. Dintre următoarele complicații infecțioase cele mai frecvente la pacienții cu arsuri sunt:
    A. Pneumonia
    B. Infecții de tract urinar
    C. Spesis
    D. Tromboflebita
    E. Endometrita

30. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
    A. Ca parte a răspunsului hormonal la trauma cauzată de arsuri scade rata metabolismului

B. Malnutriţia proteică provoacă atât consumul muşchilor respiratori, cât şi compromiterea sistemuluiimun
C. Hrănirea enterală este inferioară nutriţiei intravenoase la arşi
D. O dietă cu lichide bogate în lipide este esențială până când se poate relua alimentaţia pe cale orală în mod adecvat
E. Pacienţii arşi necesită suport nutriţional agresiv şi monitorizare nutriţională atentă în toată faza de tratament a închiderii plăgii

31. *Asigurarea unei diete de bază bogată în proteine (de proteine/kg greutate corporală zilnic), în cantităţi suficiente pentru a satisface cerinţele calorice, rămâne cel mai important principiu în gestionarea nutriţională a acestor pacienţi. Cantitatea de proteine(g) /kg corp necesara este de:
A. a.1,5-2,0 g
B. b.15-25g
C. c.8-10g
D. d.0,15-0,2g
E. e. 20-40g

32. Care dintre următoarele sunt obiective generale ale tratamentului pacientului ars?
A. Prevenirea infecţiilor
B. Ameliorarea durerii
C. Limitarea fasciotomiilor din considerente estetice
D. Facilitarea vindecării optime cu cicatrici cât mai reduse
E. Vindecarea fără cicatrici

33. *O femeie în vârstă de 45 ani se prezintă cu arsuri superficiale de grosime parțială cu ulei încins la nivel antebraț bilateral și coapsă stângă. Care dintre următoarele NU reprezintă principii de tratament?
A. Spălarea completă a plăgii
B. Antibioticele orale indiferent dacă plăgile sunt infectate sau nu
C. Îndepărtarea flictenelor rupte
D. Nu este necesară evaluarea zilnică a arsurilor
E. Reaplicarea frecventă a produselor topice

34. *O femeie în vârstă de 45 ani se prezintă cu arsuri profunde de grosime parțială cu ulei încins la nivel antebraț bilateral și arsuri grad III coapsă stângă. Care dintre următoarele NU reprezintă principii de tratament?
A. Arsurile sunt acoperite initial cu un unguent antibiotic şi pansate
B. Toate arsurile, cu excepţia celor mici, trebuie excizate

C. Arsurile la care vindecarea durează mai mult de 3 săptămâni vor forma cicatrici hipertrofice
D. Nu este necesară evaluarea zilnică a arsurilor
E. Spălarea completă a plăgii

35. Despre tratamentul durerii în cadrul pacienților arsi sunt adevărate următoarele:
A. Calea orală este preferată în faza de resuscitare
B. Cele mai utilizate analgezice pentru controlul durerilor acute în cazul arsurilor sunt opioidele
C. Morfina și fentanilul sunt principalii anxiolitici folosiţi în tratamentul anxietății cauzate de arsuri
D. Antiinflamatoarele nesteroidiene pot fi utilizate pentru ameliorarea durerii uşoare până la moderate
E. Medicamentele întotdeauna controlează complet durerea şi anxietatea

36. Despre Necroliza epidermică toxică sunt adevărate următoarele:
A. Reprezintă o tulburare exfoliativă rare a pielii uneori ameninţătoare de viaţă
B. NET este definit ca <10% descuamare SC
C. Dilantina şi antibioticele de tip sulfonamide sunt implicate în 40% din toate cazurile
D. Grupurile cu risc înalt includ pacienţi cu crize epileptice, cancer metastatic infecţii ale tractului urinar, transplanturi alogene de măduvă osoasă şi infecţii cu HIV
E. Este cauzată de reacţii imunitare mediate celular, care duc la distrugerea celulelor epiteliale bazale de către celulele CD8+ şi de macrofagele din dermul superficial

37. Despre Necroliza epidermică toxică sunt adevărate următoarele:
A. Semnul Nikolsky, separarea epidermului superficial la presiune digitală moderată, este o constatare rară
B. Se constată o fază prodromală, asemănătoare unei viroze, ce constă din febră şi stare de rău
C. Apare o erupţie maculară care se răspândeşte, devenind adesea confluentă
D. Orofaringele, ochii, tractul gastrointestinal nu sunt aproape niciodata implicate
E. Antiinflamatoare nesteroidiene, unele antibiotice, infecţii ale tractului respirator superior şi boli virale pot fi implicate în declanșare bolii

38. Despre tratamentul în Necroliza epidermică toxică sunt adevărate următoarele:
A. Nu este necesară întreruperea imediată a agentului declanşator
B. Se va efectua biopsia pielii de la marginea zonei cu flictene şi a pielii indemne adiacente pentru a distinge NET/SSJ de afecţiunile infecţioase
C. Infectiile secundare ale pielii sunt principala cauză de deces
D. Agenţii topici epidermului superficial sulfamidă sunt în general utiizați

E. Afectarea oculară este frecventă şi până la jumătate dintre supravieţuitori rămân cu sechele severe pe termen lung

39. Printre factorii asociaţi cu un risc crescut de mortaliate in Necroliza epidermică toxică se numără:
    A. Vârsta mai mică de 40 de ani
    B. Prezenţa malignităţii
    C. Acidoză
    D. Ritmul cardiac mai mic de 120 de bătăi/minut
    E. Descuamare epidermală > I 0% SCT

RĂSPUNSURI CAP. XIII - CHIRURGIE PLASTICĂ

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

CAP. XIV - CHIRURGIE VASCULARĂ

1. Ocluzia arterei femurale superficiale nu provoacă claudicație la nivelul:
   A. Haluce
   B. Picior
   C. Coapsă
   D. Gambă
   E. Mușchilor fesieri

2. Durerea de repaus în boala arterială periferică are următoarele semnificații și caracteristici:
   A. Frecvent localizată la nivelul degetelor de la picioare
   B. Ameliorarea durerii în poziție declivă a picioarelor la marginea patului
   C. Predomină pe timpul zilei
   D. Reprezintă un stadiu incipient de boală
   E. Frecvent apare la nivelul gambelor

3. Boala arterială localizată distal de genunchi nu este tipică la:
   A. Vârstă între 25-45 ani
   B. Vârstă înaintată
   C. Fumători
   D. Insuficiență renală în stadii incipiente
   E. Diabet zaharat

4. Boala arterială aorto-iliacă este caracterizată prin:
   A. Atrofia mușchilor fesieri
   B. Atrofia mușchilor coapsei
   C. Claudicația muschilor gambei
   D. Obstrucții ale arterei brahiale
   E. Stenoze ale arterelor poplitee bilateral

5. În boala arterială periferică inspecția membrelor inferioare pune în evidență:
   A. Ulcere
   B. Eritroză de declivitate
   C. Atrofie musculară
   D. Edem
   E. Pierderea pilozității la nivel proximal

6. Fluxul de sânge dintr-o stenoză moderată afișat pe un aparat Doppler nu poate îmbrăca următoarele aspecte:
   A. Trifazic
   B. Monofazic
   C. Bifazic
   D. Fază de platou
   E. Unde Q adânci

7. Simptomele specifice bolii arteriale periferice sunt date de:
   A. Gradul de dezvoltare al circulației colaterale
   B. Numărul ocluziilor arteriale
   C. Asocierea infarctului miocardic
   D. Toleranța bună a pacientului la distanțe mari de mers
   E. Gravitatea ocluziei arteriale

8. Nu sunt riscuri ale angio-RM și angio-CT următoarele:
   A. Fald de disție la locul puncției
   B. Pseudo anevrisme la locul puncției
   C. Complicație legată de administrarea substanței de contrast
   D. Sângerare la locul puncției
   E. Exacerbarea insuficienței renale

9. Complicații locale postoperatorii ale intervenției de bypass arterial :
   A. Sângerare la nivelul anastomozelor
   B. Infarctul miocardic
   C. Accidentul vascular cerebral
   D. Infecția plăgii
   E. Insuficiența renală cronică

10. Cauzele mai puțin frecvente ale bolii arteriale periferice sunt:
    A. Boala Buerger
    B. Fibroza chistică
    C. Ateromatoză carotidiană
    D. Trombocitopenia
    E. Endofibroza iliacă

11. Sunt corecte afirmațiile următoare referitoare la bypass-urile extra-anatomice:
    A. Nu sunt indicate în abdomen ostil
    B. Pot fi axilo-femurale și femuro-femurale
    C. La pacienții critici această procedură se realizează doar sub anestezie generală

D. Se realizează utilizând proteze sintetice tunelizate de la o arteră la cealaltă prin țesut celular subcutanat
E. Patența lor este mai crescută în comparație cu cea a bypass-urilor anatomice

12. Dezavantajele bypass-ului în situ cu vena safenă sunt:
A. Nu permite o potrivire mai bună a dimensiunilor între arteră si venă
B. Necesită incizii mari pentru efectuarea bypass-ului
C. Leziunea endotelială în timpul trecerii valvulotomului
D. Posibilitatea păstrării unei cuspe a unei valve (valvă păstrată)
E. Vena rămâne în poziție normală anatomică

13. Claudicația:
A. Apare la repaus
B. Durere precipitată de exercițiu fizic
C. Este ameliorată în repaus
D. Durerea cedează în timpul efortului fizic
E. Durerea este însoțită de creșterea tensiunii arteriale

14. Ulcere cauzate de insuficiența arterială sunt:
A. De obicei dureroase
B. Pacientul diabetic are dureri atroce
C. Diabeticii au adesea neuropatie periferică asociată ca urmare durerea poate sa lipsească
D. Cu localizare în treimea inferioară a coapsei
E. Frecvent întalnite la tineri

15. Ulcerațiile diabetice sunt:
A. Nedureroase
B. Localizate pe fața plantară a piciorului
C. Localizate pe fața medială a piciorului
D. Localizate pe fata laterală a piciorului
E. Localizate în zonele de presiune

16. Terapia medicală include:
A. Controlul dislipidemiei
B. Renunțarea la fumat
C. Controlul frecvenței cardiace și a contractilității cardiace prin administrare de betablocant
D. Tratamentul HTA
E. Vitamine

17. Aterectomia sau îndepărtarea plăcii utilizează:
    A. Lame rotative
    B. Lame orbitale
    C. Energie laser
    D. Substanță de contrast
    E. Ecograf

18. Amputația de coapsă este indicată:
    A. Atunci când ischemia este superficială
    B. Gangrena se extinde până în treimea inferioară a gambei
    C. Gangrena se extinde până la nivelul genunchiului
    D. Atunci când ischemia este profundă
    E. Piciorul este edemațiat

19. Medicația antiplachetară:
    A. Este folosită de rutină după orice intervenție endovasculară
    B. Clopidogrelul împreună cu Plavix pentru cel puțin 6 luni
    C. Clopidogrelul împreună cu aspirina pentru cel puțin 4 luni
    D. Clopidogrelul împreună cu aspirina pentru cel puțin 6 luni
    E. Aspirină pe termen nelimitat

20. Indicele gleznă-braț:
    A. Se calculează prin împărțirea presiunii de la nivelul gleznei cu presiunea arterială sistolică de la nivelul arterei femurale.
    B. Se calculează prin împărțirea presiunii de la nivelul gleznei cu presiunea arterială sistolică de la nivelul arterei brahiale.
    C. Valoare normală mai mare ca 0,7
    D. IGB mai mic de 0,4 este asociat cu durere de repaus sau leziuni tisulare
    E. Valoarea normală mai mare ca 0,9

21. *Cel mai mare efect asupra diferenței de presiune distal de o îngustare arterială conform Legii Poiseuille îl are:
    A. Reducerea razei arterei
    B. Volumul sanguin
    C. Grosimea stenozei
    D. Vâscozitatea sanguină
    E. Viteza de curgere

22. *Sonda Doppler emite utrasunete cu lungime de undă cuprinse între:

A. 3-5Mhz
B. 4-8Mhz
C. 2-10Mhz
D. 2,5-9,5Mhz
E. 1-7,5Mhz

23. *Indicele gleznă-braț are o valoare normală de:
A. 0,3
B. 0,5
C. Peste 0,9
D. 0,2-0,5
E. 0,35

24. *Valoarea indicelui gleznă-braț asociată cu durere de repaus este de:
A. 0,6
B. 0,8
C. Sub 0,4
D. Sub 0,7
E. 0,3-0,6

25. *Gradul de îngustare a lumenului vascular de la care presiunea și fluxul sanguin scade distal de punctul de îngustare:
A. 50%
B. 20-30%
C. 20%
D. 10-15%
E. 35%

26. Următoarele vene fac parte din sistemul venos profund al membrelor inferioare:
A. Venele peroniere
B. Venele tibiale anterioare
C. Venele tibiale posterioare
D. Vena safenă mare
E. Vena femurală comună

27. Evaluarea stărilor de hipercoagulabilitate la pacientul cu tromboză venoasă idiopatică se face prin:
A. Proteina C/S
B. Antitrombina II
C. CA 19
D. Dozarea factorului V Leiden

E. CA-4

28. Măsuri de profilaxie la pacientul chirurgical:
    A. Antibioterapie
    B. Administrare de acid acetilsalicilic
    C. Heparină subcutanată
    D. Mobilizare precoce
    E. Dispozitive de compresie segmentară intermitentă

29. Tabloul clinic al emboliei pulmonare:
    A. Tahicardie
    B. Bradicardie
    C. Dispnee, tahipnee
    D. Hemoptizie
    E. Durere toracică de tip pleuritic

30. Tromboliza venoasă este contraindicată în:
    A. Hemoragii recente
    B. Acident vascular cerebral recent
    C. Trombofilie
    D. Traumatisme recente
    E. Cardiopatie ischemică

31. În embolia pulmonară trombii pot proveni din:
    A. Vene radiale
    B. Venele femurale
    C. Venele pelvine mari
    D. Venele bazilice
    E. Venele iliace

32. Următoarele vene fac parte din sistemul venos central:
    A. Vena subclaviculară
    B. Vena cava inferioară
    C. Venele peroniere
    D. Venele femurale
    E. Vena tibiala posterioară

33. Diagnosticul diferențial al trombozei venoase profunde se face cu:
    A. Chistul Baker rupt
    B. Limfangită

C. Traumatismul membrului inferior
D. Ischemie critică de membru inferior
E. Gangrena Fournier

34. Tratamentul toromboflebitei superficiale include:
A. Comprese calde
B. Ciorapi elastici
C. Heparină cu greutate moleculară mică 4-6 săptămâni
D. Antiinflamatorii nesteroidiene
E. Gheață locală

35. Simptomele cauzate de venele varicoase:
A. Senzație de greutate și oboseală dupa ortostatism prelungit
B. Crampe nocturne
C. Sângerare de la nivelul venelor superficiale
D. Durere atroce
E. Tromboflebită superficială

36. Strippingul venei safene:
A. Vena este expusă doar la un singur capăt
B. Vena este expusă la ambele capete
C. Vena este ligaturată la nivelul joncțiunii safenofemurale
D. Vena este ligaturată la nivelul joncțiunii femurofemurale
E. Este des folosită

37. Ligaturarea safenei:
A. Se realizează la rasul venei femurale la nivelul fosei ovale
B. Această tehnică elimină refluxul venos
C. Incidența recidivei este mică față de tehnica strippingului
D. Indicată la pacienți cu vene safene proximale de mari dimensiuni, mai mare de 1,5 cm
E. Indicată la pacienți cu vene safene proximale de mici dimensiuni, sub 1,5 cm

38. Tehnicile mai puțin invazive sunt reprezentate de:
A. Închiderea endovenoasă prin ablație cu radiofrecvență
B. Strippingul venei safene
C. Scleroterapia cu spumă ghidată ecografic
D. Închiderea mecano-chimică a venei safene
E. Ligaturarea safenei

39. Excizia colateralelor venoase prin micro-incizii:

A. Tributarele safenei pot fi îndepărtate prin incizii mici
B. Cicatricile sunt foarte mici
C. Nu sunt folosite clampele
D. Este foarte dureroasă
E. Se mai numește și flebectomie

40. Explorările neinvazive vasculare includ:
A. Ultrasonografia Doppler
B. IRM
C. Scintigrafia
D. Radiografia
E. CT

41. Elementele constitutive ale Triadei Virchow:
A. Stări de hipercoagulabilitate
B. Ischemie
C. Stază
D. Hemofilie
E. Leziuni endoteliale venoase

42. Lipodermatoscleroza:
A. Apare frecvent la nivelul gambei
B. Apare în treimea inferioară a coapsei
C. Apare la nivelul zonei în care presiunea este e mai ridicată în ortostatism
D. Este invalidantă
E. Nu apare în forme ușoare

43. Boala venoasă este reprezentată de:
A. Teleangiectazii
B. Ulcere venoase
C. Ischemie acută
D. Sindromul post-trombotic
E. Varice

44. Cauze frecvente de lezare endotelială și a TVP sunt:
A. Traumatismele osoase
B. Limfangita
C. Ischemia cronică
D. Traumatismele țesuturilor moi
E. Infecții subcutanate

45. Tromboza venoasă superficială provoacă:
    A. Edem
    B. Eritem
    C. Paloare
    D. Sensibilitate de-a lungul traiectului venos
    E. Prurit

46. Pacientul cu TVP prezintă:
    A. Edem
    B. Paloare
    C. Durere locală
    D. Creșterea temperaturii locale
    E. Impotență funcțională

47. *Probabilitatea ca un adult să dezvolte un ulcer venos pe parcursul vieții este de:
    A. 35%
    B. 12%
    C. 4%
    D. 6%
    E. 2%

48. *Următoarea boală venoasă este responsabilă pentru multe decese neașteptate la pacientul spitalizat:
    A. Tromboza venoasă profundă
    B. Varice hidrostatice
    C. Infarctul miocardic acut
    D. Accidentul vascular cerebral Ischemic
    E. Ulcere venoase suprainfectate

49. *Rata mortalității la pacientul spitalizat pentru trombembolismul pulmonar este:
    A. 4%
    B. Depășește 10%
    C. Sub 5 %
    D. Peste 50%
    E. 15%

50. *Tributarele venei safene sunt îndepărtate cel mai bine prin:
    A. Stripping
    B. Terapie laser

C. Ligatura safenei la rasul venei femurale
D. Flebectomii prin microincizii
E. Ablație cu radiofrecvență

51. *Câte din TVP din spital evoluează asimptomatic?
A. Aproape 50 %
B. Peste 30%
C. 20-30%
D. 5%
E. 10%

RĂSPUNSURI CAP. XIV - CHIRURGIE VASCULARĂ

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

CAP. XV - ORTOPEDIE

1. *Cât la sută din masa totală a corpului este reprezentată de oase, articulații, mușchi, tendoane, ligamente și fascia aponevrotică:
   A. 75%
   B. 65%
   C. 85%
   D. 70%
   E. 60%

2. *Care este procentul de paturi din secțiile chirurgicale ocupat de pacienții cu fracturi de sold asociate osteoporozei post-menopauza?
   A. 25%
   B. 15%
   C. 35%
   D. 25%
   E. 20%

3. *Lezarea cărui tip de țesut determină încadrarea unei fracturi ca fiind “deschisă”?
   A. Conjunctiv
   B. Tegumentar
   C. Vascular
   D. Nervos
   E. Osos

4. *Fracturile de stres și pe os patologic au de obicei un traiect:
   A. Oblic
   B. Spiroid
   C. Cominutiv
   D. Segmentar
   E. Transversal

5. *O fractură prin compresie semnifică faptul că osul trabecular sau spongios este strivit și apare adesea la nivelul:
   A. Corpurilor vertebrale
   B. Humerusului proximal
   C. Diafizei tibiale
   D. Maleolei peroniere
   E. Colului femural

6. *O singură incidență radiografică nu permite o descriere exactă a fracturii deoarece:
   A. Radiografia este o investigație cu sensibilitate scazută
   B. Fracturile se produc bidimensional
   C. Fracturile se produc tridimensional
   D. Fracturile se produc ca urmare a unor traumatisme cu energii înalte
   E. Radiografiile se pot deteriora, ducând la erori de diagnosticare

7. *În cazul fracturilor deschise, pentru leziunile ușor contaminate se administrează:
   A. Intravenos cefalosporine de generația a II-a
   B. Intramuscular peniciline
   C. Intravenos aminoglicozide
   D. Intravenos cefalosporine de generația I
   E. Oral tetracicline

8. *Printre complicațiile fixării externe a fracturilor se numară:
   A. Tromboza venoasă profundă
   B. Întârzierea consolidării
   C. Trombembolismul pulmonar
   D. Defectele tegumentare
   E. Elongațiile nervoase

9. *Oasele vulnerabile la necroza avasculară sunt:
   A. Oasele lungi
   B. Oasele plate
   C. Oasele mici
   D. Oasele acoperite pe o suprafață mare de cartilaj articular
   E. Oasele de la nivelul membrului pelvin

10. *În 90% din luxatiile traumatice, capul humeral este deplasat:
   A. Anterior de fosa glenoidă
   B. Posterior de fosa glenoidă
   C. Superior de acromion
   D. Inferior de acromion
   E. Medial de coracoidă

11. *Evaluarea pentru mers stepat trebuie efectuată la toți pacienții cu:
   A. Leziune de menisc
   B. Fractură bimaleolară
   C. Spondiloză lombară

D. Fractură a platoului tibial
E. Luxație posterioară de șold

12. Despre genu varum se poate afirma că:
A. Afectează articulația gleznei
B. Crează o diformitate în forma literei „X”
C. Crează o diformitate în forma de paranteze
D. Afectează articulația genunchiului
E. Afectează articulația șoldului

13. Printre etapele vindecării fracturii întâlnim:
A. Formarea calusului dur
B. Formarea calusului semi-dur
C. Formarea calusului moale
D. Formarea calusului lichid
E. Formarea hematomului

14. Indicații pentru fixarea internă a unei fracturi pot fi:
A. Fracturi la paraplegici
B. Fracturi pe os patologic
C. Esecul metodelor non-operatorii de reducere
D. Fracturi la care nu se poate aplica imobilizare gipsată
E. Fracturi metafizare fără deplasare

15. Indicații pentru fixarea externă a unei fracturi sunt:
A. Fracturi infectate
B. Fracturi pelvine instabile
C. Fracturi deschise, instabile
D. Fracturi de masiv trohanterian
E. Fracturi de humerus proximal

