

TESTE EXAMEN LICENȚĂ 2020

SPECIALIZAREA MEDICINĂ

TEMA 1 Bronhopneumopatia obstructivă cronică și pneumoniile

1. Tratamentul BPOC severe cuprinde:
 - a. Oprirea fumatului
 - b. Vaccinarea antipertussis ca metodă de profilaxie a exacerbărilor infecțioase
 - c. Corticoizi sistemici (per os sau IV)
 - d. Contraindicația metodelor de recuperare respiratorie
 - e. Oxigenoterapie de lungă durată la domiciliu în condițiile hipoxemiei persistente
2. Criteriile de gravitate ale BPOC sunt:
 - a. PaO₂ sub 50 mmHg și PaCO₂ peste 70 mmHg recomanda trimitere în serviciu de reanimare
 - b. Fluxul expirator de vârf egal cu 300ml/min
 - c. Depresia paradoxală a abdomenului în expir
 - d. Dependența severă prin alcoolism cronic
 - e. ≥ 2 exacerbări/an, COPD Assessment Test (CAT) ≥ 10
3. Tratamentul exacerbării grave a BPOC:
 - a. Se efectuează în spital
 - b. Include montarea nocturnă a CPAP pentru prevenirea sindromului de apnee în somn
 - c. Include corticoterapie sistemică
 - d. Reabilitatea respiratorie este temporară contraindicată 3 luni după exacerbare
 - e. Poate asocia tratament chirurgical de urgență de reducere a volumelor pulmonare și a bulelor de emfizem)
4. Reabilitarea respiratorie în BPOC:
 - a. Nu se efectuează la pacienții cu exacerbări recente
 - b. Se adresează pacienților ce necesită ventilație mecanică noninvasivă
 - c. Scade riscul de exacerbare în BPOC
 - d. Se adresează pacienților cu depresie și tendință la marginalizare socială
 - e. Se opune fenomenului de “deconținare”
5. * Spirometria în BPOC:
 - a. Nu este obligatorie în condițiile unei anamneze corecte de tabagism cronic
 - b. VEMS este cel mai utilizat parametru de identificare a sindromului obstructiv
 - c. Pacienții cu BPOC au obstrucție fixă fără reversibilitate (sub 12% din valoarea teoretică, sub 200 ml) prebronhodilatator
 - d. În BPOC incipient VEMS este scăzut dar MEF 25 – 75 este încă normal
 - e. Nu se efectuează în deficitul genetic de alfa1 - antitripsină (emfizem panacinar)
6. * Pneumonia atipică comunitară:
 - a. Are caracteristic prezența unui frison franc și a unui sindrom de condensare pulmonară

- b. Poate prezenta radiologic aspectul de infiltrate de tip interstițial
- c. Poate fi determinată de germeni de aspirație, uneori anaerobi
- d. Poate fi determinată de *Pseudomonas aeruginosa*
- e. Poate fi determinată de *Staphylococcus aureus*

7. Indicele CURB 65

- a. Este un scor de severitate al pneumoniei și un factor de decizie pentru internarea în spital
- b. Cuprinde evaluarea C= cefalee
- c. Cuprinde evaluarea B= "blood pressure" (TA sistolică sub 90 mmHg sau TA diastolică sub sau egal cu 60 mmHg)
- d. Scorul 3-5 necesită internare în spital
- e. Parametrii urmăriți (dacă sunt patologici sunt notați cu 1 punct - scor total între 0 și 5)

8. Diagnosticul diferențial al pneumoniei comunitare include următoarele:

- a. Embolia pulmonară
- b. Tuberculoza pulmonară
- c. Chistul hidatic
- d. Anomaliile congenitale bronhopulmonare
- e. Pneumotoracele localizat

9. Factorii de risc pentru pneumonia comunitară sunt:

- a. Alcoolismul cronic
- b. Dentiția deficitară
- c. Parazitozele digestive ce produc anemie
- d. Enteropatiile cronice
- e. Bronșita cronică tabagică

10. Examenul radiologic în pneumonia comunitară:

- a. Colecția pleurală asociată unei pneumonii apare în sinusul costodiafragmatic homolateral
- b. Adenopatia hilară bilaterală este asociată întotdeauna la pneumoniile infecțioase comunitare
- c. Abcedarea unei pneumonii determină o opacitate cu nivel hidroaeric
- d. Radiografia pulmonară nu este totdeauna necesară, diagnosticul se stabilește relativ ușor prin examen clinic (foarte sugestiv)
- e. Computer - tomografia toracică se repetă la 7 și la 14 zile după începerea tratamentului antibiotic pentru evaluarea evoluției

11. Care dintre următoarele afirmații legate de factorii de risc din BPOC sunt adevărate:

- a. la naștere funcția respiratorie este condiționată de parametri genetici
- b. fumatul matern nu influențează CV a copiilor
- c. fumatul matern crește riscul de infecții respiratorii în cursul primilor ani de viață
- d. pneumoniile grave din perioada vieții de sugar pot induce sechele în dezvoltarea ulterioară a aparatului respirator
- e. indivizii cu parametri respiratori mai mici la naștere își încep degradarea în cursul vieții de la valori mai mici

12. * Care sunt dozele uzuale folosite în tratamentul antibiotic intravenos al pneumoniei comunitare cu amoxicilină+clavulanat:

- a. 3g la 6 ore
- b. 1,2g la 8 ore
- c. 750mg la 8 ore
- d. 1g la 6 ore
- e. 400 mg la 12 ore

TEMA 2 Astmul bronșic

13. * Astmul bronșic prezintă între criteriile clinice de diagnostic:

- a. Tuse mucopurulentă apărută la expunerea la alergenii mai ales la copii
- b. Wheezing – respirație suierătoare
- c. Istoric de fumat
- d. Alergie la diferite substanțe
- e. Polipoza nazală

14. * Probele funcționale respiratorii în astmul bronșic:

- a. Evidențiază o scădere a capacității vitale inspiratorii lente și a PEF
- b. Permit confirmarea astmul bronșic prin evidențierea raportului VEMS/CPT scăzut
- c. Permit confirmarea gradului de control al astmului bronșic prin măsurarea VEMS
- d. Reversibilitatea obstrucției = creșterea VEMS cu > 12% și minim 400 ml după 200 mg salbutamol
- e. Reversibilitatea obstrucției = creșterea VEMS cu > 12% și minim 200 ml după 400 micrograme salbutamol

15. Diagnosticul diferențial al astmului bronșic se efectuează cu următoarele afecțiuni:

- a. Obstrucția de căi aeriene mari prin corpi străini inhalați
- b. Cancerul bronșic
- c. Alveolita alergică extrinsecă
- d. Tuberculoza pulmonară
- e. Insuficiența cardiacă stângă

16. Astmul persistent sever se caracterizează prin:

- a. Creșterea simptomelor, devin continue
- b. Creșterea consumului de medicație betaagonistă inhalatorie
- c. Apariția insuficienței cardiace
- d. Apariția insuficienței respiratorii hipercapnice
- e. Apariția complicațiilor – respirație paradoxală, pneumotorace

17. Semnele de severitate în astmul bronșic sunt:

- a. PaCO₂ între 35 și 45 mmHg
- b. FR sub 25 respirații/min
- c. VEMS scăzut și PEF scăzut sub 60% din prezis
- d. Consum de beta2 agoniști de mai multe ori /zi
- e. Exacerbari frecvente

18. Investigațiile obligatorii în astmul bronșic comun sunt:

- a. Spirometria și evaluarea hiperreactivității bronșice

- b. Gazometria
- c. Examenul clinic general
- d. Oxigenoterapia
- e. Evaluarea somnografică

19. Astmul bronșic bine controlat:

- a. Prezintă simptome diurne rar, 2 - max. 4 ocazii/săptămână
- b. Prezintă limitarea activității diurne
- c. Nu prezintă simptome nocturne
- d. Funcția pulmonară este normală dar VEMS/CVF rămâne scăzut sub 70% ca dovadă a prezenței sindromului obstructiv
- e. Consum de beta 2 agoniști sub 2 ocazii /săptămână

20. Inflamația din astmul bronșic:

- a. Reacție alergică imediată (precoce) mediată prin IgA
- b. Reacție de hipersensibilitate de tip IV mediată celular prin limfocite LTCD4 și macrofage
- c. Reacție alergică mediată prin complexe imune circulante ce se depun peribronșiolar/perivascular
- d. Reacție alergică de tip imediat mediată prin IgE
- e. Remodelarea căilor aeriene duce la hipertrofia glandelor mucoase, depunerea de collagen sub membrana bazală, creșterea musculaturii netede bronșiolare

21. Clasificarea fenotipică a astmului bronșic

- a. Astmul alergic răspunde bine la terapia cortizonică inhalatorie
- b. Astmul alergic are debut în copilărie și se asociază cu alte boli alergice cu aglomerare familială
- c. Astmul cu limitare fixă a fluxului de aer nu se încadrează în definiția astmului fiind o altă afecțiune (de exemplu BPOC, bronșiectazii, etc.)
- d. Astmul cu debut tardiv este mai frecvent la bărbați, răspunde bine la tratamentul cu doze mici de corticoid inhalator
- e. Wheezing-ul la copilul mic se datorează unor infecții respiratorii și nu va fi încadrat în diagnosticul de astm decât după vârsta de 5 ani

22. Astmul bronșic – tratament

- a. Medicația "de control" începe din treapta 2 pentru majoritatea pacienților
- b. Medicația de elecție cuprinde corticoizii inhalatori, beta agoniștii cu durată lungă de acțiune
- c. Inhibitorii de leukotriene și agenții stabilizatori ai mastocitelor nu fac parte din medicația de control a astmului bronșic
- d. Omalizumabul este recomandat ca medicație de control în treapta 5 pentru efectul antiinflamator anti Ig E cu reducerea numărului de exacerbări
- e. Antileukotrienele au un efect preferențial, foarte bun antialergeni)

TEMA 3 Cancerele bronhopulmonare

23. * Examenul CT în diagnosticul cancerului bronhopulmonar:

- a. Examenul CT nu este absolut necesar în diagnosticul cancerului bronhopulmonar dacă se efectuează bronhoscopie și examenul histopatologic confirmă boala

- b. Examenul CT nu este necesar în cancerul cu celule mici care este foarte avansat (de regulă metastatic la diagnostic) și necesită doar tratament paliativ
- c. În cazul nodulilor pulmonari solizi și semisolizi CT se repetă la 6-8 luni precedat de tratament antibiotic
- d. Se va efectua CT cranian sau RMN la pacienții eligibili pentru tratament curativ și la toți pacienții pentru o corectă stadializare TNM
- e. Nodulii fără activitate metabolică la PET – CT se supraveghează la CT anual timp de 2-3 ani

24. Tratamentul cancerului bronhopulmonar

- a. Abandonarea fumatului este cea mai eficientă metodă de profilaxie împotriva cancerului bronhopulmonar
- b. Rezecțiile chirurgicale incomplete nu ameliorează supraviețuirea cu excepția cazurilor când sunt efectuate ca urmare a unor complicații
- c. Vârsta avansată peste 75 ani contraindică chirurgia cu intenție de radicalitate
- d. Ca măsură prechirurgicală se va evalua funcția pulmonară (spirometrie, DLCO și consumul maxim de oxigen)
- e. Intervenția chirurgicală se poate desfășura doar la o valoare a VO₂ după ergospirometrie sub 10 ml/kg/min

25. Chirurgia cancerului bronhopulmonar:

- a. Extensia anatomică poate impune tipul de intervenție în cancerul bronhopulmonar
- b. Chirurgia metastazelor se va efectua în cazuri de metastaze unice sau pentru diagnosticul inițial
- c. Stadiu IIIB este un stadiu acceptabil pentru chirurgie dacă nu există afectare ganglionară N2
- d. Lobectomia prin VATS (video-assisted thoracoscopic surgery) dă rezultate oncologice identice dar cu o morbi – mortalitate ameliorată față de toracotomie
- e. Chirurgia este prima linie în cancerelor microcelulare, aceste tumori fiind radio și chimiorezistente

26. * Cancerelor nonmicrocelulare stadiile I – II:

- a. Radioterapia este metoda de elecție
- b. Chimioterapia este metoda de elecție
- c. Chirurgia este tratamentul standard
- d. Pneumectomia este intervenția de referință cu șansă de vindecare
- e. Chimioterapia neoadjuvantă (cu dublete de platină) va fi luată în considerare încă din stadiul I A pentru creșterea șanselor terapeutice