16. Selectați mecanisme de infectare bacteriană a osului:
A. Diseminare hematogenă de la apropiere
B. Contaminare în urma unei fracturi închise
C. Diseminare prin contiguitate de la un focar infecțios
D. Diseminare prin continuitate de la un focar infecțios
E. În urma unei proceduri chirurgicale aplicate la nivelul osului

17. Elemente patognomonice ale artrozei sunt:
A. Pensarea localizată a spațiului articular
B. Durerea matinală

C. Osteofite
D. Durerea nocturnă
E. Chiste în osul subcondral

18. Ligamente regăsite la nivelul coloanei vertebrale sunt:
A. Ligamentul interspinos
B. Ligamentul infraspinos
C. Ligamentul supraspinos
D. Ligamentul galben
E. Ligamentul longitudinal anterior

19. Testul sertarului anterior al genunchiului se realizează cu:
A. Genunchiul flectat la 30°
B. Genunchiul flectat la 45°
C. Genunchiul flectat la 60°
D. Translația anterioară a tibiei
E. Translația anterioară a rotulei

20. Meniscurile au rol în:
A. Creșterea suprafețelor de contact articulare
B. Lubrifierea articulației
C. Nutriția cartilajului hialin
D. Vindecarea rupturilor ligamentare
E. Rigidizarea articulației

21. Testul Thompson pentru diagnosticarea clinică a rupturii tendonului Achile se realizează:
A. Cu pacientul în decubit dorsal
B. Cu piciorul atârnând liber la marginea mesei
C. Cu pacientul în decubit ventral
D. Cu pacientul în decubit lateral
E. Prin strângerea mușchiului gambei

22. Pe măsură ce boala Legg-Calve-Perthes avansează, se produc:
A. Resorbția țesutului osos necrozat
B. Revascularizarea capului femural
C. Revascularizarea capului fibular
D. Osteocondensarea condilului femural intern
E. Osteocondensarea condilului femural extern

23. O formă flexibilă a scoliozei se poate datora:
A. Unui spasm muscular de lânga un disc herniat

B. Unui vechi traumatism al coloanei vertebrale
C. Spondilozei toracale
D. Unei posturi deficitare
E. Ca urmare a compensării unui picior scurtat

24. Tabloul clinic in debutul osteomielitei se caracterizează prin:
A. Senzația de instabilitate articulară
B. Durere severă în apropierea capătului osului lung
C. Protejarea membrului afectat
D. Evitarea mișcării membrului afectat
E. Tumefierea țesuturilor moi

25. Tratamentul artritei reumatoide vizează:
A. Schimbarea stilului de viață
B. Calmarea durerii
C. Supresia inflamației sinoviale
D. Prevenirea deformărilor articulare
E. Reconstrucția articulară precoce

26. Sindromul de compartiment poate fi consecința:
A. Gonartrozei decompensate algic
B. Capsulitei adezive a umărului
C. Contuziilor musculare severe
D. Sindromului de strivire
E. Fracturilor

27. Obiectivele chirurgiei de urgenta in fracturile de bazin sunt:
A. Controlul hemoragiei
B. Controlul sfincterian al tractului urinar
C. Reluarea urgentă a mersului
D. Permiterea recuperării pulmonare
E. Restabilirea completă a anatomiei osoase

28. În fracturile diafizei femurale, osteosinteza cu tija reduce riscul de:
A. Tromboză venoasă
B. Contractura de cvadriceps
C. Redoarea genunchiului
D. Redoarea șoldului
E. Atrofia musculară

29. Cele mai frecvente fracturi de șold sunt:

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

30. Mușchii coafei rotatorilor sunt:
A. Subscapular
B. Supraspinos
C. Intraspinos
D. Infraspinos
E. Rotund mic

31. Tratamentul tendiniței coafei rotatorilor constă în:
A. Aplicații locale reci
B. Masaj profund de relaxare
C. Repaus
D. Medicație antiinflamatoare
E. Exerciții concentrice ale umărului

32. Partea laterală a gleznei este sustinută de următoarele ligamente:
A. Ligamentul colateral anterior
B. Ligamentul talofibular posterior
C. Ligamentul incrucisat posterior
D. Ligamentul talofibular anterior
E. Ligamentul calcaneofibular

33. Următoarele ligamente ale genunchiului sunt extrasinoviale:
A. Ligamentul incrucisat anterior
B. Ligamentul incrucisat posterior
C. Ligamentul colateral medial
D. Ligamentul colateral anterior
E. Ligamentul colateral lateral

34. Hernia de disc afectează cel mai dez discurile vertebrale:
A. L4-L5
B. L2-L3
C. T12-L1
D. L5-S1
E. L1-L2

35. Tratamentul conservator în durerea de spate include:
    A. Repaus în decubit dorsal pe un plan moale
    B. Analgezice
    C. Antiinflamatorii
    D. Exerciții de întărire
    E. Elongații

36. Cauze ale osteoporozei pot fi:
    A. Boli maligne
    B. Deficiențe nutriționale
    C. Efortul fizic exagerat
    D. Microtraumatismele repetate
    E. Tulburări endocrine

37. Osteoporoza si osteomalacia sunt similare din punct de vedere:
    A. Radiologic
    B. Al analizelor sanguine
    C. Clinic
    D. Al modului de aparitie
    E. Al tratamentului

38. Următoarele tumori metastazează deseori la nivelul osului:
    A. Creier
    B. Rect
    C. San
    D. Prostată
    E. Plâmâni

39. Mielomul multiplu poate cauza:
    A. Dureri osoase
    B. Pusee febrile
    C. Artroza degenerativă
    D. Fatigabilitate
    E. Fracturi pe os pathologic

40. Printre caracteristicile principale ale osteosarcomului întâlnim:
    A. Distribuție trimodală pe grupe de vârstă
    B. Durere cu agravare nocturnă
    C. Distribuție bimodală pe grupe de vârstă

D. Localizare preferențială la nivelul metafizei femurului distal și tibiei proximale
E. Ușor mai frecventă la femei decat la bărbați

41. Printre caracteristicile principale ale tumorei cu celule gigant întâlnim:
A. Durere si tumefactie peri-articular
B. Apare de regula în intervalul de vârsta 30-50 ani
C. Este o tumora benignă cu agresivitate scăzută
D. Se localizează adesea la nivelul epifizei femurului, radiusului și tibiei
E. Are aspect radiografic de arie cu extindere excentrică epifizară

42. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Fascia plantară este o structură groasă, fibroasă atașată de calcaneu
B. Fascia plantară este o structură subțire, elastică atașat de calcaneu
C. Reacțiile inflamatorii de la nivelul fasciei plantare produc exostoza calcaneana de tracțiune vizualizată radiologic sub forma unui pinten osos
D. Reacțiile inflamatorii de la nivelul fasciei plantare nu produc exostoza calcaneana
E. Factorii contributivi ai fasceitei plantare sunt atât piciorul plat cât și cel cav

43. Următoarele afirmații despre rupturile tendonului Achilean sunt adevărate:
A. Rupturile tendonului Achilean apar la sportivi de vârstă mijlocie care solicită tendonul dincolo de toleranșa sa.
B. Rupturile tendonului Achilean apar la persoane sedentare de vârstă tânără care solicită tendonul dincolo de toleranța sa
C. Testul Thompson verifică dacă complexul format din gastrocnemian și solear este intact
D. Tratamentul chirurgical al rupturilor tendonului Achilean este indicat în cazul sportivilor
E. Tratamentul chirurgical al rupturilor tendonului Achilean este indicat în cazul persoanelor sedentare

44. Bacteriile pot infecta osul prin următoarele mecanisme:
A. Prin contact sexual
B. Diseminare hematogenă de la distanță
C. Contaminare în urma unei fracturi deschise
D. În urma unei proceduri chirurgicale aplicate la nivelul osului
E. Diseminare prin contiguitate de la un focar infecțios

45. În momentul înoculării unei bacterii la nivelul unei articulații sinoviale procesul inflamator secundar poate produce:
A. O distrucție ușoară la nivelul cartilajului articular

B. O distrucție lentă a cartilajului articular
C. O distrucție rapidă a cartilajului articular
D. O distrucție severă a cartilajului articular
E. Remodelare osoasă

46. *Cel mai frecvent etiologia tenosinovitei septice a flexorilor mâinii este:
A. Streptococcus agalactiae
B. Streptococcus pneumoniae
C. Staphylococcus Aureus
D. Klebsiella pneumoniae
E. Borrelia burgdorferi

47. Tratamentul artritei reumatoide vizează:
A. Calmarea durerii
B. Reconstrucția articulară precoce
C. Reconstrucția articulară tardivă
D. Prevenția deformărilor articulare
E. Supresia inflamației sinoviale

48. Osteoartroza este:
A. Numită și boala degenerativă articulară
B. Cea mai raspândită formă de artrită care afectează adultul
C. Caracterizată de subțierea progresivă a cartilajului articular
D. Caracterizată de îngroșarea progresivă a cartilajului articular
E. O patologie traumatică osoasă

49. Osteomalacia este:
A. Rezultatul unei deficiențe în conținut de fier al pacientului
B. Rezultatul unei deficiențe în conținutul de minerale al osului
C. Similară din punct de vedere radiologic cu osteoporoza
D. Datorată unui aport nutritiv necorespunzator de vitamina D și calciu
E. Denumită rahitism în forma sa pediatrică

50. Următoarele afirmații despre Boala Paget sunt adevărate:
A. Este caracterizată prin resorbție osoasă excesivă
B. Pacienții acuză dureri osoase
C. Pacienții prezintă incurbarea progresivă a membrelor inferioare
D. Pacienții prezintă micșorarea craniului
E. Oasele pacienților au o rezistență crescută

51. *Următoarele afirmații referitoare la Hiperparatiroidism sunt adevărate:
    A. Hiperparatiroidismul provoacă alopecie
    B. Hiperparatiroidismul provoacă osteopenie osoasă difuză
    C. Hiperparatiroidismul primar se datorează unui adenom sau hiperplaziei glandei tiroide
    D. Hiperparatiroidismul secundar se datorează unui adenom de prostată
    E. În hiperparatiroidism, radiografic, se observă o condensare osoasă difuză

52. Următoarele afirmații despre luxații sunt adevărate:
    A. Genunchiul este articulația care luxează cel mai frecvent
    B. Umărul este articulația care luxează cel mai frecvent
    C. Luxația posterioară a umărului este un diagnostic frecvent omis
    D. Reducerea luxației de umar se obține prin adducție graduală a umărului simultana cu tractiunea produsă de un cearșaf plasat în axilă și contraacțiunea produsă prin tracțiunea brațului
    E. Reducerea luxației de umăr se obține prin abducție graduală a umărului simulană cu tracțiunea brațului și contraacțiunea produsă de un cearșaf plasat în axilă

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

54. Următoarele afirmații sunt adevărate:
    A. Diafiza femurală este cel mai rezistent os din corp
    B. La pacienții tineri, producerea unei fracturi a diafizei femurale necesită un traumatism de energie mare
    C. La pacienții vârstnici, producerea unei fracturi a diafizei femurale necesită un traumatism de energie mare
    D. Într-o fractură închisă de diafiza femurală se pot pierde la nivelul coapsei 1-3 unități de sange si aparitia socului hipovolemic
    E. Fracturile de diafiză de femur au caracter socogen și trombogen

55. *Următoarele afirmații referitor la fracturile diafizelor tibiale si fibulare sunt false:
    A. Fracturile diafizei tibiale sunt frecvent deschise si contaminate

B. Vascularizatia redusă a tibiei duce la pseudartroză și consolidare întarziată în cazul fracturilor diafizare de tibie
C. Osteosinteza pe focar închis și imobilizarea în aparat gipsat deasupra de genunchi reprezintă tratamentul standard pentru fracturile închise, necomplicate ale diafizelor tibiei și fibulei
D. Osteosinteza pe focar dechis cu hobanaj și imobilizarea în aparat gipsat deasupra de genunchi reprezintă tratamentul standard pentru fracturile închise, necomplicate ale diafizelor tibiei și fibulei
E. În cazul fracturilor diafizei tibiale implantul utilizat de elecție constă într-o tijă centromedulară introdusă în urma alezajului corespunzător

56. *În cazul fracturilor de bazin ce asociază instabilitate hemodinamică, o măsura de reechilibrare a pacientului este:
A. Imobilizarea gipsată pelvi-podală
B. Efectuarea unei uretrografii retrograde în vederea evaluării integrității uretrei
C. Stabilizarea de urgență a bazinului cu fixator extern
D. Tratament anticoagulant
E. Efectuare RMN de bazin

57. Un ciclu normal de mers:
A. Se extinde din momentul atingerii solului cu călcâiul unui picior până la următoarea atingere a solului cu acelaşi călcâi
B. Se extinde din momentul atingerii solului cu călcâiul unui picior până la următoarea atingere a solului cu varful aceluiași picior
C. Fază de sprijin (60% din ciclu) este când piciorul este în contact cu solul
D. Fază de sprijin (60% din ciclu), când piciorul este deasupra solului
E. Faza de balansare este definită de avansarea (pendularea) membrului inferior conn·olateral până la atingerea călcâiului de sol

58. Mersul este afectat de anomaliile următoarelor articulații:
A. Articulația cotului
B. Metatarsofalangiene
C. Glezna
D. Metacarpofalangiene
E. Genunchiului

59. Următoarele afirmații despre luxația șoldului sunt adevărate:
A. Luxația șoldului este produsă frecvent în timpul accidentelor de mașină atunci când genunchiul se lovește de bord
B. Luxația șoldului este produsă frecvent în timpul accidentelor prin cădere de la aceeași înălțime atunci cand soldul se lovește de un plan dur

C. Luxația șoldului nu reprezintă o urgență medico-chirurgicală
D. În cazul luxației de șold, șoldul trebuie redus de urgență și fracturile asociate trebuiesc tratate pentru refacerea stabilității articulației șoldului
E. Orice întârziere a reducerii luxației coxo-femurale de peste 8-12 ore de la traumatism crește riscul de necroză avasculară a capului femural

60. Stenoza lombară apare ca urmare a următoarelor modificări degenerative:
A. Îngustarea discului intervertebral
B. Dezvoltarea hipertrofică a fațetelor articulare
C. Cudarea ligamentului galben
D. Cudarea ligamentul longitudinal anterior
E. Cudarea ligamentul interspinos

61. *Explorarea radiologică de elecție în leziunile medulare este:
A. Radiografia simplă
B. Mielografia
C. IRM
D. Tomografia computerizata
E. Mielo CT

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

63. *Scolioza este:
A. De cele mai multe ori congenitală
B. De cele mai multe ori neuromusculară
C. De cele mai multe ori idiopatică
D. Mai frecventă la băieți
E. Niciuna din cele enunțate

64. Boala Legg Calve Perthes este:
A. Afecțiune a genunchiului
B. Afecțiune ce apare la copii
C. Apare mai des la băieti
D. Reprezintă osteonecroza capului femural

E. De etiologie tuberculoasă

65. *În cazul unui sportiv de înaltă performanță cu durere cronică la nivel inghinal, pentru depistarea precoce a unei eventuale fracturi de stres cu localizare la nivelul colului femural este indicat sa efectuam următoarea investigație:
A. Scintigrafie osoasă cu radioizotopi pe bază de pirofosfat de technetium
B. Radiografie standard articulatie coxo-femurală
C. Radiografie in 2 incidente (antero-posterioară și profil) art coxo-femurală
D. Ecografie de șold
E. Osteotomodensitometrie

66. Care din următoarele afirmații cu privire la tendinita coafei rotatorilor nu este adevărată:
A. Apare cu precădere la cei care efectuează mișcări repetitive de flexie anterioară a articulației umărului
B. Modificările inflamatorii dureroase pot afecta şi bursa subacromială
C. Este frecventă la sportivi (de exemplu, înotători, aruncători)
D. Tomografia computerizată este tehnica indicată pentru diagnosticul acestei afecțiuni
E. În evoluție pot aparea la nivelul tendonului coafei rotatorilor calcificari degenerative

67. În cazul unui pacient diagnosticat cu epicondilită laterală, printre eventualele activități raspunzătoare pentru apariția afecțiunii se numără:
A. Mișcări de abducție repetitivă ale articulației umărului
B. Activități care presupun efectuarea unei munci manuale repetitive de extensie a articulației radio-carpiene
C. Sportivi care practica sporturi de lovire a mingii cu racheta
D. Activități care presupun efectuarea unei munci manuale repetitive de flexie a articulației radio-carpiene
E. Sportivi care practica sporturi ce presupun ridicare de greutăți

68. În cazul unei disjuncții acromio-claviculare grad III sunt rupte următoarele structuri ligamentare:
A. Ligamente costo-claviculare
B. Ligamente sterno-claviculare
C. Ligamentul coraco-acromial
D. Ligamente acromio-claviculare
E. Ligamente coraco-claviculare

69. În cazul fracturilor supracondiliene ale humerusului, următoarele afirmații nu sunt adevărate:

A. Sunt fracturi care se produc prin cădere cu cotul în extensie
B. Sunt fracturi articulare ce implică suprafața articulară a humerusului distal
C. Sunt fracturi articulare ce implică suprafața articulară a humerusului proximal
D. Sunt fracturi care se produc prin cădere cu cotul în flexie
E. Ca și complicație a acestei fracturi poate să apară în evoluție sindromul de pronație dureroasă a cotului

70. *Entorsele sunt clasificate în funcţie de gravitatea leziunilor care se produc. Care dintre următoarele enunțuri sunt adevărate?
A. Entorsele nu presupun neapărat leziuni ale ligamentelor
B. Entorsele de gradul I prezintă leziuni ligamentare microscopice, însă fără modificarea stabilității articulaţiei atunci când articulaţia este supusă stresului
C. Entorsele de gradul I prezintă ruperea de fascicule întregi de ligament însoțită de un punct final ferm în ceea ce priveşte testarea clinică
D. În cazul ruperii de ligament cu pierderea stabilităţii articulaţiei, leziunea ligamentară este clasificată ca o entorsă de gradul II.
E. În entorsele de gradul II ligamentele prezintă continuitate microscopică

71. Care dintre următoarele reprezintă contraindicații ale reimplantării?
A. Amputaţia prin strivire sau avulsie
B. Amputație individuală de police distal de falangă mijlocie
C. Amputație individuală de deget II proximal de falanga mijlocie
D. Amputaţia la pacienţii vârstnici care au comorbidităţi sau tulburări mentale
E. Amputația la orice nivel la copii

72. Care dintre următoarele NU sunt semne clasice ale sindromului de compartiment produs prin ischemie tisulară?
A. Durere
B. Transpirație
C. Paloare
D. Paralizie
E. Amețeală

73. Testul sertarului anterior respectiv posterior, sunt utilizate pentru a evalua integritatea ligamentului încrucişat anterior respectiv posterior. Care dintre afirmațiile următoare sunt adevărate?
A. Translaţia tibială anterioară anormală obținută trăgând tibia înainte cu genunchiul flectat la 45° sugerează că fibrele anteromediale ale ligamentului încrucișat anterior sunt rupte

B. Translaţia tibială anterioară anormală obținută trăgând tibia înainte cu genunchiul flectat la 45° sugerează că fibrele anteromediale ale ligamentului încrucişat posterior sunt rupte
C. Translaţia tibială posterioară anormală obținută trăgând tibia posterior indică o leziune a ligamentului încrucişat posterior
D. Laxitatea anterioară a genunchiului poate fi apreciată cu ajutorul testul Lachman, efectuat cu genunchiul flectat la 20°
E. Laxitatea anterioară a genunchiului poate fi apreciată cu ajutorul testul Lachman, efectuat cu genunchiul flectat la 45°

74. Identificați care dintre următoarele afirmații sunt adevărate, referitor la ţesutul de origine cât și tipul de tumoră malignă sau benignă, al următoarelor tumori:
A. Granulomul eozinofil este o tumoră osoasă benignă provenită din țesut incert
B. Granulomul eozinofil este o tumoră osoasă malignă provenită din țesut incert
C. Granulomul eozinofil este o tumoră osoasă benignă provenită din măduva osoasă
D. Encondromul este o tumoră osoasă malignă provenită din țesut incert
E. Encondromul este o tumoră osoasă benignă provenită din țesut cartilaginos

75. *****Stresul submaximal repetat poate produce microfracturi, care dacă nu sunt lăsate să se vindece vor conduce la:
A. Fractură deschisă
B. Fractură pe os patologic
C. Fractură de stres
D. Fractură în lemn verde
E. Niciuna dintre cele de mai sus

76. *****Complicațiile locale în procesul de vindecare a fracturii nu includ:
A. Infecția
B. Întârzierea în consolidare
C. Pseudartroza
D. Sepsisul
E. Calusul vicios

77. *****Complicațiile sistemice în urma fracturii nu includ:
A. Șocul
B. Calusul vicios
C. Sepsisul
D. Gangrena gazoasă
E. Embolia grăsoasă

78. *Deplasarea în fractura olecranului este datorată contracției mușchiului:
    A. Biceps brahial
    B. Brahial
    C. Triceps sural
    D. Triceps brahial
    E. Coracobrahial
79. *Articulația care luxează cel mai frecvent este:
    A. Umărul
    B. Cotul
    C. Șoldul
    D. Genunchiul
    E. Glezna

80. *Cel mai rezistent os din corp este:
    A. Diafiza humerală
    B. Diafiza radială
    C. Diafiza femurală
    D. Patela
    E. Diafiza tibială

81. *Durerea patelo-femurală apare consecutiv stresării mecanismului extensorului genunchiului. Acesta este format din:
    A. Mușchiul croitor
    B. Mușchiul cvadriceps
    C. Mușchiul biceps femural
    D. Mușchiul semimembranos
    E. Mușchiul semitendinos

82. *Care dintre cele patru ligamente care stabilizează genunchiul este intrasinovial:
    A. Ligamentul colateral medial
    B. Ligamentul colateral lateral
    C. Ligamentul încrucișat posterior
    D. Ligamentul încrucișat anterior
    E. Toate cele de mai sus

83. *Absența flexiei plantare a gleznei în timpul testului Thompson indică ruptura:
    A. Tendonului patelar
    B. Tendonului cvadricipital
    C. Tendonului Achile
    D. Ligamentului talofibular anterior

E. Ligamentului calcaneo-fibular

84. *Face parte dintre tumorile benigne ale osului:
A. Osteosarcomul
B. Condrosarcomul
C. Fibrosarcomul
D. Sarcomul Ewing
E. Osteomul osteoid