27. Radioterapia în cancerul bronhopulmonar:

- a. Poate determina neuropatie secundară prin iradierea plexului brahial
- b. Fibroza pulmonară apare după 2 ani de la tratament și este reversibilă sub corticoterapie
- c. Toxicitatea acută se manifestă prin greață, vărsături, esofagită și disfagie
- d. Poate fi indicată ca singura obținere atunci când există chimiosensibilitate
- e. Este utilă în controlul durerilor secundare metastazelor osoase sau a metastazelor la distanță (radioterapie paliativă)

28. Diagnosticul clinic al cancerului bronhopulmonar:

- a. Majoritatea pacienților se prezintă în stadii local – avansate sau metastatice când rata de vindecare este limitată

- b. Durata din momentul primei consultații până la instaurarea tratamentului trebuie să fie cel mult 1 lună
- c. Durata de la prima consultație până la instaurarea tratamentului trebuie să fie cel mult 2 luni
- d. Infecția respiratorie repetată în același teritoriu recomandă bronhoscopia
- e. Sindromul cav superior cu edem și cianoză în pelerină este o extensie locală a leziunilor situate în partea dreaptă

29. Bronhoscopia:

- a. Nu este obligatorie în diagnosticul cancerului bronhopulmonar – ea poate fi înlocuită cu determinarea markerilor tumorali pentru examinare imunohistochimică de precizie
- b. Permite efectuarea unei biopsii bronșice sau transbronșice (ghidate echo – endoscopic)
- c. Se efectuează numai în suspiciunea de tumori centrale
- d. Se efectuează sistematic chiar în leziunile periferice
- e. Permite (prin biopsii endobronșice sistematice) precizarea prezenței sau absenței unor leziuni microscopice în interiorul limitei de rezecție previzibilă. Permite stadializarea endobronșică

30. Stadializarea cancerului bronhopulmonar

- a. Revărsatul pleural malign stadializează boala în st. III B cu T4
- b. Revărsatul pleural malign stadializează boala în st. IV cu M1a
- c. Stadializarea corectă va respecta criteriile T (extensia tumorii primitive), N (extensia ganglionară) și M (extensia la distanță)
- d. Efortul de confirmare histopatologică nu se justifică în prezența metastazelor
- e. Pericardita cu revărsat malign stadializează boala în st. III B cu T4

31. Factorii de risc pentru cancerul bronhopulmonar

- a. Fumatul activ
- b. Expunerea la fum diesel
- c. Unii factori genetici (mutații, deleții ale genelor somatice) ce trebuie căutați (testarea markerilor moleculari) mai ales în cazul adenocarcinomului (anomalii genetice ce pot beneficia de tratamente specifice)
- d. Fumatul pasiv fără fumat activ nu conferă risc deosebit pentru cancerul bronhopulmonar
- e. Expunerea la radon

32. PET – CT (tomografia cu emisie de pozitroni)

- a. Permite evaluarea precisă a extensiei tumorii primare, ganglionare și metastatice (stadializare TNM)
- b. Leziunile tumorale trebuie să aibă peste 1,5 cm pentru a fi decelate prin PET – CT
- c. Asigură delimitarea precisă a câmpului de iradiere
- d. Este obligatorie pentru stadializarea corectă la pacienții eligibili pentru tratament cu intenții curative
- e. Nu este necesară la pacienții inoperabili cu metastaze la distanță

TEMA 4 Tuberculoza

33. * Tuberculoza pulmonară comună necesită următoarele investigații:

- a. Teste de autoimunitate serologice la pacienții HIV pozitivi
- b. Examenul bacteriologic în colorația Ziehl Neelsen din spută

- c. Rezonanța magnetică nucleară pentru evidențierea diseminărilor sistemice
- d. Tomografia cu emisie de pozitroni pentru caracterizarea în detaliu a leziunilor pulmonare și mediastinale
- e. Testul intradermic Kveim pentru diferențierea cu sarcoidoza

34. Diseminarea limfohematogenă în tuberculoză prezintă următoarele caracteristici:

- a. Va fi diferențiată de septicemia cu germeni nespecfici
- b. Poate determina poliserozită în 75% din cazuri
- c. Poate determina meningită în aproximativ 40% din cazuri
- d. Evoluează cu hepato-splenomegalie
- e. Granuloamele tuberculoase conțin în interior necroză fibrinoidă și 1-2 celule stem

35. Tuberculoza pulmonară comună prezintă clinic simptome sugestive:

- a. Transpirații nocturne
- b. Poliartralgii
- c. Subfebrilități
- d. Tuse seacă o perioadă lungă de timp
- e. Icter

36. Metodele de diagnostic pozitiv în tuberculoză sunt:

- a. Procedeele imagistice – radiografie, CT, ecografie
- b. BCG
- c. Bronhoscopia și lavajul bronhoalveolar
- d. Examenul histopatologic din biopsiile recoltate colonoscopic
- e. Biopsia bronșică/pleurală

37. Testul Quantiferon TB GOLD

- a. Reprezintă testul de evaluare al tratamentului cu Interferon Imun
- b. Este un test modern serologic de tip IGRA - Interferon Gamma Releasing Assay
- c. Este un test ce se efectuează din spută, urină, sânge sau fragmente tisulare la pacienții cu tuberculoză
- d. Testul nu dă rezultate pozitive la pacienții recent vaccinați BCG sau după infecțiile cu micobacterii atipice
- e. Examenul bacteriologic și radiografia pulmonară sunt absolut necesare pentru diferențierea între o infecție tuberculoasă latentă și boala activă chiar în prezența unui test pozitiv

38. Tratamentul tuberculozei:

- a. Va fi strict supravegheat, sub directă observare
- b. Va fi efectuat sub monitorizarea funcției hepatice - bilanț hepatic (transaminaze)
- c. Tratamentul va fi regulat pe toată perioada 6 – 12 luni fără omisiuni de prize
- d. Pe parcursul tratamentului radiografia toracică se va efectua lunar
- e. Tratamentul antibiotic este contraindicat la gravide în primul trimestru de sarcină

39. Tratamentul tuberculozei:

- a. În caz de creștere a transaminazelor > 5x valorile normale se va opri isoniazida, rifampicina și pirazinamida

- b. Micobacteriozele atipice se tratează individualizat pe baza antibiogramei 6 – 12 luni după negativarea în cultură
- c. În ciroza hepatică asociată se contraindică tratamentul antituberculos cu antibiotice
- d. Declararea cazului nu este obligatorie (se va asigura păstrarea confidențialității)
- e. În meningita tuberculoasă se asociază la tratamentul antituberculos, corticoterapie 0,5 mg/kg/corp în primele 2 luni

40. Pneumotoracele secundar din tuberculoză:

- a. Apare mai frecvent la vârstnicii cu emfizem
- b. Poate beneficia de tratament conservativ cu antibiotice, antitusive, repaus dacă este un pneumotorace mic, închis, parțial
- c. Rezultă prin ruptura în spațiul pleural al unui “blebs” (zonă slabă în pleura parietală)
- d. Asociază frecvent empiem pleural
- e. Necesită de regulă pleurotomie minimă cu drenaj aspirativ continuu sau rezecții pulmonare în leziunile extinse

41. Biopsia pleurală în suspiciunea de pleurezie tuberculoasă:

- a. Nu este necesară deoarece lichidul este bogat în bacili și tuberculoza este confirmată din lichid
- b. Se poate efectua prin puncție biopsie transcutanată ghidată ecografic sau toracoscopie
- c. Poate evidenția prezența bacililor acido - alcoolorezistenți în fragmentele tisulare
- d. Este contraindicată deoarece poate determina diseminarea hematogenă a bacililor
- e. Poate evidenția prezența granuloamelor epitelioides cu necroză caseoasă centrală

42. * Lichidul pleural în etiologia tuberculoasă are următoarele caracteristici:

- a. Este frecvent un transudat clar serofibrinos
- b. Lichidul pleural are citologie bogată în limfocite/plasmocite (sugestiv peste 50%)
- c. Glicopleuria este de regulă peste 110 mg%
- d. Proteinopleuria scăzută cu adenzin – deaminaza scăzută este patognomonică pentru etiologia tuberculoasă
- e. Lichidul pleural poate fi purulent

43. Care dintre următoarele medicamente antiTB sunt bactericide?

- a. Isoniazida
- b. Rifampicina
- c. Etambutol
- d. Streptomycină
- e. Pirazinamidă

44. Care sunt elementele clinice care pot fi întâlnite în TB peritoneală?

- a. Constipația
- b. Diareea
- c. Abdomenul dureros
- d. Ascita
- e. Polakiuria

TEMA 5 Boala coronariană cronică stabilă

45. Printre caracteristicile tipice ale crizei anginoase se numără:
- Localizarea retrosternală
 - Debut crescendo, la efort sau la frig, și remiterea progresivă la întreruperea efortului
 - Iradiere la baza gâtului, în mandibulă, pe marginea ulnară a brațului stâng, în ambele brațe, în umeri, dorsal sau în brățară
 - Senzație de constricție toracică anterioară
 - Durată de 2-3 secunde
46. * Angina pectorală clasa Canadiană II reprezintă:
- Angină care apare doar la efort intens și prelungit
 - Limitare ușoară a activității fizice obișnuite
 - Limitare marcată a activității fizice obișnuite
 - Incapacitate de exercitare a oricărui efort uzual fără discomfort toracic
 - Angină care apare în decursul mesei
47. Pot genera angină pectorală în absența unor leziuni semnificative coronariene:
- hipertiroidia
 - pleurita
 - valvulopatiile aortice severe
 - pericardita
 - cardiomiopatia hipertrofică obstructivă
48. Care din următoarele afirmații referitoare la EKG de repaus sunt adevărate în cazul unui pacient cu criză anginoasă
- EKG poate fi normal în afara crizei anginoase
 - Prezența BRS și a blocurilor bifasciculare sau trifasciculare sugerează un prognostic sever
 - Prezența blocului AV gradul III sugerează un prognostic bun
 - Prezența aritmiilor ventriculare sugerează un prognostic sever
 - Prezența undelor Q patologice sugerează iminența de infarct
49. Prin care din următoarele metodologii se poate efectua testarea de stress la un pacient cu suspiciune de boală coronariană:
- Testul EKG de efort
 - Computer tomografia asociată cu testare de efort
 - Testul scintigrafic de efort
 - Ecocardiografia de stress farmacologic
 - Ecocardiografia de stress de efort fizic
50. Printre indicatorii de risc înalt în angina pectorală se numără:
- Disfuncția ventriculară severă, cu fracție de ejeție sub 35%
 - Disfuncția ventriculară cu fracție de ejeție sub 50%
 - Tulburări de cinetică pe mai mult de 2 segmente la ecocardiografia de stress, la doze mici de dobutamină
 - Un scor de calciu scăzut la computer tomografie
 - Un procent de miocard viabil de peste 50% la rezonanță magnetică nucleară

51. Controlul factorilor de risc în cadrul tratamentului anginei pectorale include:
- Renunțarea la fumat
 - Tratamentul și controlul hipertensiunii arteriale
 - Tratamentul hipotensiunii arteriale
 - Tratamentul și controlul dislipidemiei
 - Antrenamentul fizic
52. * Care din următoarele afirmații sunt adevărate referitor la tratamentul medicamentos al anginei pectorale:
- Tratamentul cu betablocante trebuie administrat doar în caz de intoleranță la calciublocante
 - Tratamentul cu betablocante trebuie administrat în prima linie pentru ameliorarea simptomelor
 - Tratamentul cu nitroglicerină sublingual trebuie administrat la toți pacienții, indiferent de prezența crizelor anginoase
 - Tratamentul cu diuretice reprezintă indicație de primă linie
 - Calciublocantele non-dihidropiridinice (verapamil sau diltiazem) se administrează în asociere cu un betablocant
53. Terapia de revascularizare în angina pectorală:
- Vizează leziunile vasculare critice, realizând un grad de stenoză de peste 70% la nivelul arterelor coronare, respectiv peste 50% în cazul leziunilor trunchiului coronarei stângi
 - Este recomandată la pacienții care continuă să prezinte angină sub tratament farmacologic maximal
 - Este recomandată în cazul stenozelor de 50% la nivelul arterei coronare drepte
 - Este contraindicată la pacienții care prezintă risc înalt la stratificarea riscului
 - Este recomandată la pacienții care prezintă risc înalt la stratificarea riscului
54. Tratamentul de prevenție a riscului de infarct și deces în angina pectorală include:
- Aspirină în doză de 75-160 mg/zi
 - Clopidogrel 300 mg/zi
 - Statine
 - Diuretice
 - Betablocante și inhibitori de enzimă de conversie
55. Printre afecțiunile cardiovasculare care intră în diagnosticul diferențial al anginei pectorale stabile se numără:
- Pericardita și miopericardita acută
 - Sindroamele coronariene acute
 - Sindroamele de preexcitație
 - Bolile arteriale obstructive periferice
 - Disecția de aortă toracică
56. Forme de manifestare ale bolii coronariene cronice care nu asociază durerea toracică sunt reprezentate de:
- Moartea subită de cauză ischemică
 - Aritmii cardiace non-ischemice