85. Fragmentele osoase fracturate pot fi deplasate:
A. Prin forța unui traumatism
B. Datorită luxației
C. Datorită gravitației
D. Datorită comorbidităților
E. Datorită tracțiunii musculare

86. Fac parte dintre complicațiile locale care apar în procesul de vindecare al fracturii:
A. Infecția
B. Pseudartroza
C. Tromboza venoasă
D. Calusul vicios
E. Necroza avasculară

87. Fac parte dintre complicațiile sistemice care apar în urma fracturii:
A. Întârzierea în consolidare
B. Pseudartroza
C. Șocul
D. Tromboza venoasă
E. Embolia grăsoasă

88. Cei patru mușchi ai coafei rotatorii sunt:
A. Subscapular
B. Supraspinos
C. Infraspinos
D. Rotund mare
E. Rotund mic

89. Ligamentele laterale ale gleznei sunt cele mai frecvent afectate ligamente din corp. Acestea sunt:
A. Ligamentul deltoid

B. Ligamentul talofibular anterior
C. Ligamentul talofibular posterior
D. Ligamentul calcaneo-fibular
E. Tendonul Achile

90. Fac parte dintre testele utilizate pentru a evalua integritatea ligamentului încrucișat anterior:
A. Testul Mc Murray
B. Testul sertarului anterior
C. Varus test
D. Valgus test
E. Testul Lachman

91. Care dintre următoarele articulații intră în componența umărului:
A. Glenohumerală
B. Radioulnară proximală
C. Acromioclaviculară
D. Sternoclaviculară
E. Scapulotoracică

92. Bacteriile pot infecta osul printr-unul din următoarele mecanisme:
A. Diseminare limfatică de la distanță
B. Diseminare hematogenă de la distanță
C. Contaminare în urma unei fracturi deschise
D. În urma unei proceduri chirurgicale aplicate la nivelul osului
E. Diseminare prin contiguitate de la un focar infecțios

93. Următoarele sunt tumori maligne:
A. Osteosarcom
B. Osteom osteoid
C. Condrosarcom
D. Osteocondrom
E. Sarcom Ewing

94. Următoarele sunt tumori benigne:
A. Fibrosarcom
B. Osteom osteoid
C. Encondrom
D. Condrosarcom
E. Sarcom Ewing

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

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

97. Dispozitivele de fixare internă în cazul unei fracturi includ:
    A. Broșe
    B. Șuruburi
    C. Plăci
    D. Tije centromedulare
    E. Tracțiune continuă

98. Complicațiile care survin cu o frecvență crescută din cauza unui trtament inițial inadecvat într-o fractură a scafoidului carpian sunt:
    A. Necroza avasculară
    B. Gangrena gazoasă
    C. Pseudartroza
    D. Embolia grăsoasă
    E. Calusul vicios

99. Următoarele afirmații despre fracturile șoldului sunt adevărate:
    A. Fracturile de șold produse de traumatisme cu energie minimă sunt frecvente la pacienții vârstnici și la cei cu osteoporoză
    B. Reprezintă 3% din numărul total de internări în centrele de ortopedie
    C. Cele mai frecvente tipuri de fracturi de șold sunt cele de col femural și intertrohanteriene
    D. Membrul inferior afectat este rotat extern și scurtat
    E. Tratamentul chirurgical nu permite mobilizarea precoce a pacientului și nu reduce complicațiile asociate imobilizării prelungite la pat

100. Următoarele afirmații despre fracturile diafizelor tibială și fibulară nu sunt adevărate:
   A. Fracturile diafizare ale tibiei și fibulei se produc de 9 ori mai frecvent decât cele de diafiză femurală
   B. Fracturile tibiei sunt rar deschise și contaminate
   C. Vascularizația redusă a tibiei duce la pseudartroză și întârzieri în consolidare
   D. Fracturile de tibie au un risc scăzut de a produce sindrom de compartiment
   E. Complicațiile asociate tratamentului inadecvat al fracturilor de tibie sunt cea mai frecventă cauză a proceselor de malpraxis în chirurgia ortopedică de traumă

101. Semnele clasice ale sindromului de compartiment produs prin ischemie tisulară sunt:
   A. Durere (pain)
   B. Parestezie
   C. Hipertermie
   D. Paralizie
   E. Paloare

102. Factorii care contribuie la durerea coafei rotatorilor sunt:
   A. Stabilitatea articulației gleno-humerale
   B. sSăbiciunea musculară
   C. Dezechilibrul muscular
   D. Tehnica de aruncare corectă
   E. Antrenament intens

103. Factori contributivi ai durerii plantare calcaneene sunt:
   A. Piciorul plat
   B. Piciorul cav
   C. Alergarea pe vârfuri sau în nisip
   D. Subponderabiliatea
   E. Încălțămintea adecvată

104. Reprezintă opțiuni pentru autografe de țesuturi moi în reconstrucția LIA:
   A. Tendonul patelar
   B. Tendonul semitendinosului
   C. Tendonul semimembranosului
   D. Tendonul gracilisului
   E. Fascia lata

105. Următoarele afirmații despre boala Legg-Calve-Perthes sunt adevărate:
   A. Reprezintă osteonecroza capului humeral la copii cu vârste cuprinse între 4-8 ani
   B. Raportul dintre sexul masculin și feminin este 1/8

C. Acuzele subiective se pot situa în partea internă a genunchiului, în teritoriul de distribuție al nervului obturator
D. Forța scăzută a abducției se traduce prin prezența mersului Trendelenbug
E. Patologia are o evoluție limitată, cu o durată între 2 și 4 ani

106. Care dintre următoarele afirmații despre scolioză sunt false:
A. Scolioza reprezintă curbarea coloanei vertebrale și poate fi flexibilă (corectbilă) sau fixă (structurală)
B. Scolioza consecutivă neurofibromatozei este cauzată de o serie de anomalii la nivelul formării vertebrelor
C. În cel mai multe cazuri, scolioza este de natură idiopatică
D. Băieții sunt afectați de 9 ori mai frecvent decât fetele
E. Curburile severe de la nivelul coloanei vertebrale toracice pot compromite funcția cardio-pulmonară

107. Următoarele afirmații despre osteomielita acută hematogenă sunt adevărate:
A. Apare cel mai frecvent la copii
B. Este cauzat de o diseminare hematogenă de la un alt focar de infecție, situat la distanță
C. Până la vârsta de 3 ani sunt uzuale infecțiile cu Haemophilius Influenzae
D. Debutul este lent
E. Numărul de leucocite și viteza de sedimentare a hematiilor au, de regulă, valori scăzute

108. Fac parte dintre complicațiile tardive ale osteomilelitei hematogene:
A. Durere severă în apropierea extremității osului lung
B. Septicemie
C. Dezvoltarea osteomielitei cronice persistente sau recurente
D. Fracturi pe os patologic
E. Tulburări de creștere prin afectarea plăcilor de creștere epifizare

109. Radiologic, elementele patognomonice ale osteoartrozei sunt:
A. Pensarea localizată a spațiului articular
B. Mărirea spațiului articular
C. Scleroza osului subcondral
D. Osteofite
E. Chiste în osul subcondral

110. Reprezintă procedee osoase în tratamentul chirurgical al artrozei:
A. Osteosinteza

B. Osteotomia
C. Artroplastia parțială
D. Artroplastia totală
E. Artrodeza

111. Reprezintă manifestări clinice ale radiculopatiei rădăcinii nervoase L4:
A. Durere și parestezii față medială picior și gleznă
B. Hipoestezie picior dorsal și haluce
C. Hipotonie extensor lung al halucelui
D. Diminuare reflex rotulian
E. Diminuare reflex achilean

112. Reprezintă manifestări clinice ale radiculopatiei rădăcinii nervoase C7:
A. Hipoestezie fața laterală a brațului
B. Slăbire extensie degete și triceps brahial
C. Slăbire flexie degete
D. Siminuare reflex bicipital
E. Diminuare reflex tricipital

113. Dintre tulburările endocrine care cauzează osteoporoză fac parte:
A. Hipogonadism
B. Hiperparatiroidism
C. Hipotiroidism
D. Boală Cushing
E. Hipertiroidism

114. Reprezintă caracteristici ale osteomului osteoid:
A. Durere care adesea cedează la aspirină
B. Asimptomatic, cu excepția fracturii pe os patologic
C. Apare la vârste sub 30 de ani
D. Apare între 45-65 ani
E. Radiologic prezintă o zonă radiotransparentă <1 cm, înconjurată de o zonă densă de scleroză

115. Tratamentul tumorilor osoase include:
A. Tratamentul chirurgical
B. Chimioterapia
C. Radioterapia
D. Fizioterapia
E. Kinetoterapia

RĂSPUNSURI CAP. XV - ORTOPEDIE

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

CAP. XVI - UROLOGIE

1. *Cancerele de prostată își au originea, cel mai frecvent în:
   A. Zona periferică a prostatei
   B. Zona tranzițională a prostatei
   C. Zona centrală a prostatei
   D. Stroma fibromusculară anterioară
   E. Verumontanum

2. *Majoritatea bărbaților cu cancer prostatic incipient :
   A. Sunt tineri, sub 40 de ani
   B. Prezintă disurie
   C. Prezintă hematurie
   D. Prezintă nicturie
   E. Sunt asimptomatici

3. *În general, valoarea PSA (antigenul prostatic specific) este considerată normală la valori de:
   A. Peste 10 ng/ml
   B. Sub 4 ng/ml
   C. 10-15 mg/ml
   D. Sub 4 mg/ml
   E. Peste 10 mg/ml

4. *Principala formă de tratament a cancerului de prostată aflat în stadiu metastatic o reprezintă:
   A. Deprivarea androgenică
   B. Brahiterapia
   C. Radioterapia externă a pelvisului
   D. Prostatectomia radicală cu limfodisecție ilioobturatorie
   E. Prostatectomia radicală fără limfodisecție

5. *Markerul tumoral specific pentru carcinomul renal cu celule clare îl reprezintă:
   A. PSA
   B. Alfa fetoproteina
   C. Beta HCG
   D. CA125
   E. Nu are marker specific

6. *Din totalul androgenilor circulanți, mai puțin de 10% sunt produși la nivelul:
   A. Testiculelor
   B. Hipofizei
   C. Suprarenalelor
   D. Hipotalamusului
   E. Prostatei

7. *Vascularizația prostatei provine din:
   A. Artera Aortă
   B. Artera Hipogastrică
   C. Artera Mezenterica superioară
   D. Artera Pudendală
   E. Artera Poplitee

8. *Prostatita acută:
   A. Este o afecțiune infecțioasă-bacteriană
   B. Este o afecțiune infecțioasă fungică
   C. Este o afecțiune infecțioasă -virală
   D. Este o afecțiune infecțioasă parazitară
   E. Este o afecțiune genetică

9. *Antigenul specific prostatic (PSA):
   A. Este o serin protează care clivează proteinele din sperma postejaculatorie
   B. Poate fi scazut în cazul bărbaților cu prostatită
   C. O valoare sub 40ng/ml este considerată normală
   D. Are 6 forme dominante
   E. Raportul PSA liber/PSA total <20-25 %, se asociază cu litiaza vezicală

10. *Despre anatomia rinichilor este adevarata următoarea afirmatie:
   A. Sunt organe tubulare
   B. Sunt situate intraperitoneal
   C. Sunt perpendiculare pe coloana lombara
   D. Sunt organe pereche
   E. Rinichiul stang are raport cu duodenul

11. *Care din următoarele leziuni peniene, sunt considerate premaligne:
   A. Leucoplakia
   B. Boala Bowen
   C. Condiloamele acuminate

D. Eritoplazia Queyrat
E. Toate leziunile de mai sus

12. *Fimoza:
A. Reprezintă relaxarea fibrotică a tegumentului prepuțial
B. Nu permite retracția prepuțului peste gland
C. Nu permite recalotarea glandului
D. Reprezintă prezența unei cicatrici la nivelul tunicii albugineea
E. Reprezintă o erecție prelungită

13. *Stricturile uretrale:
A. Sunt cel mai frecvent cauzate de uretrita urliană
B. Sunt cel mai frecvent cauzate de Mycoplasma urealiticum
C. Sunt cauzate de uretrită gonococică
D. Se diagnostichează prin ureteroscopie
E. Tratamentul presupune administrarea de alfa-blocant

14. *Cistita bacteriană:
A. Febra este un simptom constant
B. Asociaza frecvent semnul valului
C. Frecventa la bărbați
D. Femeile sunt predisupuse la infectii recurente
E. E E-coli cauzeaza >20% din toate infectiile de tract urinar

15. *Incontinența urinară reprezintă:
A. Pierderea voluntara de urina
B. Incontinența de efort apare în scăderea presiunii intraabdominale (la ras, tușit etc)
C. Incontinența prin imperiozitate este un simptom obstructiv
D. Incontinența totală apare în fistulele vezico-vaginale
E. Reprezintă o infecție de tract urinar superior

16. *Litaza urinară are următorii factori de risc:
A. Acidoza tubulară
B. Hiperparatiroidism
C. Deshidratare
D. Istoric familial de litiaza
E. Toate variantele de mai sus sunt corecte

17. *În cancerul de prostată localizat, la un pacient cu speranța de viață sub 10 ani, atitudinea terapeutică adecvată este:

A. Supraveghere activă
B. Prostatectomia radicală
C. Cadioterapia
D. Himioterapia
E. Watchful waiting

18. *Hiperplazia benignă de prostata își are originea de dezvoltare cu preponderentă în:
A. Zona periferică
B. Zona anterioară
C. Zona centrală
D. Zona tranzițională
E. Zona fibro-musculară

19. *În prostatita acută complicată cu retenție acută de urină se recomandă:
A. Cateterismul uretro-vezical
B. Urostomia cutanată
C. Nefrostomia
D. Cateterismul suprapubian
E. Cistoscopia

20. *Prima linie terapeutică medicamentoasă în tratamentul hiperplaziei benigne de prostată este reprezentată de:
A. Antiandrogeni
B. Antimuscarinice
C. Blocante alfa-adrenergice
D. Inhibitori de 5-alfa reductaza
E. Anticolinergice

21. Care dintre afirmațiile următoare privind prostatita acută sunt adevărate?
A. Cel mai frecvent nu i se decelează agentul etiologic
B. Poate avea o cauză bacteriană
C. Agentul infecțios cel mai frecvent este o bacterie Gram-negativă
D. Dintre bacterii, cel mai adesea este implicat Escherichia coli
E. Agentul infecțios cel mai frecvent este o bacterie Gram-pozitivă

22. Finasterida și dutasterida:
A. Sunt utilizați pentru tratamentul hiperplaziei benigne de prostată simptomatice
B. Sunt alfa blocante
C. Sunt inhibitori de 5 alfa reductază
D. Produc o scădere semnificativă (60-70%) a dimensiunii prostatei

E. Cresc, de obicei, nivelul seric al antigenului prostatic specific

23. Care dintre afirmațiile privind biopsia prostatei sunt adevărate?
    A. Este aproape întotdeauna efectuată prin perineu
    B. De regulă se recoltează 2-4 fragmente
    C. De regulă se recoltează 10-14 fragmente
    D. Plasarea cu acuratețe a acului de biopsie este facilitată de ultrasonografia transrectală
    E. Antibioterapia pre- și post- procedură sunt contraindicate

24. Care dintre afirmațiile privind carcinomul renal cu celule clare sunt adevărate?
    A. De obicei, își are originea în tubii colectori
    B. Se consideră că nitrozaminele și fumul de țigară sunt implicate în apariția acestei patologii
    C. Semnul clinic cel mai frecvent întâlnit este hematuria
    D. Poate induce, în unele cazuri, simptome nespecifice
    E. În stadiile avansate, tumora invadează vena renală și vena cavă

25. Cancerul vezical:
    A. Cel mai frecvent este reprezentat de carcinomul cu celule tranziționale
    B. Inflamațiile vezicale cronice pot favoriza apariția carcinomului cu celule scuamoase
    C. În stadiul Ta și T1, rezecția transuretrală a tumorii este adesea singurul tratament necesar
    D. BCG s-a dovedit foarte eficient în tratamentul tumorilor în stadiul T2
    E. În cazul tumorilor musculo-infiltrative se recomandă cistectomia radicală

26. Pielonefrita acută obstructivă:
    A. Reprezintă o urgență urologică
    B. Tratamentul antibiotic fără dezobstrucția căii urinare este suficient
    C. Manevrele de extragere a calculului sunt obligatorii ca tratament initial
    D. Scopul intervenției de urgență îl reprezintă dezobstrucția căii urinare
    E. Drenajul căii urinare se realizează folosind stent ureteral dublu J sau nefrostomă percutanată

27. Care dintre afirmațiile următoare privind traumatismele renale sunt adevărate?
    A. Marea majoritate (70-80%) sunt reprezentate de traumatisme închise
    B. Evaluarea unui pacient instabil hemodinamic include examinarea CT
    C. Tendința este de a practica tratamentul conservator cât timp pacientul este stabil hemodinamic
    D. Contuziile renale minore sunt cele mai des întâlnite

E. Lacerațiile majore se caracterizează prin leziuni care interesează capsula renală și joncțiunea corticomedulară

28. Tratamentul medicamentos al hiperplaziei benigne de prostată poate include:
    A. Blocanți alfa-1 adrenergici
    B. Inhibitori de 5 alfa reductază
    C. Tratamentul combinat între blocant alfa1 adrenergic și inhibitor de 5 alfa reductază
    D. BCG endovezical
    E. Thiotepa

29. Care dintre următoarele afirmații privind cancerul de prostată sunt adevărate?
    A. PSA seric se corelează doar parțial cu extensia bolii
    B. Cancerul de prostată în stadiu metastatic afectează în mod tipic plămânii
    C. Cancerul de prostată în stadiu metastatic afectează în mod tipic ficatul
    D. Cancerul de prostată este initial o boală androgen-independentă
    E. Castrarea chimică se poate obține prin administrarea de analogi LHRH

30. Care dintre următoarele afirmații privind cancerul de prostată în stadiul localizat sunt adevărate?
    A. Pentru pacienții cu speranța de viață sub 10 ani, watchful waiting poate fi indicată
    B. Supravegherea activă este preferată la pacienții cu speranța de viață mai mare de 10 ani și scor Gleason peste 8
    C. Crioterapia este utilizată în anumite centre
    D. Prostatectomia radicală și radioterapia sunt metode de tratament cu viză curativă
    E. Creșterea PSA după tratament este frecventă în primele 6 luni

31. Referitor la priapism, sunt adevărate următoarele afirmații:
    A. Spre deosebire de erecția fiziologică, doar corpul spongios e turgescent
    B. Priapismul netratat poate duce la disfuncție erectilă prin fibroza corpului spongios
    C. Tratamentul priapismului datorat anemiei falciforme include hidratare, analgezie și alcalinizare
    D. În priapismul cu flux înalt se indică embolizarea selectivă a fistulei
    E. Prima linie de tratament (în primele 6 ore) în priapismul indus de substanțele vasoactive o reprezintă aspirarea sângelui din corpii cavernoși

32. Care dintre următoarele patologii peniene reprezintă urgențe chirurgicale?
    A. Fimoza
    B. Parafimoza
    C. Priapismul
    D. Boala Peyronie

E. Fractura peniană

33. Referitor la torsiunea de cordon spermatic, următoarele afirmații sunt adevărate:
    A. Torsiunea este intravaginală în perioada adolescenței
    B. Torsiunea este extravaginală la nou-născut
    C. Daca este un diagnostic probabil, trebuie efectuată ecografie Doppler color
    D. În primele patru ore apar leziuni testiculare ireversibile
    E. La examenul clinic se constată apariția unui semn punctiform albastru

34. Care dintre afirmațiile următoare privind traumatismele vezicale sunt adevărate?
    A. Investigația imagistică de mare acuratețe pentru diagnosticul rupturii vezicale este cistografia
    B. Dacă se suspectează leziuni uretrale concomitente trebuie efectuată o urografie
    C. Rupturile vezicale cauzează rar hematurie
    D. Dacă se asociază cu fracturi de bazin, trebuie suspectată o ruptură uretrală
    E. Rupturile mici, extraperitoneale, pot fi gestionate prin menținerea unei sonde vezicale Foley 1-2 săptămâni

35. Care dintre afirmațiile privind tumorile vezicale sunt adevărate?
    A. Cistectomia radicală la bărbat presupune îndepărtarea doar a vezicii urinare și a prostatei
    B. Invazia grăsimii perivezicale definește stadiul T3
    C. În prevenirea recidivelor tumorilor în stadiul T1, tratamentul intravezical cu BCG este cel mai frecvent utilizat
    D. Protocoalele de supraveghere ale tumorilor vezicale Ta și T1 includ cistoscopia și citologia urinară
    E. BCG este foarte eficient în tratamentul Tis

36. Care dintre afirmațiile privind tratamentul litiazei urinare sunt adevărate?
    A. Alegerea tratamentului depinde de mărimea și localizarea calculilor
    B. Calculi ureterali mai mici de 5 mm necesită, de regulă, ureteroscopie flexibilă sau rigidă
    C. Îndepărtarea calculilor renali prin abord percutanat reprezintă o alternativă terapeutică pentru litiaza renală multiplă
    D. Tratamentul medicamentos al calculilor de acid uric constă în alcalinizare urinară și în aport crescut de lichide
    E. Calculii de acid uric se dizolvă la un pH scăzut

37. Prostatectomia radicală robotică și laparoscopică prezintă următoarele avantaje în comparație cu prostatectomia radicală deschisă:

A. Risc redus de transfuzii necesare
B. Timp mai scurt de recuperare
C. Mobilizarea rapidă a pacientului
D. Recuperarea mai rapidă a continentei urinare
E. Disecție mai facilă intraoperator

38. Următoarele modalități terapeutice sunt eficiente în cancerul de prostată metastatic:
A. Orhiectomia bilaterală
B. Rezecția transuretrală a cancerului de prostată
C. Brahiterapia
D. Castrarea medicamentoasă
E. Terapia cu estrogeni

39. Traumatismele renale au ca și cauze frecvente:
A. Accidente rutiere
B. Accidente de muncă
C. Cădere de la aceeași înălțime
D. Căderi accidentale
E. Sporturi de contact

40. În lacerațiile renale majore, distinctiv față de cele minore, întâlnim:
A. Contuzii renale
B. Rupturi renale corticale
C. Extravazat urinar
D. Hematom larg perirenal
E. Rupturi renale cortico-medulare