- c. Insuficiența mitrală ischemică
- d. Ischemia miocardică silențioasă
- e. Insuficiența cardiacă ischemică

57. Tipul III C3 Braunwald de angină instabilă cuprinde:

- a. Angina postinfarct (sub 2 săptămâni)
- b. Angina instabilă primară
- c. Angina pectorală în repaus și acută
- d. Lipsa tratamentului
- e. Angina instabilă secundară în anemie

TEMA 6 Sindroamele coronariene acute cu și fără supradenivelare de segment ST

58. Noțiunea de miocard hibernat se referă la:

- a. Zone cu disfuncție contractilă care persistă în ciuda reperfuziei
- b. Zone cu disfuncție contractilă care se mențin viabile
- c. Zone de disfuncția contractilă reversibilă după restabilirea fluxului coronarian
- d. Zone de necroză miocardică
- e. Zone de perforare miocardică

59. Care din următoarele afirmații sunt adevărate referitor la clasele Killip în infarctul miocardic acut:

- a. Clasa Killip II implică prezența unei congestii pulmonare cu raluri de stază în sub 50% din câmpurile pulmonare
- b. Clasa Killip II implică prezența unei congestii pulmonare cu raluri de stază în peste 50% din câmpurile pulmonare
- c. Clasa Killip III implică prezența edemului pulmonar acut
- d. Clasa Killip III implică prezența șocului cardiogen
- e. Clasa Killip IV implică prezența șocului cardiogen

60. * Clasa hemodinamică Forrester III în infarctul miocardic acut se caracterizează prin

- a. Index cardiac peste 2.2 l/min/m² și presiune în capilarul pulmonar sub 18 mm Hg
- b. Index cardiac sub 2.2 l/min/m² și presiune în capilarul pulmonar sub 18 mm Hg
- c. Index cardiac sub 2.2 l/min/m² și presiune în capilarul pulmonar peste 18 mm Hg
- d. Index cardiac peste 2.2 l/min/m² și presiune în capilarul pulmonar peste 18 mm Hg
- e. Prezența edemului pulmonar acut

61. Care din următoarele modificări EKG pot reprezenta modalități de prezentare a STEMI?:

- a. Supradenivelarea de segment ST nou apărută, prezentă în două derivații contigue, peste 0.1 mV
- b. Subdenivelarea de segment ST nou apărută, prezentă în două derivații contigue
- c. Prezența de unde Q patologice
- d. Prezența undelor T negative
- e. Blocul de ramură stângă nou apărut

62. Care din următorii parametrii de laborator reprezintă markeri de necroză miocardică?

- a. Troponina I
- b. Troponina T

- c. Proteina C reactivă
- d. Protein C reactivă înalt sensibilă
- e. Izoenzima MB a creatinkinazei

63. * Tratamentul de elecție la pacienții cu STEMI care se prezintă în primele 12 ore de la debut constă în:
- a. Restabilirea fluxului coronarian de preferat prin tromboliză sistemică, iar dacă aceasta nu este disponibilă, prin angioplastie coronariană
 - b. Restabilirea fluxului coronarian de preferat prin angioplastie coronariană, iar dacă aceasta nu este disponibilă, prin tromboliză sistemică
 - c. Restabilirea fluxului coronarian prin tromboliză intracoronariană
 - d. Bypass aortocoronarian de urgență
 - e. Restabilirea fluxului coronarian prin angioplastie coronariană urmată de tromboliză pentru consolidarea rezultatului
64. Care din următoarele afirmații sunt adevărate referitor la tratamentul fibrinolic în infarctul acut STEMI
- a. Este indicat în toate situațiile în care se estimează că angioplastia primară nu se poate efectua în primele 2 ore de la prezentare
 - b. Este indicat a fi administrat foarte precoce (chiar din faza prespital, în ambulanță)
 - c. Se inițiază de regulă după implantarea stentului coronarian
 - d. Cele mai importante complicații ale trombolizei sunt reprezentate de hemoragiile intracraniene și extracranie majore potențial letale
 - e. Decizia de tromboliză sau angioplastie se stabilește pe baza aspectului angiografic al leziunii coronariene
65. Contraindicațiile absolute ale tratamentului fibrinolic sunt:
- a. AVC documentat ca ischemic în ultimele 6 luni
 - b. endocardita infecțioasă
 - c. disecția de aortă
 - d. afecțiunile hepatice severe
 - e. ulcerul peptic activ
66. Care din următoarele clase medicamentoase sunt recomandate în tratamentul infarctului miocardic acut STEMI:
- a. Antiagregante
 - b. Betablocante
 - c. ACE inhibitori
 - d. Digitale
 - e. Statine
67. Care din următoarele afirmații sunt adevărate referitor la revascularizarea coronariană în infarctul miocardic acut fără supradenivelare de segment ST
- a. Coronarografia de mare urgență, sub 2 ore, este indicată la pacienții cu angină refractară, insuficiență ventriculară stângă acută, instabilitate hemodinamică sau aritmii ventriculare maligne
 - b. Coronarografia de mare urgență, sub 2 ore, este indicată la toți pacienții
 - c. Coronarografia precoce, sub 24 de ore, este indicată la toți pacienții cu risc înalt
 - d. Coronarografia precoce, sub 24 de ore, este indicată la pacienții cu aritmii ventriculare maligne