41. Triada clasică a semnelor asociate unei tumori renale este alcătuită din:
A. Anemie
B. Hematurie
C. Febră
D. Masa abdominală palpabilă
E. Durere în flanc

42. Colica renală este frecvent asociată cu:
A. Febra
B. Grețuri
C. Durere intermitentă în flanc
D. Durere hipogastrică
E. Vărsături

43. Tratamentul de primă intenție în pielonefrita acută obstructivă de cauză litiazică include:
    A. Drenajul renal prin stent ureteral
    B. Îndepărtarea calculului obstructiv
    C. Nefrostomia percutanată
    D. Antibioterapia
    E. Mobilizarea calculului obstructiv

44. Următoarele semne și simptome sunt sugestive pentru traumatismele cu ruptura vezicală:
    A. Prezența hematuriei macroscopice
    B. Piuria
    C. Durere pelvină moderată
    D. Imposibilitatea de a urina
    E. Durere severă suprapubiană

45. Hiperplazia benignă de prostată:
    A. Produce obstrucție subvezicală
    B. Generează simptome obstructive (polakiurie, imperiozitate, nocturie)
    C. Generează simptome iritative (disurie, dribbling terminal, jet urinar slab proiectat)
    D. Generează simptome obstructive (disurie, dribbling terminal, jet urinar slab proiectat)
    E. Generează simptome iritative (polakiurie, imperiozitate, nocturie)

46. În tratamentul chirurgical al hiperplaziei benigne de prostată:
    A. Se practică rezecția transuretrală a adenomului de prostată
    B. Se practică abordare chirurgicală deschisă la prostate mari > 50 gr
    C. Abordul transuretral este cel mai rar folosit
    D. Se practică prin abord retroperitoneal
    E. Îndepărtarea chirurgicală a țesutului prostatic se face prin abord deschis, robotic sau transuretral

47. Care dintre afirmațiile privind adenocarcinomul prostatic sunt adevărate?
    A. Incidența cancerului de prostată crește odată cu vârsta
    B. Tuseu rectal reprezintă o metodă de examinare importantă
    C. PSA este piatra de temelie în screeningul carcinomului prostatic
    D. Cancerul de prostată debutează întotdeauna cu scădere ponderală, obstrucție ureterală, hematurie macroscopică
    E. Prostatectomia radicală presupune un abord retropubic

48. Carcinomul renal cu celule clare:
    A. Are originea în tubii contorti proximali

B. Incidența mai crescută la sexul masculin (raport barbati/femei 2/1)
C. Deseori este diagnosticat incidental
D. Hematuria este semnul clinic cel mai rar întalnit
E. Durerea și masa palpabilă în flanc pot fi semne ale bolii

49. Colica renală este caracterizată prin:
A. Durere în flanc cu iradiere în organele genitale externe
B. Are caracter continuu
C. Poate fi însoțită de greață și vărsături
D. Durerea este controlată prin doze mici de analgezice
E. Cauza durerii este reprezentată de obstrucția cauzată de calcul

50. Elementele urmărite în cadrul cistoscopiei sunt:
A. Poziția și configurația orificiilor ureterale
B. Întreaga mucoasă pentru decelarea leziunilor de tip tumoral
C. Aspectul ureterelor proximale
D. Aspectul calicelor renale
E. Culoarea urinii evacuate la nivelul orificiilor ureterale în vezică

51. Care dintre afirmațiile privind traumatismele renale sunt adevărate?
A. Rezultă în urma accidentelor rutiere sau prin cadere de la înălțime
B. Hematuria este un semn clinic
C. Evaluarea pacientului stabil include examinarea CT
D. Traumatismele închise însumează 5-10% din totalul traumatismelor renale
E. Se decide tratament conservator pentru pacienții instabili hemodinamic

52. Următoarele afirmații despre tumorile renale benigne sunt adevărate:
A. Majoritatea leziunilor chistice sunt benigne
B. Cele complexe necesită investigații suplimetare
C. Angiomiolipomul este de obicei diagnosticat prin CT
D. În cazul chistelor renale simple se practică nefrectomie
E. Majoritatea chistelor renale necesită obligatoriu biopsiere în vederea diagnosticului

53. În cazul carcinomului vezicii urinare:
A. Hematuria macroscopică este un simptom frecvent
B. Prevalența este mai mare în rândul fumătorilor
C. Tratamentul presupune rezecția transuretrală a tumorii +/- chimio/imunoterapie intravezicală
D. Nu necesită cisctoscopie periodică
E. În cazul tumorilor non-musculoinfiltrative se practică cistectomie

54. Torsiunea de cordon spermatic se caracterizează prin:
    A. Pierderea reflexului cremasteric
    B. Torsiunea intravaginală are loc frecvent în adolescență
    C. Testicolul este tumefiat, dureros
    D. Poziția testicolului poate să fie înaltă
    E. Diagnosticul diferențial include hernia ombilicală

55. În cadrul infecțiilor scrotale:
    A. Sunt implicate bacterii gram pozitive
    B. Apare fasceita necrozantă iar mai apoi gangrena Fournier
    C. În lipsa tratamentului chirurgical pacientul poate evolua spre deces
    D. Nu necesită tratament antibiotic cu spectru larg
    E. Este exclusă debridarea și excizia largă a țesuturilor devitalizate

56. Următoarele afirmații despre cancerul testicular nu sunt adevărate:
    A. Este o afecțiune care cuprinde tumori cu celule germinale și non-germinale
    B. Diagnosticul diferențial cuprinde varicocelul, hidrocelul și spermatocelul
    C. Nu trebuie dozați markerii tumorali
    D. Tratamentul este exclusiv medicamentos
    E. Necesită obligatoriu dozarea PSA seric

57. Care dintre afirmațiile privind infertilitatea la bărbat sunt adevărate ?
    A. Presupune evaluarea organelor genitale masculine externe
    B. Necesită efectuarea spermogramei
    C. Se evaluează existentă altor boli în copilărie (oreion)
    D. Anamneza trebuie să conțină posibila expunere la toxice
    E. Prezența varicocelului nu trebuie documentată

58. Disfuncția erectilă prezintă următoarele cauze:
    A. Tulburările vasculogene
    B. Tulburările psihice
    C. Sindroamele endocrinologice
    D. Cauze neurogene
    E. Abuzul de inhibitori de PDE-5

59. În tratamentul litiazei ureterale:
    A. Pielonefrita obstructivă nu necesită montarea unui stent intern
    B. Calculii ureterali sub 5 mm de obicei se elimină spontan
    C. Stentul ureteral produce o dilatare activă a ureterului

D. Tratamentul presupune efectuarea ureteroscopiei flexible sau rigide
E. Se poate efectua ESWL

60. Extrofia vezicală se caracterizează prin:
A. Dezvoltarea completă a peretelui vezical anterior
B. Presupune expunerea peretelui vezical posterior prin peretele abdominal
C. Foarte frecvent întalnită
D. Implica incontinența totală
E. Există un risc crescut de adenocarcinom vezical

RĂSPUNSURI CAP. XVI - UROLOGIE

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

CAP. XVII - ORL

1. *Care din următoarele nu reprezinta un factor de risc ai otitei medii cu efuziune:
   A. Creşă
   B. lnfecție recentă de tract respirator superior
   C. Hrănire cu biberonul
   D. Număr crescut de fraţi în casă
   E. Sexul feminin

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

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

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

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

6. *Anomaliile de arc branhial se pot prezenta sub forma de, cu excepţia:

A. Trompe
B. Chisturi
C. Sinusuri
D. Fistule
E. Fragmente cartilaginoase

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

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

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

10. *Care afirmație este falsă?
   A. Cartilajul aritenoid este un cartilaj pereche
   B. Cartilajul tiroid este un cartilaj nepereche
   C. Membrana cricotiroidiana este foarte bine reprezentata la copil
   D. Laringele ocupa compartimentul central al gatului
   E. Laringele are conexiuni musculare cu baza craniului

11. *Care afirmație este falsă?
    A. Procesul vocal aritenoidian se află medial
    B. Drenajul limfatic al laringelui este dependent de localizare.
    C. Cadrul laringian constă în nouă structuri cartilaginoase.
    D. Cartilajele pereche aritenoide au o formă de piramidă cu 3 feţe şi se articulează inferior cu tiroidul
    E. Epiglota este o structură situată anterior, în formă de frunză, suprapusă orificiului laringian superior.

12. *Indicați afirmația care nu reprezintă o funcţie primară a laringelui:
    A. Respiraţia
    B. Protecţia căii aeriene
    C. Fonaţia
    D. Deglutiția
    E. Producerea vocii primare

13. *În deglutiţie, au loc urmatatoarele evenimente, cu excepția:
    A. Laringele acţionează ca o valvă
    B. Se închide calea aeriană, prevenind astfel aspirarea
    C. Înainte ca bolul alimentar să ajungă la laringe, muşchii extrinseci ai laringelui îl ascensionează
    D. Sinusurile piriforme raman inchise in faza involuntara a deglutiției
    E. Epiglota acoperă laringele pentru a direcţiona bolusul către lateral

14. *Următoarea afirmație despre fonatie este falsă:
    A. Ajustări fine ale tensiunii corzii vocale şi a presiunii intratoracice a aerului vor defini frecvenţa acestei mişcări şi volumul sunetului generat
    B. Sunetele complexe ale limbajului necesită rezonanţă faringiană, orală şi a cavităţilor nazale.
    C. Vocea este produsă de trecerea aerului prin glota în abducţie
    D. Articularea limbajului are loc atunci când vocea este modificată continuu de musculatura care intră în alcătuirea cavitatii faringiene, orale si nazale
    E. Disfonia este consecinţa alterării mecanismelor normale de producere a vocii

15. *Alegeți afirmația adevarată:
    A. Una din funcțiile principle ale nasului este aceea de răcire a aerului inspirat
    B. Cartilajele alare sunt cartilaje nepereche
    C. Tavanul nasului este format de peretele inferior al sinusului maxilar
    D. Vascularizația nasului își are origine doar în sistemul carotidian extern

E. Cavitățile nazale se întind de la narine care sunt situate anterior până la choane care sunt situate posterior

16. *Complexul osteo-meatal conține:
    A. Sinusul etmoid anterior și meatul superior
    B. Sinusul etmoid anterior și meatul inferior
    C. Sinusul etmoid posterior și meatul superior
    D. Sinusul etmoid anterior și meatul mijlociu
    E. Sinusul etmoid posterior și meatul mijlociu

17. *Alegeți afirmatia corecta despre plexul Kisselbach:
    A. Este localizat la nivelul septului nazal posterior
    B. Primește ramuri doar de la nivelul sistemului carotidian extern
    C. Este o regiune intens vascularizată
    D. Are funcția cea mai importantă, olfactivă
    E. Regiune slab vascularizată

18. *Atrezia coanală este:
    A. Întotdeauna unilaterală
    B. Deschiderea incompleta al peretelui posterior al cavitatii nazale, coana.
    C. Întotdeauna bilaterală
    D. Nu necesită tratament chirurgical
    E. Deschiderea completă al peretelui posterior al cavității nazale, coana

19. *Alegeți afirmația falsă despre sinuzita maxilară:
    A. Complexul osteo-meatal este cea mai rară localizare a bolii inflamatorii sinusale
    B. Este una dintr cele mai des întalnite problemă de sănătate
    C. Se asociază frecvent cu obstrucția nazală
    D. Poate apărea senzația de presiune facială
    E. Durerea este frecvent asociată

20. *Următorul răspuns este fals - Cavitatea orală:
    A. Se termină la istmul bucofaringian, arcadă compusă din regiunea posterioară a palatului moale şi pliurile palato-glose.
    B. Vestibulul bucal este un spaţiu mărginit anterior de buze şi posterior de gingie, faţa internă a obrajilor şi dinţi.
    C. Cavitatea orală este delimitată anterior şi lateral de arcadele alveolare, superior de palatul dur şi moale şi inferior de limbă.

D. Limba este organul principal al cavităţii bucale şi joacă un rol esenţial în masticaţie, deglutiţie , vorbirea articulată si calitatea vocii
E. Senzaţia gustativă din două treimi anterioare ale limbii este transmisă de nervul lingual către nervul coarda timpanului, ramură a nervului facial

21. *Următorul răspuns nu este corect:
A. Nazo-faringele este situat superior de nivelul palatului moale şi comunică cu cavitatea nazală prin intermediul coanelor.
B. Trompele lui Eustachio reprezintă deschideri în pereţii laterali ai nazo-faringelui.
C. Pe peretele inferior al nazo-faringelui este situat ţesut adenoidian.
D. Orofaringele se întinde de la nivelul osului hioid până la palatul moale
E. Hipofaringele se întinde de la nivelul osului hioid către marginea inferioară a cartilajului
cricoid, unde se îngustează şi se continuă cu esofagul

22. *Următorul răspuns este incorect:
A. Faringele este situat posterior de cavitatea nazală, cavitatea bucală şi laringe
B. Cei trei muşchi importanţi ai faringelui sunt muşchii constrictori superior, mijlociu şi inferior care joacă un rol important în deglutiţie.
C. Hipofaringele se întinde de la nivelul osului hioid către marginea inferioară a cartilajului cricoid, unde se îngustează şi se continuă cu esofagul.
D. Hipofaringele comunică anterior cu laringele. imediat lateral de laringe, sunt prezente recesuri de mucoasă, denumite „sinusuri piriforme" care se deschid în lumenul esofagian la nivelul sfincterului esofagian superior, sau muşchiul cricofaringian.
E. Nazo-faringele este situat superior de nivelul palatului moale şi comunică cu cavitatea nazală prin intermediul trompelor lui Eustachio

23. *Urmatorul rapsuns este incorect:
A. Deglutiţia este împărţită în 4 faze
B. Prima este etapa de preparare, în care bolul alimentar este mărunţit, macerat şi amestecat cu salivă
C. În a doua etapă, controlul voluntar al limbii împinge bolul spre posterior, către palatul moale şi, mai departe, către orofaringe
D. Când bolul traversează istmul orofaringian, începe faza a treia, care este controlată voluntar
E. Laringele ascensionează deschizând sinusurile piriforme şi sfincterul esofagian superior. Epiglota se poziţionează deasupra laringelui acţionând ca un jgheab pentru a direcţiona mâncarea în sinusurile piriforme

24. *Următorul răspuns e incorect:

A. Ţesutul adenoidian poate fi, de asemenea, infectat, producând rinoree purulentă recurentă şi obstrucţie nazală.
B. Dacă obstrucţia nu răspunde la tratament antibiotic sau este recidivantă este indicată adenoidectomia.
C. Pacienţii tineri cu amigdalită recurentă au, de asemenea, infecţie la nivelul ţesutului adenoidian. Din acest motiv, copiii sunt supuşi adesea amigdalectomiei şi adenoidectomiei.
D. lntrucât ţesutul adenoid poate contribui la dezvoltarea unor otite medii recidivante, adenoidectomia poate reduce, în anumite cazuri, otitele recurente.
E. Prezenta abcesului peritonsilar nu este o indicatie pentru amigdalectomie

25. *Acceleraţia rotaţională a capului este interpretată la nivelul:
A. Cohleei
B. Utriculei
C. Canalelor semicirculare
D. Sacula
E. Organul lui Corti

26. Urechea medie este o cavitate aeriană constituită din:
A. Trompa Eustachio
B. Membrana timpanică (timpanul)
C. Lanţul osicular (ciocanul, nicovala, scăriţa)
D. Muşchii scăriţei şi ai ciocanului
E. Canalele semicirculare

27. Urechea internă este alcătuită din:
A. Cohlee,
B. Conductul auditiv extern,
C. Canalele semicirculare,
D. Timpanul,
E. Conductul auditiv intern.

28. În funcţie de localizarea leziunii la nivelul nervului facial pot fi prezente următoarele manifestări clinice, precum:
A. Intensificarea secreţiei lacrimale,
B. Contracţia muşchiului nicovalei,
C. Pierderea secreţiei nazale şi/sau submandibulare,
D. Pierderea gustului la nivelul regiunii anterioare a limbii,
E. Pierderea senzorială la nivelul planşeului bucal.

29. Examinarea membranei timpanice va evalua:
    A. Grosimea acesteia
    B. Prezenţa opacităţilor
    C. Prezenţa inflamaţiei
    D. Prezenţa depozitelor anormale
    E. Prezenţa ferestrei rotunde

30. La otoscopie trebuie evaluat dacă:
    A. Există dovezi ale prezenţei lichidului la nivelul urechii medii
    B. Există o pierdere a transparenţei membrane timpanice
    C. Există o pierdere a triunghiului luminos
    D. Există celulele mastoidiene
    E. Există un nivel hidroaeric sau bule de aer la nivelul urechii medii

31. Hipoacuzia de transmisie (de conducere) poate să apară ca urmare a unor patologii la nivelul:
    A. Conductului auditiv extern
    B. Urechii interne
    C. Membranei timpanice
    D. Urechii medii
    E. Lanţului osicular

32. Care din următoarele patologii reprezintă hipoacuzii de transmisie:
    A. Dop de ceară
    B. Otoscleroză
    C. Perforaţie timpanică
    D. Inflamaţie produsă de o otită externă severă
    E. Labirintită virală

33. Care din următoarele patologii pot determină apariția unei hipoacuzii neurosenzoriale:
    A. Neurinom de acustic şi alte neoplasme ale urechii interne sau ale bazei cutiei craniene
    B. Perforatia timpanică
    C. Traumatism osicular
    D. Dopul de cerumen
    E. Labirintită virală

34. Otita medie: indicaţii ale miringotomiei de urgenţă sunt:
    A. Otită medie cu otalgie severă neresponsivă
    B. Otită medie cu febră severă neresponsivă sau febră în „dinţi de fierăstrău"
    C. Otita medie complicata cu Pareză facială

D. Meningită Otogena
E. Otoscleroză

35. Muşchiul sternocleidomastoidian împarte regiunea cervicală în două triunghiuri:
A. Antetior
B. Posterior
C. Extern
D. Intern
E. Mijlociu

36. Structurile identificabile în mod normal prin inspecţie sau palpare la nivelul triunghiului cervical antetior sunt:
A. Muşchiul stemocleidomastoidian
B. Osul hioid,
C. Laringele,
D. Traheea,
E. Claviculă.

37. Structurile identificabile în mod normal prin inspecţie sau palpare la nivelul triunghiului cervical antetior sunt:
A. Glanda tiroidă
B. Glanda hipofiză
C. Glanda parotidă
D. Glanda submandibulară
E. Glanda pineală

38. Afecţiunile inflamtorii ale glandelor salivare includ:
A. Adenita urliană
B. Sialadenita acută supurativă
C. Abcesul parotidian
D. Mononucleoza infecţioasă
E. Sindromul Sjogren

39. Indicaţii ale traheotomiei sunt:
A. Ocolirea obstrucţiei căii aeriene inferioare
B. Ocolirea obstrucţiei căii aeriene superioare
C. Dependenţă ventilatorie prelungită anticipată
D. Permite accesul direct pentru irigarea şi aspirarea căii respiratorii (toaletă pulmonară)
E. Reduce apariţia spaţiului mort la pacienţii cu efort ventilator precar sau cu deprimare a sistemului nervos central

40. Diagnosticul diferenţial al chistului de canal tireoglos se poate face cu:
    A. Chist dermoid
    B. Ganglioni limfatici patologici
    C. Chiste branhiogenice
    D. Ţesut parotidian
    E. Ţesut tiroidian ectopic

41. Următoarele sunt indicatii ale traheostomiei
    A. Ocolirea obstrucţiei căii aeriene superioare
    B. Dependenţă ventilatorie prelungită anticipată (de obicei >2 zile)
    C. Permite accesul direct pentru irigarea şi aspirarea căii respiratorii (toaletă pulmonară)
    D. Previne aspirarea cronică
    E. Reduce apariţia spaţiului mort la pacienţii cu efort ventilator precar sau cu deprimare a sistemului nervos central

42. Următoarele sunt cauze frecvente de stridor laringian la adult
    A. Laringomalacie
    B. Neoplasm
    C. Diafragme congenitale ale corzilor vocale
    D. Hemangiom subglotic
    E. Paralizie a corzilor vocale

43. Următoarele sunt cauze frecvente de stridor laringian la copil:
    A. Diafragme congenitale ale corzilor vocale
    B. Laringomalacie
    C. Hemangiom subglotic
    D. Stenoza subglotica
    E. Neoplasme

44. Următoarele afirmații sunt adevărate:
    A. Procesul vocal aritenoidian se află medial
    B. Drenajul limfatic al laringelui este dependent de localizare.
    C. Cadrul laringian constă în nouă structuri cattilaginoase.
    D. Cartilajele pereche aritenoide au o formă de piramidă cu 3 feţe şi se articulează inferior cu tiroidul
    E. Epiglota este o structură situată anterior, în fornă de frunză, suprapusă orificiului laringian superior

45. Următoarele afirmații sunt adevărate

A. Cartilajul aritenoid este un cartilaj pereche
B. Cartilajul tiroid este un cartilaj nepereche
C. Membrana cricotiroidiana este foarte bine reprezentata la copil
D. Laringele ocupa compartimentul central al gatului
E. Laringele are conexiuni musculare cu baza craniului

46. Funcţiile primare ale laringelui:
A. Respiraţia
B. Protecţia căii aeriene
C. Fonaţia
D. Deglutiția
E. Pasaj accesor pentru lichide si solide

47. În deglutiţie, au loc următoarele evenimente:
A. Epiglota acoperă laringele pentru a direcţiona bolusul către lateral
B. Se închide calea aeriană, prevenind astfel aspirarea
C. Înainte ca bolul alimentar să ajungă la laringe, muşchii intrinseci ai laringelui îl coboară
D. Laringele acţionează ca o valvă
E. Sinusurile piriforme raman inchise in faza involuntara a deglutiției

48. Care din următoarele afirmații despre crup sunt adevărate?
A. Laringo-traheo-bronşita acută afectează de regulă copiii cu vârsta sub 2 ani
B. Copilul prezintă simptomatologie de infecţie acută de căi respiratorii superioare pe durată de câteva zile
C. În formele uşoare, antibioterapia este suficientă
D. Afectează regiunea subglotică, dar se poate extinde pe toată lungimea traheei
E. În formele severe de boală, copilul va necesita spitalizare continuă, cu terapie frecventă cu aerosoli de epinefrină, precum şi administrare intravenoasă sau prin aerosoli de preparate cortizonice pentru a reduce inflamaţia

49. Indicați afirmațiile adevărate referitoare la paralizia corzilor vocale:
A. Paralizia de coardă vocală simplă, unilaterală, produce, de obicei, o voce de intensitate redusă, o voce „şoptită" şi uneori aspiraţie traheală
B. Nervul laringeu recurent poate fi adesea traumatizat sau lezat iatrogen în timpul procedurilor de la nivelul arterelor carotide, al glandei tiroide sau în timpul intervenţiilor chirurgicale toracice
C. Adesea, investigaţiile efectuate pentru stabilirea cauzei paraliziei unilaterale de coardă vocală deceleaza modificarea obiectivă la nivel cervical

D. Paralizia unilaterală de coardă vocală congenitală poate fi rezultatul unui traumatism în timpul naşterii sau al sarcinii, provocat prin alungirea nefiziologică a nervului laringeu recurent
E. Paralizia idiopatică de coardă vocală este probabil de cauză virală şi se manifestă similar cu alte neuropatii ale nervilor cranieni, în sensul că acestea se pot remite spontan, fără tratament.