- e. Coronarografia sub 72 de ore este indicată la toți pacienții cu angină recurentă, modificări dinamice de segment ST-T sau de troponine
68. Printre complicațiile infarctului miocardic acut STEMI se numără:
- a. Insuficiența cardiacă
 - b. Aritmiile ventriculare
 - c. Ruptura miocardică
 - d. Miocardita acută
 - e. Tulburările de conducere
69. Ocluzia coronariană apărută secundar emboliei coronariene poate fi asociată în contextul:
- a. endocarditei infecțioase
 - b. prezenței trombilor sau tumorilor în cordul drept
 - c. prezenței trombilor sau tumorilor în cordul stâng
 - d. emboliei paradoxale în cazul existenței unei tromboze venoase profunde
 - e. emboliei în cazul existenței unei tromboze venoase profunde
70. Indicatorii fibrinolizei eșuate sunt:
- a. persistența anginei
 - b. rezoluția segmentului ST
 - c. persistența instabilității hemodinamice
 - d. aritmii tipice de reperfuzie
 - e. persistența instabilității electrice
71. În sindromul coronarian acut fără supradenivelare de segment ST riscul crescut implică următoarele caracteristici:
- a. angina pectorală nocturnă
 - b. prezența de aritmii ventriculare maligne
 - c. vârsta sub 70 de ani
 - d. funcția sistolică deprimată cu FE<40%
 - e. prezența de hipotensiune
72. *Bivalirudina este:
- A). Un antiagregant
 - B). Un inhibitor indirect al coagulării
 - C). O heparină nefracționată
 - D). Un inhibitor direct al coagulării
 - E). O heparină cu greutate moleculară mică

TEMA 7 Hipertensiunea arterială

73. Hipertensiunea arterială malignă se definește prin
- a. Valori tensionale foarte mult crescute și refractare la tratament
 - b. Retinopatie hipertensivă stadiul II
 - c. Manifestări severe la nivelul organelor țintă afectate
 - d. Valori tensionale crescute în contextul consultației medicale
 - e. Prezența hipertensiunii arteriale mascate

74. Hipertensiunea arterială de cauză renoparenchimatoasă se întâlnește în:
- Glomerulonefrita acută și cronică
 - Pielonefrită
 - Uropatia obstructivă
 - Infecții urinare joase
 - Nefropatia diabetică
75. * Examenul EKG în hipertensiunea arterială relevă în mod caracteristic:
- Prezența hipertrofiei ventriculare drepte
 - Prezența hipertrofiei ventriculare stângi
 - Prezența blocurilor atrioventriculare
 - Prezența aritmiilor extrasistolice ventriculare
 - Prezența tulburărilor de preexcitație
76. * Hipertensiunea arterială gradul II se caracterizează prin:
- Valoarea TA sistolice între 160 și 179 mm Hg și valoarea TA diastolice între 100 și 109 mm Hg
 - Valoarea TA sistolice între 120 și 129 mm Hg și valoarea TA diastolice între 80 și 84 mm Hg
 - Valoarea TA sistolice peste 180 mm Hg și valoarea TA diastolice peste 110 mm Hg
 - Valoarea TA sistolice peste 140 mm Hg și valoarea TA diastolice sub 90 mm Hg
 - Valoarea TA sistolice între 160 și 179 mm Hg și valoarea TA diastolice sub 80 mm Hg
77. Printre măsurile terapeutice nonfarmacologice în hipertensiunea arterială se numără:
- Abandonarea fumatului
 - Reducerea greutății
 - Reducerea aportului de sodiu
 - Creșterea consumului de alcool
 - Activitatea fizică regulată
78. Care din următoarele afirmații referitoare la hipertensiunea renovasculară sunt adevărate:
- În caz de displazie fibromusculară, tratamentul de elecție constă în angioplastie percutanată cu balon
 - În caz de displazie fibromusculară, tratamentul de elecție constă în stentare directă
 - Hipertensiunea renovasculară poate fi cauzată de o stenoză aterosclerotică a arterei renale sau de o displazie fibromusculară
 - Tratamentul de elecție constă în denervarea renală pe cale intervențională
 - Tratamentul de elecție constă în by-pass chirurgical
79. Printre complicațiile hipertensiunii arteriale se numără:
- Afectarea cardiacă
 - Afectarea cerebrală
 - Afectarea organelor digestive
 - Afectarea renală
 - Afectarea circulației arteriale periferice
80. Printre clasele medicamentoase utilizate în tratamentul hipertensiunii arteriale se numără:
- Diureticele

- b. Betablocantele
- c. Anticoagulantele
- d. Antiagregantele plachetare
- e. Inhibitorii adrenergici

81. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei:

- a. Blochează transformarea angiotensinei I inactivă în angiotensină II activă
- b. Blochează receptorii de angiotensină II
- c. Au efect protectiv semnificativ prin reducerea riscului cardiovascular
- d. Blochează receptorii de aldosteron
- e. Acționează prin inhibiția directă a reninei

82. Care din următoarele afirmații referitoare la sindromul Conn sunt adevărate:

- a. Cauza HTA este excesul de hormoni mineralocorticoizi datorat unui adenom al glandei suprarenale
- b. Se asociază de obicei cu hipopotasemie
- c. Se asociază de obicei cu hiperpotasemie
- d. Cauza HTA este excesul de hormoni adrenergici
- e. HTA din sindromul Conn este datorată producerii de hormoni de către un adenom paratiroidian hipersecretant

83. Care din următoarele afirmații referitoare la hipertensiunea arterială asociată Sindromului Cushing dunt adevărate:

- a. patogeneza implică reducerea activității SNS
- b. HTA este determinată de producția în exces a cortisolului
- c. patogeneza implică retenția hidrosalină
- d. substratul poate fi localizat la nivelul glandei suprarenale (tumori)
- e. HTA apare ca urmare a inhibării răspunsului vasoconstrictor al mușchiului neted vascular

TEMA 8 Insuficiența cardiacă acută și cronică

84. Etiologiile posibile ale insuficienței cardiace prin scăderea umplerii cardiace include:

- a. stenoze valvulare
- b. scurtarea diastolei
- c. boli infiltrative miocardice cu restricție
- d. regurgități valvulare
- e. obstrucții intracardiace

85. Printre simptomele tipice insuficienței cardiace congestive se numără:

- a. Dispneea
- b. Durerile precordiale
- c. Oboseala
- d. Durerile la nivelul membrelor inferioare
- e. Cefalee

86. Semnele tipice ale insuficienței cardiace congestive includ:

- a. Raluri subcrepitante la bazele pulmonare

- b. Steluțe vasculare
- c. Turgescența jugulară
- d. Hepatomegalia de stază
- e. Diminuarea pulsului periferic

87. Printre clasele medicamentoase utilizate în tratamentul insuficienței cardiace congestive se numără:

- a. Diureticele
- b. Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei I
- c. Statinele
- d. Betablocantele
- e. Antiagregantele plachetare

88. * Simptomul principal în edemul pulmonar acut este reprezentat de:

- a. Durere precordială
- b. Dispnee
- c. Palpitații
- d. Dureri musculare
- e. Grețuri

89. Care din următoarele aspecte radiologice pot fi întâlnite în edemul pulmonar acut?

- a. Hiluri mari, imprecise conturate
- b. Voalarea câmpurilor pulmonare
- c. Modificări infiltrative perihilar în aripi de future
- d. Cord în carafă
- e. Redistribuirea fluxului în zonele inferioare

90. Medicația recomandată în tratamentul edemului pulmonar acut include

- a. Nitroglicerina perfuzabil
- b. Morfina
- c. Furosemidul
- d. Indapamidul
- e. Calciu blocante

91. În tratamentul șocului cardiogen se utilizează

- a. Dopamină
- b. Dobutamină
- c. Alfablocante
- d. ACE inhibitori
- e. Dispozitive de asistare mecanică

92. * Clasa NYHA II cuprinde:

- a. Pacienți cu angină la efort
- b. Pacienți cu ușoară limitare a activității fizice obișnuite datorită simptomelor
- c. Pacienți cu limitare severă a activității fizice, efortul fizic mai mic decât obișnuit determinând simptome
- d. Pacienți cu simptome în repaus
- e. Pacienți fără limitarea activității fizice

93. Printre etiologiile posibile ale insuficienței cardiace prin suprasolicitare de volum se numără:
- a. Regurgitățile valvulare
 - b. Stenozele valvulare
 - c. Șunturile intracardiace
 - d. Fistulele arteriovenoase
 - e. Hipertensiunea arterială
94. Mecanismele de compensare implicate în fiziopatologia insuficienței cardiace includ:
- a. Activarea neuroendocrină
 - b. Inhibarea sistemului renină-angiotensină-aldosteron
 - c. Reducerea retenției hidrosaline
 - d. Remodelarea cardiacă
 - e. Bradicardia reflexă
95. *Este adevărat pentru Levosimendan:
- a. antagonizează selectiv receptorii V2
 - b. stimulează receptorii beta-adrenergici
 - c. este un inhibitor de fosfodiesterază
 - d. este un calciu sensibilizant și vasodilatator
 - e. se administrează intracoronarian
96. Face parte din tabloul clinic al insuficienței cardiace cronice stângi:
- a. Hepatomegalia
 - b. Dispneea
 - c. Edemul periferic
 - d. Turgescența jugulară
 - e. Intoleranța la efort

TEMA 9 Cardiomiopatiile. Aritmiile și tulburările de conducere. Stopul cardiac

97. Care din următoarele elemente sunt criterii de diagnostic pentru cardiomiopatia dilatativă:
- a. Diametrul telediastolic al VS > 2,7 cm/m² suprafață corporală
 - b. Frația de ejeție a VS < 45%
 - c. Frația de ejeție a VS < 60%
 - d. Frația de scurtare < 25%
 - e. Diametrul telesistolic al VS > 2,7 cm/m² suprafață corporală
98. Printre complicațiile cardiomiopatiei dilatative se numără:
- a. Emboliile sistemice și/sau pulmonare
 - b. Sindroamele de preexcitație
 - c. Aritmiile cardiace
 - d. Moartea subită
 - e. Endocardita infecțioasă
99. * Transplantul cardiac la pacienții cu cardiomiopatie dilatativă este indicat

- a. La pacienții care rămân în clasa funcțională NYHA III și IV sub terapie medicamentoasă maximală
 - b. La toți pacienții cu fracție de ejeție sub 45%
 - c. La pacienții din clasa funcțională NYHA III și IV indiferent de răspunsul la tratament
 - d. La pacienții cu CMD confirmată prin biopsie endomiocardică
 - e. La toți pacienții simptomatici
100. Următoarele aspecte ecocardiografice se întâlnesc în cardiomiopia hipertrofică obstructivă:
- a. Hipertrofie asimetrică interesând mai ales septul interventricular
 - b. Cavitare mică a ventricolului stâng
 - c. Stenoză mitrală
 - d. Mișcare anterioară sistolică a valvei mitrale anterioare
 - e. Ventricol stâng dilatat
101. * Trăsătura dominantă a cardiomiopatiilor restrictive este reprezentată de
- a. Alterarea funcției sistolice
 - b. Alterarea funcției diastolice
 - c. Alterarea funcției ventridulare drepte
 - d. Creșterea debitului cardiac
 - e. Reîntoarcere venoasă anormală
102. Printre formele primare de cardiomiopatie restrictivă se numără
- a. Endocardita Loffler
 - b. Endocardita marantică
 - c. Fibroza endomiocardică
 - d. Cardiomiopatia dilatativă ischemică
 - e. Cardimiopatia hipertrofică nonobstructivă
103. Flutterul atrial se caracterizează prin:
- a. Activitate atrială cu frecvența între 250-450/min
 - b. Apariția undelor F pe EKG, cu aspect de dinți de fierăstrău
 - c. Apariția undelor f pe EKG, cu frecvență de 350-600/min și ritm ventricular neregulat
 - d. Răspuns bimodal caracteristic la masajul sinusului carotidian: rărirea abruptă a frecvenței ventriculare și creșterea frecvenței undelor de flutter în timpul compresiunii carotidiene
 - e. Interval PQ scurt pe EKG
104. Consecințele instalării fibrilației atriale sunt:
- a. Reducerea cu 25-30% a debitului cardiac
 - b. Moartea subită cardiacă
 - c. Remodelarea cardiacă
 - d. Accidentele tromboembolice
 - e. Agravarea hipertensiunii arteriale
105. Care din următoarele afirmații sunt adevărate referitor la tahicardia ventriculară:
- a. Reprezintă cea mai frecventă formă de moarte subită cardiacă
 - b. Reprezintă o succesiune de minim 3-4 complexe de origine ventriculară, consecutive, cu frecvență de peste 100/min