50. Nasul este un organ:
A. Olfactiv
B. Respirator
C. Locomotor
D. Digestiv
E. Endocrin

51. Despre epistaxis știm că:
A. Cel mai frecvent are localizare anterioară
B. Cel mai frecvent are localizare posterioară
C. Epistaxisul posterior este frecvent asociat cu patologii cardiovasculare
D. Cea mai frecventa cauza este repausul
E. Întotdeauna necesită tratamnet chirurgical

52. Selectați afirmațiile corecte cu privire la angiofibromul nazofaringian juvenil:
A. Este o tumoră benignă intens vascularizată
B. Nu este însoțită de epistaxis
C. Este o tumoră malignă intens vascularizată
D. Este caracteristică adolescentului de sex masculin
E. Este caracteristică adolescentelor de sex feminin

53. Rinita acută virală are următoarele caracteristici:
A. Este cea mai întalnită patologie infecțioasă umană
B. Întotdeauna este asimptomatică
C. Are o prevalență scăzută în rândul copiilor mai mici de 5 ani
D. Este frecventă în sezonul cald
E. Simptomele frecvente sunt: obstrucție nazală, rinoree, stranut

54. Alegeți afirmațiile adevărate despre rinita bacteriană:
A. Frecvent întâlnită în rândul copiilor
B. Printre agenții etiologici frecvenți sunt: *S pneumoniae si H influenzae*
C. Printre agenții etiologici frecvenți este și *Staphylococcus aureus*
D. Antibioterapia nu poate scurta cursul bolii

E. Este o boală genetică

55. Rinita alergică:
    A. Este cea mai frecventă patologie alergică
    B. Afectează aproximativ 20% din populație
    C. Afectează aproximativ 50% din populație
    D. Este mediată de IgG
    E. Este mediata de IgE

56. Alegeți afirmațiile false despre rinita alergică:
    A. Cel mai frecvent rinita alergică nu este asociată cu patologia reactivă a tractului respirator inferior
    B. Afectează în special copiii si adulții tineri
    C. Rar este intâlnit istoricul familial pozitiv
    D. Nivelele serice IgE sunt crescute
    E. Nivelele serice IgE sunt scăzute

57. Managementul rinitei alergice :
    A. Identificarea alergenului cauzator
    B. Intrarea în contact frecvent cu alergenul cauzator
    C. Utilizarea antibioterapiei ca și tratament
    D. Evitarea alergenului cauzator
    E. Administrarea de antihistaminice

58. Rinoreea poate fi:
    A. Unilaterală
    B. Bilaterală
    C. Anterioară
    D. Posterioara
    E. Este doar hemoragică

59. Alegeți afirmația corectă despre rinita hormonală:
    A. Este numită și rinita de sarcină
    B. Apare adesea în asociere cu creșterea nivelului estrogenului endogen în timpul sarcinii
    C. Estrogenii produc congestia vasculară a nasului
    D. Este de cauza bacteriană
    E. Poate fi întalnită și în hipotiroidism ca rezultat al mixedemului

60. Alegeți afirmațiile corecte despre polipoza nazală:

A. Frecvent este întalnită obstrucția nazală, rinoreea și congestia nazală
B. Cel mai frecvent este asociată cu rinita acută virală
C. Poate fi rezultatul disfuncției muco-ciliare
D. Prezența de mase tumorale de aspect polipoid la nivelul foselor nazale
E. Cea mai frecventă localizare este la nivelul complexului osteo-meatal

61. Rinita medicamentoasă:
A. Tratamentul necesită utilizarea tot mai frecventă a decongestionantului
B. Este de cauză bacteriană
C. Este de cauză virală
D. Cel mai frecvent indusă de folosirea abuzivă a spray-urilor nazale decongestionante
E. Tratamentul necesită sevrajul gradual al medicamentului

62. Funcțiile nasului sunt:
A. Lacrimare
B. Pregatirea bolului alimentar
C. Filtrarea aerului inspirat
D. Umidifierea aerului inspirat
E. Încalzirea aerului inspirat

63. Sinuzita acută:
A. Este asociată frecvent cu disfonie
B. Este asociată frecvent cu cefalee și durere facială
C. Este asociată frecvent cu rinoragie
D. Este asociată frecvent cu laringită cronică
E. Este asociată frecvent cu rinoree purulentă

64. Alegeti afirmația corectă despre fractura de piramidă nazală:
A. Este cea mai rară fractură
B. Este cea mai frecventă fractură
C. La examinarea nasului pot sa apară: edem, echimoze
D. La examinarea nasului pot sa apară: epistaxis, crepitații sau chiar deformare osoasă
E. Fractura nazală fără deplasare nu necesită repoziție

65. Cele mai frecvente simptome ale sinuzitei cronice sunt:
A. Obstructia nazală
B. Presiune facială
C. Durere
D. Hiposmie
E. Disfagia

66. Rinosinuzitele micotice pot fi cauzate de organisme precum:
    A. Aspergillus
    B. S. pneumoniae
    C. Phicomycetes
    D. H.influenzae
    E. M.Catarrhalis

67. Urmatorele tumori rinosinusale sunt benigne:
    A. Papilomul scuamos
    B. Osteoamele
    C. Neuroblastomul olfactiv
    D. Angiofibromul juvenile nazo-faringian
    E. Rabdomiosarcomul

68. Următoarele raspunsuri nu sunt adevărate:
    A. Cavitatea bucală se termină la istmul bucofaringian, arcadă compusă din regiunea posterioară a palatului moale şi pliurile palato-glose
    B. Vestibulul bucal este un spaţiu mărginit anterior de buze şi posterior de gingie, faţa internă a obrajilor şi dinţi
    C. Cavitatea orală este delimitată anterior şi lateral de arcadele alveolare, superior de palatul dur şi moale şi inferior de limbă
    D. Limba este organul principal al cavităţii bucale şi joacă un rol esenţial în masticaţie, deglutiţie, vorbirea articulată și calitatea vocii
    E. Senzaţia gustativă din două treimi anterioare ale limbii este transmisă de nervul lingual către nervul coarda timpanului, ramură a nervului hipoglos.

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

70. Următoarele răspunsuri sunt false:

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

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

72. Următoarele răspunsuri sunt incorecte în privința tumorilor cavității orale și ale faringelui:
A. Dintre tumorile maligne ale acestei regiuni, 90% sunt carcinoame cu celule scuamoase
B. Carcinomul cu celule scuamoase al buzei este asociat cu expunerea la soare şi consumul de tutun
C. Carcinomele cavităţii orale apar, de obicei, pe palatal dur şi pe portiunea mobilă a limbii
D. Acestea se pot prezenta ca tumori vegetante sau ca ulcere infiltrative
E. Neoplasmele lojei amigdaliene, ale trigonului retromolar sau de bază de limbă pot produce disfonie, hemoptizie, disfagie, dislalie, trismus

73. Următoarele răspunsuri sunt incorecte în privința tumorilor cavității orale și ale faringelui:
A. Cancerele de buză au prognostic mai rau faţă de tumorile cavităţii orale
B. Neoplasmele lojei amigdaliene, ale trigonului retromolar sau de bază de limbă pot produce disfonie, hemoptizie, disfagie, odinofagie, trismus
C. Acestea se pot prezenta ca tumori vegetante sau ca ulcere infiltrative
D. Pacienţii cu cancer nazo-faringian pot fi diagnosticaţi iniţial cu otomastoidita cauzată prin obstrucţia mecanică a tubei lui Eustachio

E. Tumorile maligne ale cavităţii orale şi faringelui sunt tratate prin chirurgie, radioterapie sau o combinaţie a acestora, inclusiv chimioterapie adjuvantă

74. Următoarele răspunsuri sunt incorecte în privința tumorilor cavității orale și ale faringelui:
A. Neoplasmele lojei amigdaliene, ale trigonului retromolar sau de bază de limbă pot produce hemoptizie, disfagie, disla1ie, trismus (incapacitatea de a deschide gura din cauza implicării musculaturii pterigoidiene), odinofagie sau otalgie.
B. Pacienţii cu cancer nazo-faringian pot fi diagnosticaţi iniţial cu otită medie supurată cauzată prin obstrucţia mecanică a tubei lui Eustachio
C. Orice adult cu otită medie seroasă unilaterală ar trebui să fie evaluat pentru o tumoră nazo-faringiană
D. Cancerele de buză au prognostic mai rau faţă de tumorile cavităţii orale
E. Leziunile mici, superficiale, fără metastazare ganglionară, pot fi tratate fie prin chirurgie, fie doar prin radioterapie

RĂSPUNSURI CAP. XVII - ORL

1	E	40	A, B, C, E
2	C	41	A, C, D, E
3	A	42	B, E
4	D	43	A, B, C
5	A	44	A, B, C, E
6	A	45	A, B, D, E
7	C	46	A, B, C
8	D	47	A, B, D
9	D	48	A, B, D, E
10	C	49	A, B, D, E
11	D	50	A, B
12	D	51	A, C

13 D
14 C
15 E
16 D
17 C
18 B
19 A
20 D
21 C
22 E
23 D
24 E
25 C
26 A, B, C, D
27 A, C, E
28 C, D, E
29 A, B, C, D
30 A, B, C, E
31 A, C, D, E
32 A, B, C, D
33 A, E
34 A, B, C, D
35 A, B
36 A, B, C, D
37 A, C, D
38 A, B, C, E
39 B, C, D, E
52 A, D
53 A, E
54 A, B, C
55 A, B, E
56 A, C, E
57 A, D, E
58 A, B, C, D
59 A, B, C, E
60 A, C, D, E
61 D, E
62 C, D, E
63 B, E
64 B, C, D, E
65 A, B, C, D
66 A, C
67 A, B, D
68 D, E
69 A, C
70 B, C, E
71 A, C, E
72 C, E
73 A, B, D
74 B, D

CAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

1. *Dezvoltarea ginecologică în funcție de vârstă – perioada fetală până la 4 ani:
   A. Cicluri menstruale
   B. Caracteristici sexuale mature
   C. Toate ovocitele sunt formate si partial maturate la 20 SA
   D. Pubertate
   E. Niveluri crescute de FSH si LH cu debutul insuficientei ovariene

2. *Următoarele afirmații despre contracepție sunt corecte, cu excepția:
   A. Metodele contraceptive au ca scop prevenirea obținerii sarcinii
   B. Fiecare metodă contraceptivă are anumite efecte adverse
   C. Pentru alegerea metodei contraceptive trebuie luat în considerare gradul de complianță al pacientei
   D. Contraceptivele orale combinate sunt recomandate în special la marile fumatoare, pacientele cu istoric de TVP, malignitați dependente de estrogeni, afecțiuni hepatice sau hipertrigliceridemie
   E. Pentru alegerea metodei contraceptive anumite metode pot fi contraindicate datorită prezenței comorbidităților

3. *Sindromul premenstrual:
   A. Sindroame apărute la paciente aflate în climax ce preced menstruația (în faza luteală) și se caracterizează prin diferite tipuri de durere, labilitate emoţională, modificări ale dispoziției, simpome ce aparțin sistemului nervos autonom)
   B. Sindroame apărute la paciente cu funcție ovariană normală ce apar dupa sângerarea menstruală (în faza postmenstruală) și se caracterizează prin diferite tipuri de durere, labilitate emoţională, modificări ale dispoziției, simpome ce aparțin sistemului nervos autonom)
   C. Sindroame apărute la paciente cu funcție ovariană normală ce preced menstruația (în faza luteală) și se caracterizează prin diferite tipuri de durere, labilitate emoţională, modificări ale dispoziției, simpome ce aparțin sistemului nervos autonom)
   D. Sindroame apărute la paciente cu funcție ovariană normală ce preced menstruația (în faza luteală) și se caracterizează prin sângerare uterină anormală
   E. Toate răspunsurile sunt corecte

4. *Reprezintă factori de risc pentru vaginită, cu excepția:
   A. Diabetul zaharat (DZ)
   B. Contacte sexuale neprotejate
   C. Dușurile intravaginale
   D. Parteneri multiplii

E. Sindromul ovarian polichistic

5. *Nu reprezintă un factor de risc pentru cancerul endometrial:
   A. Expunerea la estrogeni exogeni
   B. Anovulatie cronica (SOPC)
   C. Antecedentele familiale de fibrom
   D. Obezitatea
   E. Nuliparitatea

6. Următoarele afirmații sunt corecte despre fibromul uterin :
   A. Tumori uterine maligne dezvoltate din mușchiul neted miometrial
   B. În general regresează la menopauză
   C. Posibil asimptomatic
   D. Posibil menoragie, presiune pelvina sau durere, constipație, polakiurie sau infertilitate
   E. Ecografie transvaginală sau histeroscopia permit localizarea sau vizualizarea tumorii

7. Tratamentul fibromului uterin :
   A. Fibroamele asimptomatice se urmaresc prin ecografie transvaginală pentru a detecta o creștere anormală
   B. Fibroamele asimptomatice se urmăresc prin CT/RMN pentru a detecta o creștere anormală
   C. Miomectomia este indicată pentru rezecția fibroamelor simptomatice la femei care doresc menținerea fertilității
   D. Histerectomia este indicată pentru rezecția fibroamelor simptomatice la femei care doresc menținerea fertilității
   E. Embolizarea arterei uterine are o probabilitate mare de a deteriora fertilitatea

8. Reprezintă factori de risc pentru cancerul de col uterin:
   A. Fumatul
   B. Primul contact sexual timpuriu
   C. Parteneri sexuali multiplii
   D. HPV tipurile 16, 18, 31 sau 33
   E. DZ

9. Următoarele afirmații despre tumorile ovariene benigne sunt corecte :
   A. Ecografia este utilizată pentru a evalua tipul tumorii (chistica sau solidă)
   B. Ecografia este utilizată pentru a evalua aspectul tumorii (neregulată, multiple septe groase, margini netede)
   C. Dureri în etajul abdominal inferior
   D. Masa ovariană palpabilă la examenul bimanual

E. Sângerare vaginală postcoitală sau spontană

10. Cele mai frecvente tipuri de tumori ovariene benigne :
    A. Chistul folicular
    B. Chistul luteal
    C. Endometriom
    D. Teratom chistic benign (chist dermoid)
    E. Fibrom ovarian

11. Reprezintă afirmații false despre cancerul ovarian :
    A. Cel mai frecvent de origine epiteliala (65% din cazuri)
    B. Majoritatea cazurilor sunt diagnosticate în stadii incipiente
    C. Majoritatea cazurilor sunt diagnosticate numai după creșterea considerabilă în dimensiuni
    D. Mutațiile genelor BRCA1 sau BRCA2 reprezintă un factor de risc
    E. Prognosticul este favorabil, majoritatea fiind diagnosticate în stadii incipiente

12. Lichenul scleros :
    A. Afecțiune inflamatorie cronică a regiunii ano-genitale
    B. Afecțiune inflamatorie acută a regiunii ano-genitale
    C. Leziune precursoare pentru carcinomul vulvar cu celule scuoamoase
    D. Leziune precursoare pentru cancerul de col uterin
    E. Prurit intens, dispareunie

13. Următoarele afirmații sunt corecte despre abcesul mamar :
    A. Infecție locala a țesutului mamar cauzată de *S.aureus* sau streptococ sau bacterii anaerobe
    B. Majoritatea sunt legate de menopauză
    C. Majoritatea sunt legate de alăptare
    D. Tratament : antibiotice, incizia si drenajul maselor fluctuante
    E. Complicații: fistulizarea cu abcese recurente

14. Cancerul mamar:
    A. Are ca punct de plecare țesutul ductal în 80% din cazuri
    B. Are ca punct de plecare țesutul lobular în 80% din cazuri
    C. Are ca punct de plecare țesutul ductal în 20% din cazuri
    D. Are ca punct de plecare țesutul lobular în 20% din cazuri
    E. Are ca punct de plecare endometrul în 20% din cazuri

15. Tratamentul carcinomului mamar *in situ*:
    A. Carcinom ductal *in situ*(CDIS): tumorectomie + iradiere intră în discuție mastectomia la pacientele cu risc crescut

B. Carcinom lobular *in situ*(CLIS): observație atentă + modulatori selectivi ai receptorilor de estrogen, tamoxifen si raloxifen mastectomie bilaterală profilactică pentru pacientele care nu doresc supraveghere pe termen lung
C. Cancer mamar cu receptori hormonali pozitivi: tamoxifen
D. Cele mai bune rate de supraviețuire după utilizarea combinată a mastectomiei, radioterapiei și chimioterapiei
E. Tratamentul metastazelor cu terapie sistemică rezecție chirurgicală sau radioterapie pentru leziunile solitare

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

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

18. *Care sunt efectele insuficienței de Folat în timpul sarcinii:
A. Deshidratare relativă
B. Anemie maternă
C. Naștere prematură
D. Defecte de tub neural
E. Hipertensiune

19. *Următoarele afirmații despre vizitele prenatale sunt corecte, cu excepția:
A. O bună îngrijire prenatală este vitală pentru dezvoltarea fetală armonioasă
B. Analizele de laborator și US sunt efectuate în anumite momente cheie din timpul gestației pentru a detecta infecția sau anomaliile fetale
C. Manevrele Leopold (examinarea abdominală externă) pot fi efectuate în primul trimestru prezentaţtia fetală
D. Testele de specialitate sunt efectuate la femei cu risc crescut pentru anomalii congenitale

E. Vizita initiala include istoricul detaliat, examinarea clinica si evaluarea riscurilor

20. *Reprezintă factori de risc pentru avort spontan, cu excepția :
    A. Vârsta maternă înaintată
    B. Consumul de antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
    C. Anomalii uterine
    D. Avorturi spontane anterioare
    E. Tratamentul cu acid folic pentru profilaxia defectelor neurale

21. *Următoarele afirmații sunt corecte despre travaliul prematur :
    A. Apariția travaliului >37 săptămâni de gestație
    B. Contractii uterine regulate care determină modificări la nivelului colului
    C. Contracții unterine neregulate care nu deremină modificări la nivelul colului
    D. Riscul de complicații neonatale crește cu creșterea vârstei gestaționale
    E. Antecedentele de travaliu prematur la sarcinile anterioare nu reprezintă un factor de risc

22. *Care dintre următoarele afirmații despre sarcina multiplă este falsă:
    A. Orice sarcină în care se dezvoltă în același timp mai mult de un făt
    B. Dizigotă: fertilizarea a mai mult de un ovul de catre spermatozoizi diferit, determinând apariția fetușilor diferiți (fraternali) cu cavități amniotice separate
    C. Dizigotică: diviziunea zigotului determină apariția fetușilor identici aceștia pot sau nu să împartă aceeași cavitate amniotică sau corion
    D. În cazul sarcinilor multiple, înălțimea fundului uterin este crescută în raport cu vârsta gestațională se detectează mai mult decât un focar cardiac
    E. Incidenta este mai mare în cazul pacientelor care au urmat tratamente pentru infertilitate

23. Reprezintă modificări normale ale sistemului cardiovascular în sarcină:
    A. Debitul cardiac crește cu 40% prin creșterea asociată VB (10-30%) si a AV (12-18 bpm)
    B. Crește cererea de Oxigen (O2) miocardic
    C. Scad ușor tensiunea arteriala sistolică și cea diastolică
    D. Uterul determină ascensionarea ușoara a cordului
    E. Volumul respirator curent crește cu 40%, odată cu creșterea frecvenței respiratorii pe minut ca urmare a acțiunii progesteronului

24. Următoarele afirmații despre evaluarea vârstei gestaționale sunt false:
    A. Primul trimestru: ultrasonografia permite determinarea lungimii cranio-caudale
    B. Primul trimestru: circumferința abdominală, diametrul biparietal, lungimea femurului si circumferința craniană sunt utilizate împreună pentru a determina vârsta gestațională

C. În saptamanile 7-14, acuratețea estimării vârstei gestaționale este ±3-5 zile
D. Primul trimestru: înălțimea fundului uterin este utilizata pentru estimarea varstei gestaționale
E. Măsurarea vârstei gestaționale în al doilea trimestru are ca precizie: ±1-2 zile

25. Următoarele afirmații sunt corecte despre nivelul alfa-proteinei serice materne:
A. Acest test de screening este valabil indiferent de vârsta gestațională
B. Acest test de screening este valabil numai dacă este efectuat în timpul ferestrei gestaționale corecte (16-18 săptămâni de gestație)
C. Nivelurile ridicate sunt asociate cu un risc crescut pentru defecte ale tubului neural, defecte ale peretelui abdominal și gestații multiple
D. nivelurile scazute sunt asociate cu un risc crescut pentru defecte ale tubului neural, defecte ale peretelui abdominal si gestatii multiple
E. Nivelurile scăzute sunt asociate cu un risc crescut pentru trisomiile 21 si 18

26. Inducerea travaliului:
A. Intervenția pentru inițierea contracțiilor uterine sau pentru a accelera progresia travaliului
B. Indicații materne: preeclampsia, DZ, travaliu stagnant, corioamniotita
C. Fetale: sarcina depășită cronologic (>40-42 saptamani), RCIU, PROM, unele defecte congenitale
D. Principala indicație: necesitatea nașterii prin operație cezariană
E. Contraindicație: placenta praevia

27. Operația cezariană:
A. Nașterea fătului prin incizia peretelui uterin
B. Indicații materne: preeclampsia, operații în antecedente pe uter
C. Indicatii materne: distocie de prezentație, făt macrosom
D. Complicații: hemoragie, infecție, trombembolism
E. Complicații: în următoarele sarcini există riscul de apariție a placentei praevia, placenta acreta și de avort

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

29. Mola hidatiformă:
A. Proliferare întotdeauna malignă a celulelor trofoblastice

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

.

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

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

32. Evaluarea stării de bine fetale se realizează prin:
A. Test non-stress
B. Profil biofizic
C. Țestul de stress la contracție
D. Puncția scalpului matern cu obținerea unei probe de sânge fetal
E. Monitorizare pe scalpul fetal

33. Factorii de risc pentru abruptio placentae (dezlipirea de placentă normal inserată):
A. HTA
B. Hipoglicemia
C. Traumatisme
D. Fumat
E. Sarcină multiplă

34. Următoarele afirmații despre PROM (ruperea prematură a membranelor) sunt corecte:
    A. Ruperea artificală a sacului amniotic pentru inducerea travaliului
    B. Ruptura spontană a sacului amniotic înainte de debutul travaliului
    C. Lichidul amniotic poate fi ușor observat în interiorul vaginului, la inspecția acestuia
    D. Apariția travaliului la >37 săptămâni de gestație
    E. US trebuie folosită pentru a confirma oligoamniosul și pentru a evalua volumul de lichid amniotic rezidual, precum și poziția fetală

35. Sarcina ectopică:
    A. Reprezintă implantarea zigotului în afara uterului
    B. Cel mai frecvent se realizează în ampula trompei uterine
    C. Factori de risc: boala inflamatorie pelvină, sarcină ectopică anterioară
    D. Beta-hCG care este foarte mult crescut comparativ cu valoarea estimată pentru vârsta de sarcină ar trebui sa ridice suspiciunea de sarcină ectopică
    E. Sarcina ectopică mai avansată sau ruptă este tratată prin hidratare IV și excizie chirurgicală**,** cu încercarea de a prezerva trompa uterină (pacientele instabile hemodinamic trebuie să beneficieze de intervenție chirurgicală de urgență)

36. *Menopauza:
    A. Oprirea definitivă a menstruațiilor datorită încetării funcției ovariene la femeile de vârstă mijlocie târzie (aproximativ 51,5 ani)
    B. Oprirea definitivă a menstruațiilor datorită încetării funcției hipotalamice la femeile de vârstă mijlocie târzie (aproximativ 51,5 ani)
    C. Reprezintă prima menstruație
    D. Menopauza prematură reprezintă declinul funcției ovariene înaintea vârstei de 30 ani
    E. În perioada de instalare a menopauzei (perimenopauză), răspunsul ovarian la FSH și LH crește, nivelurile de FSH și LH scad, în timp ce nivelurile de estrogeni fluctuează

37. *Sindromul Asherman (sinechia intrauterină):
    A. Este definit ca absența menstruațiilor până la vârsta de 16 ani
    B. Are ca etiologie disfuncția hipotalamică sau hipofizară, anomalii anatomice, anomalii cromozomiale cu disgenezii gonadice
    C. Este definit prin prezența de aderențe intrauterine și este rezultatul unor proceduri chirurgicale sau al infecției intrauterine
    D. Se întâlnește frecvent la pacientele cu menstruații regulate
    E. Se întâlnește frecvent la pacientele care nu au avut chiuretaje uterine sau infecții intrauterine

38. *Amenoreea secundară:

A. Prezența menstruațiilor pentru 6 luni la o pacientă ce nu a prezentat anterior cicluri menstruale
B. Absența menstruațiilor pentru 6 luni sau peste 3 menstre la o pacientă ce a prezentat anterior cicluri menstruale
C. Absența menstruațiilor (nu au survenit niciodată) până la 16 ani
D. Are ca etiologie disfuncția hipotalamică sau hipofizară, anomalii anatomice, anomalii cromozomiale
E. Poate fi congenitală

39. *Tipurile de papilomavirus asociate cu cancerul de col uterin sunt:
A. Tulpinile 31 și 50
B. Tipurile 6 și 11
C. Tipurile 16 sau 18
D. Tipurile 9 și 21
E. Tipurile 11 sau 26

40. Faza foliculară a ciclului menstrual normal:
A. Începe în prima zi a menstruației
B. Începe din a 14-a zi a ciclului menstrual
C. FSH stimulează creșterea foliculilor ovarieni (celulele de granuloasă), care vor secreta estradiol
D. LH stimulează creșterea foliculilor ovarieni (celulele de granuloasă), care vor secreta estradiol
E. Estradiolul induce proliferarea endometrială și stimulează sinteza de FSH și LH prin feedback pozitiv exercitat asupra hipofizei

41. Pubertatea precoce:
A. Apariția modificărilor pubertare la fetițe mai mici de 3 ani
B. Apariția modificărilor pubertare la fetițe mai mici de 8 ani
C. Lipsa menstrelor după vârsta de 15 ani
D. Are drept cauză activarea precoce a axului hipotalamo-hipofizo-ovarian (pubertate precoce centrală) sau secreția autonomă în exces a hormonilor sexuali steroidieni (pseudopubertatea precoce)
E. Are drept cauză activarea tardivă a axului hipotalamo-hipofizo-ovarian (pubertate precoce centrală)

42. Contraceptivele orale combinate:
A. Combinație de estrogeni și progestativ care inhibă dezvoltarea foliculară și ovulația
B. Schimbă calitatea endometrului
C. Nu schimbă calitatea endometrului

D. Crește vâscozitatea mucusului cervical
E. Scade vâscozitatea mucusului cervical

43. Contraceptive ce conțin doar progesteron:
A. Pilule doar cu estrogen care alterează calitatea endometrului și cresc vâscozitatea mucusului cervical, prevenind fertilizarea și implantarea
B. Pilule doar cu progesteron care alterează calitatea endometrului și cresc vâscozitatea mucusului cervical, prevenind fertilizarea și implantarea
C. Pot fi o opțiune la pacientele ce au o contraindicație pentru administrarea de estrogeni
D. Ca efect secundar are risc crescut de TVP
E. Trebuie administrate la aceiași oră în fiecare zi pentru a le crește eficiența

44. Efecte secundare ale contraceptivelor orale combinate:
A. Posibilă greață, vărsături, senzație de balonare, modificări de dispoziție
B. Risc scăzut de TVP
C. Frecvență crescută a sângerărilor vaginale
D. Risc de detașare a patch-urilor
E. Risc crescut de TVP

45. Factori de risc pentru osteoporoză sunt:
A. Vârsta avansată
B. Menopauza
C. Greutatea redusă
D. Fumatul
E. Consumul scăzut de alcool

46. Fibromul uterin (leiomiomul uterin):
A. Ecografia transvaginală sau histeroscopia permit localizarea sau vizualizarea tumorii
B. Tumori uterine benigne dezvoltate din mușchiul neted miometrial
C. În general regresează la menopauză
D. Este o tumoră malignă
E. Embolizarea arterei uterine se poate efectua după explorarea prin IRM pelvin care exclude alte patologii de țesut moale

47. Cancerul endometrial:
A. Tumoră benignă a endometrului ce apare frecvent la vârste tinere
B. Este un adenocarcinom al endometrului
C. Se întâlnește frecvent la femeile aflate în postmenopauză
D. Markerul tumoral CA-12 este scăzut
E. Biopsia endometrială arată glandele anormale, hiperplazice, cu invazie vasculară

48. Factori de risc în cancerul endometrial:
    A. Expunere la estrogeni exogeni
    B. Expunere la testosteron exogen
    C. Anovulație cronică (SOPC)
    D. Obezitate
    E. Multiparitate

49. Leziune intraepitelială scuamoasă de grad înalt (HSIL):
    A. Displazie celulară moderată sau severă, inclusiv carcinom in situ
    B. Celule extrem de atipice, cu invazie stromală
    C. Excizie prin LEEP sau conizație sau ablație laser
    D. Repetă citologia cervicala la fiecare 6 luni
    E. Repetă citologia cervicală la fiecare 4 luni

50. Carcinom mucinos mamar:
    A. Tumoră slab delimitată
    B. Tumoră bine delimitată
    C. Creștere rapidă
    D. Creștere lentă
    E. Mai frecvent la paciente vârstnice

51. Factori de risc pentru cancerul ovarian:
    A. Istoric familial
    B. Infertilitate
    C. Multiparitate
    D. Obezitate
    E. Fumatul

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

53. *Diabet zaharat gestațional:
    A. DZ existent anterior sarcinii
    B. Intoleranța la glucoză cu debut recent care survine pe parcursul sarcinii (după 24 de săptămâni)

C. Pacienta poate sau să fie conștientă de boală
D. Apare cel mai frecvent în primul trimestru
E. De obicei este simptomatic

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

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

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

57. Factori de risc pentru preeclampsie:
A. Hipertensiunea arterială
B. Multiparitate
C. Nuliparitate
D. Istoric de preeclampsie
E. Sarcina unică

58. În eclampsie apare:
A. Cefaleea
B. Tulburările de vedere
C. Dureri în etajul abdominal inferior
D. Durerile în etajul abdominal superior
E. Convulsii

59. Testul de toleranță la glucoză la 1 oră
    A. Mamei i se administrează o doză de 50 g de glucoză
    B. Se măsoară glicemia serică la o oră după administrarea glucozei
    C. Mamei i se administrează o doză de 100 g de glucoză
    D. Se măsoară glicemia serică la două ore după administrarea glucozei
    E. Glicemia ≧135 mg/dL este considerată anormală

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

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

62. Avorturile spontane din al doilea trimestru sunt determinate de:
    A. Infecție
    B. Fumat
    C. Anomalii ale placentei
    D. Anomalii cromozomiale fetale
    E. Incontinentă cervico-istmică

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

64. Prezentația pelviană decompletă (francă)
    A. Apare in 25% din cazuri

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

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

66. Contraindicațiile pentru inducerea travaliului sunt:
A. Necesitatea nașterii prin operație cezariană
B. Uterul cicatricial
C. Sarcina depășită cronologic
D. Preeclampsia
E. Herpes genital activ

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

68. Factori de risc pentru mola hidatiformă:
A. Istoric personal de sarcini molare
B. Diabetul gestațional
C. Statut socioeconomic redus
D. Fumatul
E. Obezitate

69. *Referitor la faza foliculară a ciclului menstrual, este adevarată următoarea afirmație:
A. Estradiolul nu induce proliferarea endometrială
B. FSH nu stimulează creșterea foliculilor ovarieni
C. Începe în prima zi a menstruației
D. LH, FSH, estrogeni, progesteron nu au rol în reglarea ciclului menstrual
E. Nici unul din răspunsuri nu este corect

70. *Referitor la faza luteală a ciclului menstrual, este adevarata următoarea afirmatie:
    A. Corpul galben nu secretă estradiol și progesteron
    B. Ovulaţia realizează tranziţia de la faza foliculară la faza luteală a ciclului menstrual
    C. Dacă ovocitul este fertilizat, corpul galben degenerează
    D. Mucusul cervical este redus cantitativ și are aspect opac
    E. Nici un raspuns nu este corect

71. Vârsta medie de instalare a menarhei în SUA:
    A. Tinde să fie mai precoce la rasa albă comparativ cu cea neagră
    B. Este 13 ani
    C. Nu este stabilită
    D. Este 18 ani
    E. Tinde să fie mai precoce la rasa neagră comparativ cu cea albă

72. Printre caracteristicile dezvoltării ginecologice la grupa de vârstă 11-17 ani se numără:
    A. Scade nivelul LH și al androgenilor
    B. Dezvoltarea caracterelor sexuale secundare și pusee de creștere
    C. Creşterea nivelului LH, FSH şi androgenilor atingând valorile bazale ale persoanelor mature
    D. Caracteristicile stadiului Tanner 1
    E. Apariția menarhei la fetițe

73. Dacă ne referim la o pacientă cu vârstă ≥50 ani, sunt adevărate următoarele afirmații:
    A. Este o vârsta la care debuteaza în mod fiziologic insuficienţa ovariană
    B. Pacienta prezintă numai cicluri menstruale regulate în perimenopauză
    C. Crește nivelul de FSH şi LH
    D. Se poate instala menopauza caracterizată prin cicluri menstruale regulate
    E. Scade nivelul de LH.

74. Gonadarha se caracterizează prin:
    A. Stimularea gonadelor de catre FSH
    B. Activarea gonadelor
    C. Stimularea gonadelor de către LH
    D. Producerea de androgeni de origine adrenală
    E. Inactivarea gonadelor

75. În Stadiul Tanner 4 privind dezvoltarea sânilor și a pilozității:
    A. Sânii scad ușor în dimensiuni
    B. Se produce creşterea secundară a mamelonului
    C. Parul pubian devine tot mai rar si mai moale

D. Continuă creşterea în dimensiuni a sânilor
E. Areola mamară nu suferă modificări

76. Următoarele afirmații legate de pubertatea precoce sunt adevărate:
A. La băieţi apare la varsta mai mică de 8 ani.
B. Apariţia modificărilor pubertare la fetiţe la vârste mai mici de 7 ani
C. La fete, cauza este activarea precoce a axului hipotalamo-hipofizo-ovarian
D. Poate fi izosexuală sau heterosexuală
E. FSH crește în timp ce LH scade

77. În derularea fenomenelor de-a lungul unui ciclu menstrual, progesteronul:
A. Creşte temperatura bazală
B. Stimuleaza contractilitatea uterină
C. Scade consistenţa mucusului cervical
D. Stimulează dezvoltarea glandelor endometriale
E. Nu contribuie la mentinerea sarcinii

78. Legat de menopauză sunt adevărate următoarele afirmații:
A. În perimenopauză, nivelurile de FSH, LH cresc
B. Menopauza prematură apare înaintea vârstei de 40 de ani
C. Bufeurile, transpirațiile, amenoreea, anxietatea pot fi semne de menopauză
D. Tratamentul de prima linie pentru bufeuri nu este reprezentat de scădere ponderală
E. Terapia hormonală este indicată pacientelor cu risc crescut de cancer mamar

79. Care din următoarele afirmații legate de contracepția hormonală sunt adevărate:
A. Nu se descriu efecte secundare
B. Are ca scop prevenirea obținerii sarcinii
C. La prescrierea contraceptivelor trebuie luat în considerare gradul de complianță a pacientei
D. Nu există contraindicații, în caz de comorbidități
E. Poate declanșa greturi, vărsături

80. Într-un caz diagnosticat cu amenoree primară:
A. Pacienta a prezentat anterior 2 cicluri menstruale
B. Este notată absența consecutivă a mai mult de 3 cicluri menstruale
C. Se observă absența menstruațiilor a mai mult de 6 luni
D. Pacienta nu a avut menstruație până la vârsta de 16 ani, în prezența caracterelor sexuale
E. Se descrie absența concomitentă a menstruațiilor și a caracterelor sexuale secundare pana la 13 ani

81. Printre cauzele amenoreei secundare se numără:
    A. Absența congenitală a uterului
    B. Sarcina
    C. Sindromul Asherman
    D. Sindromul de ovare micropolichistice
    E. Medicamente care nu influentează echilibrul hormonal

82. Printre factorii de risc în dismenoree se notează:
    A. Absența sindromului premenstrual
    B. Menoragia
    C. Indice de masă corporal <20kg/m^2
    D. Menarha > 12 ani
    E. Boli inflamatorii pelvine

83. Despre endometrioza sunt adevărate următoarele afirmații:
    A. Reprezintă prezența de țesut endometrial în interiorul cavității uterine
    B. Cauza este reprezentată de flux menstrual retrograd
    C. Diagnosticul se stabilește histopatologic
    D. Ablația laparoscopică nu poate îmbunătății fertilitatea
    E. Nuliparitatea și istoricul familial nu reprezintă factori de risc

84. Neoplasmul vaginal se poate manifesta prin:
    A. Secreție vaginală fetidă
    B. Sângerare vaginală în postmenopauză/postcoitală
    C. Ulcerații la nivelul vaginului
    D. Formațiune tumorală neregulată, localizată la nivelul fundului uterin
    E. Sângerare vaginală postcoitală

85. Referitor la cancerul mamar sunt adevărate următoarele afirmații :
    A. Diagnosticul se stabilește pe baza mamografiei
    B. Rezonanța magnetică nucleară reprezintă o metodă de screening utilizată în mod obișnuit
    C. Biopsia tumorii stabilește diagnosticul de certitudine
    D. Mamografia reprezintă o metodă de screening
    E. Testarea prezenţei receptorilor de estrogen şi progesteron la nivel tumoral nu ajută la stabilirea tratamentului.

86. Printre modificările fiziologice în timpul sarcinii, se regăsesc următoarele:
    A. Debitul cardiac crește cu 40%
    B. Consumul total de oxigen al corpului crește cu 20%
    C. Scade excreția renală de proteine

D. Scade nivelul de cortizol
E. Sialoreea

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

88. *Următoarele afirmații cu privire la consultațiile prenatale sunt false:
A. Obiectivele consultațiilor prenatale constau în prevenirea sau gestionarea patologiilor care pot fi daunatoare mamei sau fătului.
B. Analizele de laborator și ultrasonografia sunt efectuate în momente cheie pe parcursul sarcinii pentru a detecta infecții sau anomalii fetale
C. Manevrele Leopold se efectuează doar în primul trimestru de sarcină pentru a determina prezentația fetală
D. Bătăile cordului fetal sunt evaluate la fiecare vizită
E. Testele de diagnostic antenatal sunt efectuate de obicei la femei cu risc crescut cu anomalii congenitale

89. Tratamentul diabetului zaharat gestațional include:
A. Controlul strict al glicemiei prin alimentație și exerciții fizice
B. Auto-monitorizarea glicemiei pentru a determina eficacitatea terapiei
C. Administrarea de insulina la pacientele care prezintă rezultate favorabile la terapia non-farmacologică
D. Metformin la pacientele la care este controlat nivelul glicemiei prin regim alimentar și exerciții
E. Examinări ecografice pentru evaluarea bunăstării fetale

90. Referitor la preeclampsie (PE) sunt adevărate următoarele afirmații:
A. PE constă în asocierea creșterii glicemiei a jeun cu proteinuria
B. Printe factorii de risc se enumeră: nuliparitatea, istoric de preeclampsie, sarcina multiplă
C. Pacienta poate fi asimptomatică în formele ușoare
D. Printre semnele de severitate se notează trombocitele <100.000

E. O tensiunea arterială de 140/90 mm Hg în timpul sarcinii la o pacientă care a fost anterior normotensivă, stabilește diagnosticul nu necesită alte măsurători pentru a stabili diagnosticul

91. Printre manifestările clinice ale eclampsiei se numără:
A. Crizele convulsive
B. Durerea în etajul abdominal inferior care apar cu o săptămână după crizele convulsive
C. Tulburările de vedere
D. Cefaleea
E. Test non-stres areactiv

92. *Grețurile și vărsăturile în sarcină:
A. Apar de obicei în trimestrul 3 de sarcină
B. Diagnosticul la gravidă este difícil de stabilit
C. Ultrasonografie și examinarea Doppler sunt investigații de rutină necesare pentru stabilirea diagnosticului
D. Sunt determinate de creșterea Beta-hCG -ului
E. Simptomele se accentuează de obicei pe măsură ce sarcina avansează

93. Referitor la avorturile spontane sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Avorturile spontane din primul trimestru nu sunt de obicei rezultatul unor trisomii
B. Avorturile spontane din al doilea trimestru nu sunt de obicei determinate de incontinenţă cervico-istmică sau consum de droguri
C. Avorturile spontane din al doilea trimestru sunt de obicei determinate de infecţie, incontinenţă cervico-istmică, anomalii uterine, hipercoagulabilitate, patologie maternă coexistentă sau consum de droguri
D. Avorturile spontane din primul trimestru sunt de obicei rezultatul unor anomalii cromozomiale fetale
E. Avorturile spontane din al doilea trimestru sunt de obicei determinate de anomalii cromozomiale cel mai adesea

94. Printre factorii de risc pentru avortul spontan se numără:
A. Vârsta maternă extremă: >35ani sau <15ani
B. Avorturi spontane anterioare
C. Consum redus de cofeină
D. Nivel ridicat de folat
E. Nașteri multiple în antecedente

95. În sarcina oprită în evoluţie:
A. Sângerarea vaginală este prezentă cu sau fără durere asociată

B. Orificiul cervical este închis
C. Uterul este fără conținut
D. Ecografic se detectează făt intrauterin viabil
E. Nu se recomandă administrarea de imunoglobulină anti D

96. O pacientă cu sarcină 15 săptămâni amenoreic, se prezintă cu sângerarea vaginală. Examenul ginecologic local evidențiază orificiul cervical închis. Examinarea ecografică evidențiază făt viabil:
A. Se stabilește diagnosticul de sarcina oprită în evoluție
B. Se recomandă repaus la pat
C. Se stabilește diagnosticul de amenințare de avort
D. Se recomandă reluarea activității sportive
E. Se recomandă limitarea activităţii

97. Referitor la tratamentul în sarcină ectopică sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Sarcina ectopică neruptă < 6 săptămâni gestaţionale este tratată doar chirurgical
B. Sarcina ectopică mai avansată sau ruptă este tratată prin hidratare i-v fără intervenție chirurgicală
C. Sarcina ectopică neruptă < 6 săptămâni gestaţionale este tratată cu metotrexat
D. Sarcina ectopică mai avansată sau ruptă este tratată prin hidratare i-v şi excizie chirurgicală
E. Sarcina ectopică neruptă de 11 săptămâni gestaţionale este tratată doar cu metotrexat

98. Referitor la restricţia de creştere intrauterină asimetrică sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Este prezentă în 50% dintre cazuri
B. Apare în primul trimestru de sarcină
C. Este caracterizată prin reducerea dimensiunilor abdomenului, cu păstrarea dimensiunilor craniului şi membrelor
D. Este prezentă în 80% dintre cazuri
E. Printre cauze se numară și fumatul

99. Printre factorii de risc pentru ruptura spontană a sacului amniotic (PROM) se numără:
A. Infecţia vaginală sau cervicală
B. Nutriţie maternă echilibrata
C. Col închis fără modificari de lungime
D. PROM în sarcinile anterioare
E. Incontinenţă cervico-istmică

100. La o pacientă cu sarcina 33 de săptămâni de gestație la care s-a stabilit diagnosticul de travaliu prematur se aplică următoarele măsuri terapeutice:

A. Atitudine expectativă
B. Terminarea de urgență a sarcinii prin operație cezariană
C. Nu vor fi restricţionate activităţile fizice
D. Se administrează glucocorticoizi
E. Se instituie terapie tocolitică

101. Despre sarcina ectopică sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Printre factorii de risc se enumeră: boala inflamatorie pelvina, boli cu transmitere sexuală, intervenții chirurgicale ginecologice
B. Pacienta poate prezenta dureri abdominale, sângerări vaginale, amenoree, greață
C. Beta-hCG crescut stabilește diagnosticul de certitudine de sarcina ectopică
D. Tratamentul sarcinii ectopice este exclusiv chirurgical
E. Decesul matern este o complicație posibilă în aceste cazuri

102. Hidramniosul (Hdr):
A. Reprezintă exces de lichid amniotic la nivelul sacului gestațional
B. Hdr poate fi motivul pentru care înălțimea fundului uterin să fie mai crescută în raport cu vârsta gestațională
C. Nu poate fi diagnosticat cu ajutorul ecografiei
D. Amnioreducția este o metodă de diagnostic în aceste cazuri
E. Nu poate sa ducă la complicații în sarcină

103. Referitor la placenta praevia (PP) următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Este rareori asociată cu sângerarea vaginală
B. În PP centrală, placenta acoperă doar parțial orificiul cervical intern
C. Principalul simptom în cazurile cu PP este sângerarea neînsotită de durere
D. În PP centrală nu este posibilă nașterea naturală
E. Operație cezariană reprezintă o recomandare de terminare a nașterii în cazurile cu PP centrală

RĂSPUNSURI CAP. XVIII - OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

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

CAP. XIX - ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

1. Capnografia este utilizată în practica clinică pentru:
   A. Monitorizarea continuă a end-tidal PCO_2
   B. Detectarea acidozei respiratorii
   C. Confirmarea intubației traheale
   D. Detectarea problemelor acute ale căilor aeriene la pacienții intubați și ventilați mecanic
   E. Evaluarea funcției respiratorii la pacienți traheostomizați.

2. Printre complicațiile precoce ale traheostomiei se numără:
   A. Pneumothorax
   B. Hemoragie prin leziune de arteră sau venă subclavie
   C. Stenoza traheală
   D. Aritmii cardiace
   E. Emfizem subcutanat.

3. Următoarele afirmații despre insuficiența ventilatorie acută sunt adevărate:
   A. Poate avea drept cauză miastenia gravis sau sindromul Guillan – Barre
   B. Leziunile medulare înalte nu cauzează insuficiență ventilatorie acută
   C. Necesită ventilație mecanică dacă scade capacitatea vitală sub 10 ml/kg corp
   D. Necesită ventilație mecanică dacă scade frecventa respiratorie sub 10 respiratii / minut
   E. Volumul curent este un fin indicator al gravitatii insuficienței ventilatorii.

4. Indicațiile ventilației mecanice în caz de insuficiența respiratorie acută sunt:
   A. Leziunile craniene cu presiune intracraniană crescută
   B. Apnee obstructivă de somn
   C. Pacient tahipneic, hipoxic, cooperant
   D. Astm bronșic sever
   E. Pacient cu risc crescut, aflat în perioada imediat postoperatorie.

5. În termeni practici, insuficiența respiratorie este prezentă atunci când:
   A. $PaO_2 < 8$ kPa
   B. $PaCO_2 < 8$ kPa
   C. $PaCO_2 < 7$ kPa
   D. $PaO_2 < 60$ mmHg
   E. $PaCO_2 < 55$ mmHg

6. Cele mai frecvente cauze de insuficiență respiratorie de tipul I sunt:
   A. Pneumonia acută bacteriană

B. Pneumonia acută virală
C. Fibroza pulmonara
D. Edemul pulmonar cardiogen
E. BPOC

7. Cele mai frecvente cauze de insuficiență respiratorie de tipul II sunt:
   A. Sindromul Guillain-Barre
   B. Embolia pulmonară
   C. Intoxicațiile medicamentoase
   D. Leziuni pulmonare acute
   E. BPOC.

8. Evaluarea clinică a tulburărilor respiratorii din insuficiența respiratorie acută va fi făcută urmărind apariția următoarelor simptome:
   A. Respirația asincronă (o discrepanță între momentele mișcării compartimentelor abdominal si toracic)
   B. Respirația paradoxală (compartimentele abdominal si toracic se deplasează în direcții opuse)
   C. Alternanța respiratorie (alternarea relativă a participării mușchilor intercostali / accesori și a diafragmului la fiecare respirație)
   D. Respirație asincronă (compartimentele abdominal și toracic se deplasează în direcții opuse)
   E. Respirație paradoxală (o discrepanță între momentele mișcării compartimentelor abdominal și toracic).

9. Pulsoximetrele:
   A. Se pot aplica pe lobul urechii
   B. Se aplica pe degetele de la mână sau picior
   C. Necesită calibrare
   D. Oferă o determinare continuă, invaziva, a saturatiei venoase de oxigen (SpO_2)
   E. Măsoară schimbarea fluxului de lumină transmisă prin sângele arterial pulsatil.

10. *Cel mai sensibil indicator clinic al creșterii dificultății respiratorii este:
   A. Tahipneea
   B. Tahicardia
   C. Bradicardia
   D. Bradipneea
   E. Tirajul intercostal

11. *Printre complicațiile imediate ale intubației traheale se numără:

A. Poziționarea canulei într-o bronhie principală (de obicei, stânga)
B. Poziționarea canulei în esofag
C. Migrarea canulei în afara traheei
D. Sinuzita acută
E. Pierderi de aer în jurul canulei

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

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

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

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

16. Capnografia poate fi utilizată pentru:
A. Confirmarea intubației traheale
B. Monitorizarea continua a presiunii parțiale a CO_2 în expir
C. Detectarea modificărilor acute ale funcției cardio-respiratorii
D. Detectarea problemelor acute ale căilor respiratorii
E. Monitorizarea continuă a presiunii parțiale a CO_2 în sângele arterial

17. Ventilația invazivă se poate realiza prin:
    A. Mască facială
    B. Cască
    C. Canulă endotraheală
    D. Traheostomie
    E. Canule nazale

18. Indicațiile pentru ventilația mecanică sunt:
    A. Insuficiența respiratorie acută
    B. Ventilație preoperatorie la pacienți cu risc înalt
    C. Leziuni craniene: pentru a evita hipoxia și hipercapnia
    D. Leziuni toracice cu contuzii pulmonare și leziuni medulare înalte
    E. Insuficiența ventriculară stângă severă cu edem pulmonar

19. Complicațiile imediate ale intubației traheale sunt:
    A. Traumatism al căilor aeriene superioare
    B. Migrarea canulei în afara traheei
    C. Canula în esofag
    D. Pierderi în jurul canulei
    E. Canula într-o bronhie principală (de obicei, dreapta)

20. Insuficiența respiratorie poate fi clasificată în:
    A. Tip I în care PaO_2 este normal sau crescut și $PaCO_2$ crescut
    B. Tip II în care $PaCO_2$este crescut și PaO_2 scăzut
    C. Tip I sau insuficiența respiratorie acută hipoxemică
    D. Tip I sau insuficiență ventilatorie
    E. Tip II sau insuficiență ventilatorie

21. Ventilația non-invazivă se poate realiza pe:
    A. Sonda endotraheală
    B. Mască facială
    C. Mască nazală
    D. Cască
    E. Niciodată pe mască nazală

22. Sunt indicații pentru ventilația mecanică invazivă următoarele:
    A. Insuficiența respiratorie acută cu semne de detresă respiratorie care persistă în ciuda terapiei maximale
    B. Toți pacienții postoperator

C. Edem pulmonar care răspunde la tratamentul cu ventilație non-invazivă.
D. Comă cu compromiterea reflexelor de menținere a căilor aeriene deschise
E. Insuficiența ventilatorie acută la cei cu sindrom Guillan-Barre când capacitatea vitală a scăzut la 10 ml/kg sau mai puțin

23. Complicațiile imediate ale intubației orotraheale sunt:
A. Stenoza și fibroza traheală
B. Alunecarea canulei într-o bronhie principală
C. Traheomalacie
D. Introducerea sondei în esofag
E. Sinuzită

24. Complicațiile asociate ventilației mecanice sunt:
A. Cardiovasculare: aplicarea presiunii pozitive crește întoarcerea venoasă
B. Barotrauma
C. Fracturi costale
D. Bronhospasm
E. Volutrauma

25. Următoarele situații clinice și paraclinice definesc sindromul de detresă respiratorie acută:
A. Edem pulmonar cardiogen
B. Complianță pulmonară redusă rezultând presiuni mari de inflație
C. Rx: infiltrate pulmonare noi, neuniforme sau omogene bilaterale
D. Anomalii ale schimbului de gaze cu PEEP$\geq$ 5 cm H_2O
E. Detresa respiratorie

26. Următoarele sunt cauze frecvente ale sindromului de detresa respiratorie acută:
A. Pneumonia
B. Traumatismele severe cu șoc și transfuzii multiple
C. Embolia grăsoasă
D. Contuzia pulmonară
E. Sepsis

27. *Cel mai frecvent factor etiologic al sindromului de detresă respiratorie acută (SDRA) este reprezentat de:
A. Aspirația conținutului gastric
B. Leziunile inhalatorii
C. Sepsis
D. Arsuri severe de căi aeriene
E. Pneumonia

28. *Următoarele afirmații referitoare la sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) sunt adevărate, cu excepția:
    A. Hipertensiunea pulmonară este o caracteristică frecventă a SDRA
    B. Edemul pulmonar cardiogen este un semn al SDRA
    C. Apare un exudat hemoragic intra-alveolar
    D. Apare o remodelare pulmonarăîn cazul pacienților care supraviețuiesc
    E. Poate conduce la dezvoltarea insuficienței multiple de organe

29. Printre modificarile fiziopatologice care apar în sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) se numără:
    A. Șuntul scade și spațiul mort crește
    B. Scade complianța pulmonară
    C. Crește complianța pulmonară
    D. Există dovezi de limitare a fluxului
    E. Șuntul și spațiul mort cresc

30. Următoarele fac parte din tabloul clinic și paraclinic al sindromului de detresă respiratorie acută (SDRA):
    A. Tahipnee urmată de creșterea hipoxemiei și a senzației de lipsă de aer
    B. Raluri subcrepitante în ambele câmpuri pulmonare
    C. Rx: infiltrate pulmonare difuze, bilaterale
    D. CT: opaciefiere tip “sticla mată”
    E. CT: efuziuni pleurale masive

31. Tratamentul sindromului de detresă respiratorie acută (SDRA) se bazează pe:
    A. Anticoagulante
    B. Limitarea edemului pulmonar
    C. Prostacicline și oxid nitric inhalator
    D. Ventilație mecanică
    E. Pronație

32. Despre prognosticul în sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) sunt adevărate următoarele:
    A. Mortalitatea a scăzut în ultimele 2 decenii de la 60% la 20-40%
    B. Prognosticul depinde în mare parte de etiologie
    C. Mortalitatea crește odată cu creșterea vîrstei și în prezența insuficienței altor organe
    D. Majoritatea deceselor apar ca urmare a deteriorării schimbului de gaze
    E. Mortalitatea este mai crescută la tineri

33. În diagnosticul diferențial al sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) intră:
    A. Insuficiența cardiacă
    B. BPOC
    C. Astmul bronșic
    D. Fibroza pulmonară
    E. Pneumonia

34. *Baza tratamentului în sindromul de detresă respiratorie acută (SDRA) este reprezentată de:
    A. Corticoterapia intravenoasă
    B. Oxidul nitric inhalator
    C. Pronația pacientului
    D. Ventilația mecanică
    E. Limitarea edemului pulmonar

35. Sindromul de detresă respiratorie acută este clasificat conform definiției de la Berlin ca fiind:
    A. Ușor: PEEP≥5 cmH_2O sau raport PaO_2/FiO_2 între 200-300 mmHg
    B. Moderat : PEEP≥5 cmH_2O sau raport PaO_2/FiO_2 între 200-300 mmHg
    C. Sever: PEEP≤5 cmH_2O si raport PaO_2/FiO_2 între 100 - 200 mmHg
    D. Ușor: PEEP≥5 cmH_2O si raport PaO_2/FiO_2 între 200 - 300 mmHg
    E. Sever: PEEP≥5 cmH_2O si raport PaO_2/FiO_2< 100 mmHg

36. Din punct de vedere clinic și paraclinic sindromul de detresă respiratorie se exprimă astfel:
    A. Primul semn este o tahicardie inexplicabilă
    B. Primul semn este o tahipnee inexplicabilă
    C. Radiografia toracică evidențiază opacifiere unilaterală difuză
    D. Radiografia toracică evidențiază opacifiere bilaterală difuză
    E. În ambele câmpuri pulmonare se percep raluri sibilante

37. Sunt cauze frecvente de leziuni pulmonare directe care pot induce sindrom de detresă respiratorie acută:
    A. Pneumonia
    B. Sepsis-ul
    C. Embolia grăsoasă
    D. Embolia cu lichid amniotic
    E. Aspirația de continut gastric

38. Sindromul de detresă respiratorie se definește prin:
    A. Complianță pulmonară scăzută
    B. Existența unei cauze cardiace a edemului pulmonar
    C. Infiltrat pulmonar organizat unilateral pe radiografia de torace

D. Infiltrate pulmonare noi, bilaterale, difuze pe radiografia toracică
E. Existența unei Cauze non-cardiace a edemului pulmonar

39. Următoarele valori referitoare la definiția Berlin a sindromului de detresă respiratorie acută sunt adevărate:
A. SRDA moderat: raportul PaO_2/FiO_2< 100 mmHg
B. SRDA ușor: raportul PaO_2/FiO_2 intre 200-300 mmHg
C. SRDA sever: raportul PaO_2/FiO_2< 100 mmHg
D. SRDA sever: raportul PaO_2/FiO_2>300 mmHg
E. SRDA ușor: raportul PaO_2/FiO_2>100 mmHg

40. Cu privire la tratamentul sindromului de detresă respiratorie, următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Tratamentul afecțiunii de bază este unul din obiectivele terapeutice
B. Trebuie limitat edemul pulmonar prin restricția fluidelor și la nevoie diuretice
C. Steroizii reprezintă tratamentul de bază
D. Ventilația mecanică este contraindicată în sindromul de detresă respiratorie
E. Pronația reprezintă o modalitate de îmbunătățire a ventilației alveolare

41. Cauze frecvente ale sindromului de detresă respiratorie sunt următoarele:
A. Embolia cu lichid amniotic
B. Pneumonia
C. Sepsis
D. Aspirația de conținut gastric
E. Pancreatita acută

42. Referitor la sindromul de detresă respiratorie, următoarele sunt adevărate:
A. Edemul pulmonar non-cardiogen e o caracteristică principală a sindromului
B. Există o creștere a permeabilității vasculare
C. Se datorează întotdeauna insuficientei cardiace
D. Pronația este una din măsurile terapeutice
E. Complianța pulmonară este crescută

RĂSPUNSURI CAP. XIX - ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

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

CAP. XX - PEDIATRIE

1. Precizați care dintre următoarele afirmații privitoare la crup NU sunt adevărate:
   A. Reprezintă inflamația acută amigdaliană
   B. Cel mai frecvent apare între vârsta de 3 luni si 5 ani
   C. Tusea este productivă
   D. Se caracterizează prin dispnee și stridor inspirator
   E. Cazurile severe sunt tratate cu epinefrina în aerosoli și corticosteroizi

2. *Bronșiolita:
   A. Este o infecție bacteriană a bronhiolelor
   B. Cel mai adesea apare vara
   C. Este întâlnita de obicei la copiii >2 ani
   D. Se manifestă prin wheezing, tuse, raluri, expir prelungit
   E. Nu reprezintă un risc crescut pentru astm

3. *Următoarea afirmație cu privire la tulburările gastro – intestinale pediatrice este falsă:
   A. Fistula traheo-esofagiană este frecvent asociată cu atrezie esofagiană
   B. În stenoza pilorică din punct de vedere imagistic , tranzitul baritat arată lărgirea canalului piloric (semnul sforii)
   C. Factorii de risc în enterocolita necrotică sunt următorii: naștere prematură, greutate mică la naștere
   D. Tratamentul în Boala Hirschsprung este reprezentat de colostomie si rezecția zonei afectate
   E. Complicații posibile în Invaginație pot fi: ischemia intestinală, perforația în timpul reducerii cu clisma cu aer contrast

4. *Este falsă afirmația referitoare la tratamentul în deficitul de creștere:
   A. Include dietă hipercalorică
   B. Include dietăhipocalorică
   C. Include tratarea cauzei subiacente
   D. Include educarea părinților în vederea unei nutriții și alimentații adecvate
   E. Include contactarea serviciilor sociale de suport în cazuri de neglijență sau abuz

5. *Mentionați care din următoarele afirmații referitoare la tratamentul unui copil cu enurezis sunt false:
   A. Fără restricții de lichide
   B. Modificări dietetice
   C. Desmopresina sau imipramina
   D. Alarme pentru enurezis
   E. Fără lichide aproape de ora culcării

6. *În cazul unui copil cu testicule necoborâte (Criptorhidia) administrarea exogena de hCG sau orhidopexie este indicată la vârsta :
   A. Înainte de 3 ani
   B. Înainte de 6 ani
   C. Înainte de 5 ani
   D. Înainte de 1 an
   E. La adolescență

7. Care sunt manifestările clinice sugestive pentru hipotiroidismul congenital la copii?
   A. Fontanela anterioară mare, deschisă
   B. TSH scazut, FT4 crescut
   C. Macroglosie
   D. Hernie ombilicală, constipație
   E. Hipertonie

8. Tratamentul în bolile de stocare ale glicogenului consta în:
   A. Transplant hepatic
   B. Substitutie enzimatică (Alglucosidaza alfa)
   C. Dieta hiperproteică
   D. Suplimentarea cu fructoză
   E. Dieta hiperlipidică

9. Boala hemolitică a nou-nascutului:
   A. Se caracterizează prin apariția anticorpilor anti-Rh
   B. Celulele fetale Rh^- intră în circulația mamei Rh^+
   C. Anticorpi anti-Rh produc hemoliza severă a eritrocitelor fetale la prima sarcină
   D. Anticorpi anti-Rh produc hemoliza severă a eritrocitelor fetale începând cu a doua sarcină
   E. Hemoliza poate cauza decesul fătului.

10. *Este falsă afirmația referitoare la Neuroblastom:
   A. Este tumoră cu originea în celulele crestei neurale
   B. Nu apare în glandele suprarenale sau ganglionii simpatici
   C. Se manifestă prin: durere abdominală, masa abdominală, scădere ponderală, stare generală influentată, hepatomegalie
   D. Acidul vanilmandelic și homovanilic sunt determinați din urină/ 24 ore
   E. CT-ul poate localiza tumora

11. Următoarele afirmații referitoare la scarlatină sunt FALSE:

A. Prezintă un rash difuz eritemato-papular, cu aspect de « smirghel », limba zmeurie, descuamări ale palmelor și plantelor
B. Este cauzată de human herpes virus-6 (HHV-6)
C. Biologic: test rapid pentru streptococ, cultura din secreția faringiană
D. În formele severe apar complicații: cardita reumatică, glomerulonefrita poststreptococică
E. Tratamentul recomandat este cel suportiv

12. Tabloul clinic al rubeolei se caracterizează prin:
A. Debutul este cu rash pe față, mai accentuat pe obraji
B. Rash maculopapular care începe pe față și se raspândește pe trunchi
C. În formele severe apar complicații: cardita reumatică, glomerulonefrita poststreptococică
D. Se asociază adenopatii posterioare, cervicale și occipitale
E. Apar pete mic pe palatul moale (petele Forchheimer)

13. *Cel mai frecvent defect cardiac congenital este:
A. Defectul septal atrial
B. Defectul septal ventricular
C. Persistența canalului arterial
D. Trunchiul arterial persistent
E. Transpoziția marilor vase

14. Despre purpura Henoch-Schönlein, următoarele afirmații sunt adevărate:
A. Este a doua cea mai frecventă vasculită la copii
B. Este o vasculită mediată prin complexe imune de tip imunoglobulină A
C. Adesea este întâlnită la copii cu vârsta între 3 și 15 ani
D. Se manifestă clinic prin: purpură, durere abdominală, artrită/artralgii poliarticulare, hematurie
E. Sumarul de urină poate arăta hematurie

15. Care din următoarele afirmații referitoare la tumora Wills sunt adevărate?
A. Este o formațiune tumorală cu debut la vârsta adolescenței
B. Este o tumoră malignă care are origine la nivel renal
C. Manifestările clinice constau în scădere ponderală, poliurie, masa palpabila abdominală sau în flancuri, hipertensiune arterială
D. Neuroblastomul și istoricul familiar de tumoră Wills sunt factori de risc pentru dezvoltarea acestei formațiuni
E. Evaluarea acestei tumori implică investigații biologice (creatinine, uree) și imagistice (ecografie si CT)

16. Care sunt prinicipalele cauze implicate în apariția hipotiroidismului congenital:

A. Anticorpi anti tireoperoxidază și anticorpi antitiroglobulină
B. Agenezia glandei tiroide
C. Patologii ereditare ale sintezei hormoniilor tiroidieni
D. Tiroidectomie
E. Deficitul sever de iod

17. Deschiderea anormală de uretră la copii:
A. Este o cauză de infertilitate la vârsta adultă
B. Defectul poate fi observat doar în timpul micțiunii
C. Se poate clasica în epispadias și hipospadias în funcție de deschiderea uretrei la nivelul penisului
D. Este indicată efectuarea cirmcumciziei până la vârsta de 1 an apoi corecția chirurgicală
E. Poate fi asociat cu alte anomalii anatomice peniene

18. Următoarele afirmații cu privire la creșterea și dezvoltarea normală sunt adevărate:
A. Greutatea de la naștere se dublează la vârsta de 1 an
B. Înălțimea la vârsta de aproximativ 4 ani este dublul lungimii de la naștere
C. Macrocefalia nu se asociază în bolile metabolice cerebrale
D. Microcefalia poate fi asociată cu expunerea fetală la toxice, infecții congenitale, patologii metabolice, defecte de tub neural
E. Greutatea este cea mai sensibilă și primul semn în deficitul de creștere

19. Următoarele afirmații sunt adevărate cu privire la patologia genetica:
A. Sindromul Down este cea mai frecventă cauză de dizabilitate intelectuală congenitală
B. Riscul de trisomie scade la femeile cu vârsta peste 35 ani
C. Aproape toate trisomiile rezultă din non-disjunctie în timpul meiozei celulelor germinale materne
D. În cazul trisomiilor cariotiparea poate detecta cromozomi suplimentari, iar screeningul genetic detectă translocații
E. Sindroame genetice frecvent întâlnite datorate anomaliilor cromozomilor sexuali: sindromul Turner, Sindromul Kinefelter, XXY, XXX

20. Sindromul X fragil se caracterizează prin următoarele:
A. Reprezintă cea mai comună cauză de dizabilitate intelectuală familială la barbați
B. Clinic prezintă fața mare cu maxilar proeminent și urechi mari, anomalii ușoare ale mâinii și piciorului
C. Tratamentul este reprezentat de consilierea genetică adecvată pentru parinți
D. Analiza prenatală a AND-ului nu poate fi efectuată la mame cu istoric familial pozitiv
E. Reprezintă un sindrom de deleție

21. Anemia Fanconi este caracterizată prin următoarele:
    A. Este o patologie autosomal dominantă
    B. Se asociază cu insuficență medulară
    C. Nu are risc de a dezvolta leucemie
    D. Clinic: oboseală, dispnee de efort, infecții frecvente, statură mică, pigmentare tegumentară, anomalii ale degetelor
    E. Biologic: Hb, Ht, Trombocite - scazute biopsia medulară arată hipocelularitate

22. Următoarele afirmații sunt adevărate despre otita medie acută:
    A. Reprezintă infecția urechii medii, frecventă la copii sub 6 ani
    B. Clinic: Dureri auriculare, febră, lichid în urechea medie cu membrană timpanică în tensiune
    C. Nu reprezintă o indicație de administrare de antibiotic
    D. Tratament: analgezice + amoxicilina-clavulanat în doză mare ca prima linie de tratament
    E. Complictii: pierdere auz, perforatie membrana timpanica, mastoidita, abces temporal

23. Rujeola:
    A. Cauzată de human herpes virus-6 (HHV-6)
    B. Clinic: febră, tuse, coriză, conjunctivită
    C. Petele Koplik sunt leziuni albe spre alb-albastrui cu distribuție la nivelul scalpului, piept si extremități
    D. Tratament de rutină: Antitermic, Antibiotic și Vitamina A
    E. Complicații: pneumonie, encefalită, otită medie acută

24. Convulsiile febrile:
    A. Sunt convulsii ale copiilor între 6 și 60 de luni (5 ani) asociate cu febră
    B. Apar odată cu infecția sau leziunile sistemului nervos central (SNC)
    C. Necesită investigații de laborator, atât cele simple cât și cele complexe
    D. Sunt recurente la 65 % dintre pacienți
    E. Nu necesită EEG de rutină

25. Selectați afirmațiile corecte cu privire la “tusea convulsiva”:
    A. Este o infectie bacterială cauzată de Bordetella Pertusis
    B. Este o infecție virală cauzată de virusurile parainfluenza tip 1 si 2
    C. Perioada de manifestare cuprinde 3 faze: catarală, paroxistică, convalescență
    D. Macrolidele (eritromicina) pot scurta durata bolii dacă sunt inițiate precoce
    E. Cele mai frecvente complicații sunt pneumonia și apneea la sugari

26. Sindromul de detresă respiratorie a nou-nascutului
    A. Se manifestă în primele 2 zile de la naștere

B. Se manifestă de obicei după 28 de zile de la naștere
C. Simptomatologia clinică include: cianoza, bătăi ale aripioarelor nazale, geamăt respirator, tiraj intercostal, frecvență respiratorie > 60 respirații/minut
D. Rx pulmonar arată opacități cu tendință la confluare bilaterale
E. Rx pulmonar decelează atelectazie bilaterală cu aspect de sticlă mată

27. Care afirmații referitoare la stenoza pilorică sunt false:
A. Reprezintă hipertrofia sfincterului piloric care poate cauza obstrucția evacuării gastrice
B. Simptomele încep în primele zile de la naștere
C. Simptomele încep la câteva săptămâni după naștere
D. Investigațiile de laborator arată: acidoza metabolică hipercloremică, hiperpotasemică
E. Tratamentul este suportiv, simptomatic

28. În hidrocefalia copilăriei se pot întâlni frecvent următoarele manifestări:
A. Letargie
B. Vărsături
C. Inapetență
D. Cefalee
E. Dureri intense în fosa iliacă dreaptă

29. *Următoarea afirmație despre boala Kawasaki este falsă:
A. Este cel mai adesea întâlnită la copiii mici
B. Este o inflamație necrozantă a vaselor mari, medii și mici
C. Reprezintă a doua cea mai frecventă vasculită la copii
D. Tratamentul este strict chirurgical
E. Ecocardiograma poate pune în evidență anevrisme ale arterelor coronariene

30. *Etapele tusei convulsive sunt:
A. Faza catarală: 1 până la 2 săptămâni cu simptome nespecifice, tuse uşoară, rinoree, conjunctive injectate şi pot asocia febră uşoară
B. Faza paroxistică: durează aproximativ 2 săptămâni cu o scădere graduală a frecvenţei și severităţii tusei
C. Faza de convalescență: după a doua săptămână de boală, încep episoade paroxistice de tuse urmată de un sunet inspirator „convulsiv", emeză, sincopă
D. Toate afirmațiile de mai sus sunt adevărate
E. Niciuna dintre afirmațiile de mai sus nu este adevărată

31. *Depre boala Hirschprung este adevarată următoarea afirmație:
A. Tratamentul este medicamentos
B. Simptomul principal este diareea

C. Clisma baritată arată dilatație proximală(megacolon) cu îngustare distală
D. Biopsia intestinală arată absența microvililor intestinali
E. Absența inervației autonome intestinale cauzează spasme, diaree, distensie abdominală

32. *Afirmațiile false despre Tumora Wilms sunt:
A. Apare cel mai des la adolescenți
B. Pacienții prezintă istoric familial, neurofibromatoză și alte anomalii genitourinare
C. Paraclinic se urmăresc valoarea ureei, creatininei și hemoleucograma, pentru evaluarea funcției renale
D. CT-ul sau ecografia sunt diagnostice și pot arătă și eventuale metastaze
E. Tratamentul presupune rezecție chirurgicală sau nefrectomie

33. *În boala Pompe este adevărată informația:
A. Tratamentul este transplantul hepatic
B. Simptomele sunt hepatomegalie, hipoglicemie, convulsii, față de păpușă, extremități subțiri
C. Enzima afectată este Glucozo-6-fosfataza
D. Enzima afectată este alfa-glucoxidazalizozomală
E. Simptomele sunt afectarea mușchilor scheletici, crampe, mialgii, fatigabilitate

34. *Este adevărată următoarea afirmație despre displazia de șold:
A. Incidența este mai mare la sexul masculin
B. Reprezintădislocarea antenatală a capului femural din acetabul, perturbând dezvoltarea normala a articulaţieişoldului
C. Tratamentul folosit este hamul Pavlik
D. Ct-ul sau Rmn-ul sunt necesare pentru diagnostic
E. Semnul Galeazzi pozitiv - genunchii la înălţimi egale când şoldurile și genunchii sunt în extensie

35. *În otita medie acută sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Este o infecție acută a urechii externe întâlnită la copiii cu vârstă peste 6 luni, incidența crește cu vârsta
B. Tratamentul de primă linie este cu amoxicilina-clavulanat în doză mare
C. Diagnosticul trebuie confirmat paraclinic (leucocitoză cu neutrofilie)
D. Complicațiile includ mastoidita, pierderea auzului, abces temporal
E. Nicio afirmație nu este adevarată

36. Defectul septal ventricular se caracterizeaza prin:
A. Discontinuitatea septului atrial
B. Ecocardiograma evidentiază shuntul

C. În lipsa tratamentului apare sindromul Einsenmenger
D. Este cel mai frecvent defect cardiac congenital
E. ECG este cel care pune diagnosticul de certitudine

37. Diagnosticul Tetralogiei Fallot este descris de următoarelor elemente echografice:
A. Aorta călare pe sept
B. Originea comună a ambelor vase mari
C. Artera pulmonară călare pe defect septal atrial
D. Obstrucția ejecției ventriculului drept
E. Venele pulmonare nu drenează în atriul stâng

38. Următoarele afirmații despre crupul laringian sunt adevărate:
A. Simptomele prezente sunt: tuse lătrătoare, congestie nazală, stridor inspirator, febră
B. Simptomele prezente sunt: tuse seacă, congestie nazală, wheezing
C. Este provocat cel mai frecvent de agenți infecțioși bacterieni
D. Tratamentul este suportiv
E. Cel mai frecvent apare la grupa de vârstă 10-14 ani

39. Despre bronșiolită se poate afirma:
A. Simptomatologia include stridor inspirator, tuse bitonală, febră, disfonie
B. Cel mai adesea apare toamna
C. Prezintă ca și complicație un risc crescut de a dezvolta astm bronșic
D. Simptomatologia include dispnee, wheezing, tuse, febră, expir prelungit
E. Rx-ul stabileste diagnosticul de certitudine

40. Icterul neonatal poate fi provocat de:
A. Hemoliză crescută: incompatibilitate materno-fetală ABO, anomalii erediatare ale elementelor figurate ale sângelui
B. Anomalii hepatice: sindrom Gilbert, sindrom Crigler-Najjar, atrezie biliară
C. Icterul fiziologic (Kern) reprezintă depozitarea bilirubinei în ganglionii bazali și hipocamp și poate cauza afectare permanentă
D. Supraproducţia de bilirubină fără hemoliză: hemoragie, transfuzie materno-fetală
E. Hepatita virală a nou născutului (Hepatita B)/Supraproducţia de bilirubină cu hemoliză: hemoragie, transfuzie materno-fetală

41. Invaginația intestinală are următoarele caracteristici, cu excepția:
A. Scaunul are aspect tipic de jeleu de coacăze
B. Telescoparea intestinului într-un segment adiacent al intestinului, ducând la obstrucție cel mai frecvent distal de valva ileocecală

C. Factori de risc sunt: diverticul Meckel, purpura Henoch-Schonlein (asociată cu invaginațieileoileală), infecția cu adenovirus, fibroza chistică
D. Complicațiile sunt ischemie cerebrală (diencefalul este susceptibil în special)
E. Complicațiile includ perforația în timpul reducerii cu clismă cu aer contrast

42. Stenoza pilorică este caracterizată de următoarele aspecte:
A. Tratamentul este chirurgical
B. Hipertrofia sfincterului piloric poate cauza obstrucțiaevacuării gastrice
C. Tranzitul baritat arată îngustarea canalului piloric (semnul sforii)
D. Simptomele apar tardiv și se manifestă prin: vărsături bilioase, vărsături în jet, masă abdominala palpabilăin hipogastru
E. Tratamentul poate fi atât chirurgical cât și medicamentos

43. Afirmațiile adevărate despre valvele uretrale posterioare sunt:
A. Reprezintă o pliere anormală a țesutului la nivelul uretrei prostatice distale, cauzând obstrucţia vezicii urinare şi jet urinar slab
B. Simptomele include jet urinar slab, infecție de tract urinar, distensie abdominală
C. Ecografia arată subțierea pereților vezicii urinare, hidronefroză unilaterală
D. Tratamentul este nefrotomia
E. Cistouretrograma urinară arată alungirea şi dilatarea uretrei posterioare în timpul micţiunii/ „cistouretrografie micțională"

44. Următoarele afirmații despre hipotiroidismul congenital sunt adevărate: (p 222)
A. Este cauzat de deficitul sever de TSH, agenezia de glanda suprarenală, sau patologii ereditare ale sintezei hormonilor tiroidieni
B. În lipsa tratamentului, duce la dezvoltare mentală anormală şi întârzierea creşterii (cretinism)
C. Semnele clinice pot include: hipotonia, fontanelă mare care rămâne deschisă, macroglosie, hernie ombilicală, piele uscată, icter
D. Laboratorul aratăFT4 crescut, TSH scăzut
E. Tratamentul este levotiroxină începută imediat după naştere pentru a evita întârzierile permanente în dezvoltare

45. În tabloul clinic al anemieiFanconi sunt prezente următoarele, cu excepția:
A. Hiperkinezie
B. Anomalii ale membrelor inferioare, frecvent asociate cu statură inaltă
C. Infecții frecvente
D. Pigmentari tegumentare anormale(pete cafe au lait sau zone hipopigmentate)
E. Rinichi în potcoavă

46. Neuroblastomul este o tumoră neuroendocrină cu următoarele caracteristici:
A. Simptomele includ: distensie și durere abdominală, scădere ponderală, stare generală alterată,durere osoasă, diaree, masă abdominală, HTA
B. CT-ul poate localiza tumora tiroidiană sau ganglionară
C. Tratament presupune rezecţie chirurgicală, chimioterapie, radioterapie
D. Prognosticul este prost dacă apare după vârsta de 1 an metastazează în os şi creier
E. Factorii de risc sunt: consumul matern de alcool, sindromul Horner, obezitatea

47. Despre convulsiile febrile se poate afirma că:
A. Apar în absența leziunilor sau infecțiilor sistemului nervos central
B. Pot fi simple–crize generalizate, ce durează mai puțin de 15 minute
C. Antipireticele scad riscul de convulsii febrile
D. Sunt prezente la copii cu istoric familial de convulsii febrile
E. EEG-ul este necesar pentru diagnosticul de certitudine

48. Despre paralizia cerebrală (PC) sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Paralizia cerebrală diskinetică apare în patologia piramidală
B. Terapia farmacologică (ex. toxină botulinică, dantrolene, baclofen, benzodiazepine) fizioterapia, tonifierea şiintervenţia chirurgicală pot fi utile pentru ameliorareasimptomelor și funcţională
C. Pacienţii cu PC spastică au tonus scăzut la nivelul mai multor membre, reflexe tendinoase profunde diminuate, slăbiciune, mers normal şi frecvent dizabilitate intelectuală
D. Pacienţii cu PC diskinetică au mişcăricoreoatetozice, distonice sau ataxice carese agravează la stres precum și dificultăţi de vorbire (dizartrie)
E. Paralizia cerebrala spastică este cauzată de deteriorarea tracturilor piramidale

49. Botulismul infantil:
A. Mierea la copiii sub 1 an este interzisă din cauza riscului crescut de botulism infantil
B. Complicațiile sunt șoc anafilactic și deces
C. Tratamentul include administrarea de imunoglobulină botulinică intravenos
D. Se prezintă cu vărsături, diaree, alimentație deficitară, hipertonie, tetanie, reflex de deglutiție abolit
E. Conduita terapeutică presupune protejarea căilor aeriene, suport respirator dacă este necesar

50. În varus equin este prezentă:
A. Inversia piciorului
B. Flexia plantară a gleznei
C. Abducția piciorului anterior
D. Adducția piciorului anterior

E. Flexia dorsală a gleznei

51. Principalele repere de dezvoltare în timpul copilăriei sunt:
A. Râde la 2 ani
B. Merge bine la 9 luni
C. Gândire magică la 3 ani
D. Capabil să distingă fantasticul de realitate la 6 ani
E. Ridică capul la 90 de grade la 2 luni

52. Care din următoarele fraze sunt adevărate referitor la trisomii:
A. Aproape toate trisomiile rezultă din non-disjuncţie în timpul meiozei celulelor germinale materne
B. Riscul de a naște copii cu trisomie crește exponențial la femei după vârsta de 30 de ani
C. Sindromul Down este cea mai frecventă cauză de dizabilitate congenitală intelectuală la sexul masculin
D. Cariotiparea poate detecta cromozomi suplimentari, iar screeningul genetic poate detecta translocaţii
E. Screeningul cvadruplu prenatal poate ajuta la detectarea feților potențial afectați

53. Rujeola:
A. Incidența cea mai mare este la grupa de vârstă 6 luni-3 ani
B. Se manifestă prin: febră, tuse, coriză, conjunctivită, rash eritematos
C. Se manifestă prin: rash eritematos care începe pe scalp, piept și extremităţi
D. Petele Koplik reprezintă leziuni albe spre alb-albăstrui în ciorchine pe mucoasa jugală, de obicei în dreptul celui de-al doilea molar
E. Tratamentul se face cu antivirale

54. Infecţia de tract urinar:
A. Ar trebui luată în considerare întotdeauna la copiii mai mici de 2 ani cu febră şi la orice alt copil cu simptome urinare
B. Proteus Mirabiliseste cel mai comun microorganism care produce infecție urinară
C. Investigațiile de laborator necesare pentru stabilirea diagnosticului sunt: sumar de urină şi urocultură
D. Ca tratament utilizat: aminoglicozidele sunt de primă intenție
E. Posibilele complicații sunt: pielonefrită, cicatrici renale, urosepsis

55. Următoarele afirmații despre tulburările din spectrul autist sunt false:
A. Afectare persistentă, severă a comunicării sociale și interacţiunii interpersonale, precum şi patternuri conservatoare, restricționate ale comportamentului şi preocupărilor

B. Este caracterizată de interacţiuni sociale neadecvate: utilizare deficitară a comportamentelor nonverbale,eşec în a dezvolta relaţii cu ceilalţi, eşec în a căuta interacţiune socială, lipsa reciprocităţii sociale

C. Compartament restrictiv: rutină flexibilă, fără preocupări pentru un pattern restrictiv de interes, lipsa jocului imaginativ sau imitativ pentru vârstă

D. Tratamentul este exclusiv medicamentos prin antidepresive triciclice

E. Psihoterapia comportamentală, de limbaj şi socială cu cei din anturaj şi cu familia poate ajuta la îmbunătăţirea interacţiunii sociale

RĂSPUNSURI CAP. XX - PEDIATRIE

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

CAP. XXI - EPIDEMIOLOGIE

1. *Tipul de studiu care combină rezultatele mai multor cercetări ce examinează o boală sau o expunere, se numește:
A. Studiu transversal
B. Studiu de cohortă
C. Studiu caz-control
D. Meta-analiză
E. Trial clinic

2. *Factorii de confuzie sunt variabile ce:
A. Afectează atât grupurile experimentale, cât și cele de control
B. Se asociază doar cu expunerea
C. Se asociază doar cu rezultatul ei (boala)
D. Se distribuie în mod egal între cei care au boala și cei care nu o au
E. Se introduc prin erori de publicare

3. *Numărul persoanelor decedate cu o anumită patologie (într-un anumit interval de timp), raportat la numărul total de pacienți diagnosticați cu patologia respectivă, reprezintă:
A. Incidența
B. Prevalența
C. Rata de fatalitate
D. Riscul bolii
E. Riscul relativ

4. *OR (Odds ratio) se determină, în special, prin:
A. Studii transversale
B. Studii caz-control
C. Studii de cohortă retrospective
D. Studii de cohortă prospective
E. Trialuri clinice randomizate

5. Grupuri de subiecți martori se utilizează în:
A. Studiile transversale
B. Studiile de cohortă
C. Studiile caz-control
D. Trialurile clinice randomizate
E. Seriile de cazuri

6. Studiile caz-control:
   A. Au un design retrospectiv
   B. Permit analiza bolilor rare sau a celor cronice, într-o perioadă scurtă de timp
   C. Sunt grevate de mai multe erori de selecție
   D. Sunt dificil de realizat, fiind consumatoare de timp și de resurse financiare
   E. Sunt folosite pentru estimarea prevalenței bolii

7. Trialul clinic randomizat:
   A. Reprezintă standardul de aur în rândul studiilor utilizate în cercetarea medicală
   B. Examinează o cohortă de subiecți expuși la un factor de risc
   C. Este utilizat pentru cercetarea eficienței unui produs terapeutic experimental
   D. Compară subiecții ce primesc tratamentul aflat în cercetare, cu subiecții la care se administrează placebo sau tratamentul deja existent
   E. Are ca dezavantaj principal - controlul slab al factorilor de confuzie

8. Rezultatele unui studiu epidemiologic nu pot fi extrapolate populației generale în cazul existenței:
   A. Unor erori observaționale
   B. Unor erori de selecție
   C. Unor erori de memorie
   D. Unor erori de investigație
   E. Unei repartiții nerandomizate a subiecților în grupurile de studiu

9. Un studiu dublu-orb evită:
   A. Erorile de investigație
   B. Erorile de memorie
   C. Erorile de publicare
   D. Erorile observaționale
   E. Erorile de selecție

10. Numărul total de persoane cu o anumită boală, dintr-un anumit areal și o anumită perioadă de timp, reprezintă:
    A. Un indicator de mortalitate
    B. Incidența bolii respective
    C. Prevalența bolii respective
    D. Rata de fatalitate
    E. O rată de morbiditate

11. Există o asociere între o expunere și o boală dacă:
    A. $p<0,05$

B. p >0,05
C. RR >1
D. RR=1
E. RR ≥1

12. Probabilitatea ca un test screening să fie pozitiv la pacienții care au boala reprezintă:
    A. Sensibilitatea
    B. Specificitatea
    C. Valoarea predictivă pozitivă
    D. Valoarea predictivă negativă
    E. Un estimator utilizat în analiza testelor de diagnostic

13. Probabilitatea ca un test screening să fie negativ la pacienții care nu au boala reprezintă:
    A. Sensibilitatea
    B. Specificitatea
    C. Valoarea predictivă pozitivă
    D. Valoarea predictivă negativă
    E. Un estimator utilizat în analiza testelor de diagnostic

14. Un test screening ideal are:
    A. Sensibilitate ridicată
    B. Specificitate ridicată
    C. Acurateţe înaltă
    D. Rezultate fals-negative frecvente
    E. Rezultate fals-pozitive frecvente

RĂSPUNSURI CAP. XXI - EPIDEMIOLOGIE

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

BIBLIOGRAFIE

1. Adam Feather, David Randall, Mona Waterhouse: *Kumar şi Clark Medicină Clinică.*Leonard Azamfirei, Anca Dana Buzoianu, Dan Ionuț Gheonea – coordonatorii ediției în limba română, Ediția a 10-a, Editura Hipocrate, București, 2021.
2. Peter F. Lawrence - *Chirurgie generală și specialități chirurgicale*. Octavian Crețu, Viorel Jinga, Viorel Scripcariu – coordonatorii ediției în limba română, Ediția a 6-a, Editura Hipocrate, București, 2021.
3. Latha Ganti, David Lebowitz, Javier Rosario, Ariel Vera: *Sinopsis de medicină*. Cristina Oana Mărginean, Cătălina Poiană - coordonatorii ediției în limba română, Ediția a 5-a, Editura Hipocrate, București, 2021.