- c. Nu necesită tratament
 - d. Durata complexelor QRS este sub 120 msec
 - e. Durata complexelor QRS este peste 120 msec
106. Care din următoarele afirmații sunt adevărate referitor la blocurile atrioventriculare:
- a. Anamneza poate releva prezența crizelor Adam-Stokes
 - b. Blocul atrioventricular gradul III se caracterizează printr-o disociere completă între activitatea atrială și cea ventriculară
 - c. Implantarea unui stimulator cardiac este indicată la pacienții cu BAV gradul II tip II cu complex QRS larg
 - d. Implantarea unui stimulator cardiac este indicată la toate blocurile atrioventriculare, indiferent de gradul acestora și de prezența simptomatologiei
 - e. Blocul atrioventricular gradul I se caracterizează printr-o disociere completă între activitatea atrială și cea ventriculară
107. Implantarea unui cardiodefibrilator este recomandată ferm în CMHO la pacienții cu:
- a. istoric de tahiaritmii nesuținute
 - b. risc scăzut
 - c. HVS severă
 - d. sincope
 - e. istoric de tahiaritmii suținute
108. Opțiunile terapeutice fundamentale în fibrilația atrială vizează:
- a. prevenirea accidentelor embolice
 - b. controlul frecvenței atriale
 - c. restabilirea ritmului sinusal
 - d. menținerea ritmului sinusal
 - e. controlul frecvenței ventriculare
109. ***Amiodarona este un antiaritmie din clasa Vaughan-Williams:**
- a. I
 - b. II
 - c. III
 - d. IV
 - e. V

TEMA 10 Valvulopatiile și endocardita infecțioasă

110. La auscultația unui bolnav cu stenoză mitrală se întâlnesc:
- a. Urutură diastolică
 - b. Suflu sistolic la focarul mitralei
 - c. Suflu sistolic la focarul aortei
 - d. Clacmentul de deschidere al mitralei
 - e. Accentuarea zgomotului I
111. Examenul ecocardiografic în stenoza mitrală relevă:
- a. Valve mitrale îngroșate, cu mobilitate și deschidere limitată

- b. Regurgitare mitrală diastolică
 - c. Regurgitare mitrală sistolică
 - d. Deschidere în dom a cuspelor mitrale în timpul diastolei
 - e. Cordaje tendinoase rupte
112. * Examenul ecocardiografic în insuficiența mitrală relevă:
- a. Regurgitare mitrală diastolică dinspre ventricolul stâng spre atriul stâng
 - b. Regurgitare mitrală sistolică dinspre ventricolul stâng spre atriul stâng
 - c. Regurgitare mitrală diastolică dinspre atriul stâng spre ventricolul stâng
 - d. Regurgitare mitrală sistolică dinspre atriul stâng spre ventricolul stâng
 - e. Flux regurgitant în ventricolul drept
113. Simptomele specifice stenozei aortice sunt:
- a. Angina la efort
 - b. Dispneea de efort
 - c. Junghiul toracic
 - d. Sincopa la efort
 - e. Grețurile
114. Cele mai frecvente complicații ale stenozei aortice sunt:
- a. Tulburările de ritm și de conducere
 - b. Moartea subită cardiacă
 - c. Trombembolismul pulmonar
 - d. Pleurezia
 - e. Insuficiența cardiacă
115. Care din următoarele semne sunt caracteristice insuficienței aortice:
- a. Pulsul celer et altus
 - b. Pulsul parvus et tardus
 - c. Urutura diastolică Austin Flint
 - d. Semnul de Musset
 - e. Pulsul capilar Quincke
116. Tratatamentul chirurgical în insuficiența aortică este indicat:
- a. Pacienților cu insuficiență aortică severă simptomatică
 - b. Pacienților cu insuficiență aortică severă asimptomatică dar cu disfuncție ventriculară stângă
 - c. Pacienților cu stenoză aortică asociată, indiferent de severitatea acesteia
 - d. Pacienților cu insuficiență aortică acută
 - e. Pacienților cu fracție de ejeție sub 55%
117. Care din următoarele aspecte se întâlnesc în examenul radiologic din stenoza pulmonară:
- a. Circulație pulmonară săracă
 - b. Dilatarea accentuată a ventricolului drept
 - c. Circulație pulmonară încărcată
 - d. Cord bovin
 - e. Bombarea arterei pulmonare

118. Printre criteriile majore Duke pentru diagnosticul endocarditei infecțioase se numără:
- Două hemoculturi pozitive
 - Nodulii Osler
 - Petele Roth
 - Vegetații, abcese, dehiscență parțială de proteză sau regurgități valvulare nou apărute la ecocardiografie
 - Hemoragiile Janeway
119. * Care din următoarele afirmații sunt adevărate cu referire la tratamentul chirurgical în endocardita infecțioasă:
- Se face de urgență
 - Se face preferabil la distanță de evenimentul acut, după eradicarea infecției, și vizează îndepărtarea vegetațiilor și înlocuirea valvelor afectate
 - Vizează restabilirea funcției miocardice alterate
 - Se face în funcție de dimensiunea vegetațiilor, fiind indicat numai în caz de vegetații cu diametrul de peste 5 mm
 - Se face la toate cazurile cu regurgitare valvulară asociată
120. Insuficiența mitrală acută poate fi determinată de:
- dihiscenta de proteză valvulară
 - endocardita infecțioasă
 - calcifieri ale inelului mitral
 - infarctul miocardic acut
 - traumatismele toracice
121. Sunt considerate proceduri cu risc crescut necesitând profilaxia endocarditei infecțioase:
- examinări endoscopice digestive
 - manevre stomatologice care implică manipulare gingivală
 - examinări endoscopice urinare
 - manevre stomatologice care implică perforarea mucoasei orale
 - examinări endoscopice de căi respiratorii
122. Tabloul clinic al insuficienței aortice cuprinde:
- Dispneea paroxistică nocturnă
 - Uruitura diastolică Austin-Flint
 - Suflul holosistolic în zona aortică
 - Pulsus celer et altus
 - Semnul Muller

TEMA 11 Pericardita

123. * Pericardita reprezintă:
- O afecțiune inflamatorie a pericardului
 - O infecție a foițelor pleurale
 - O afecțiune congenitală
 - O afecțiune reumatismală a pericardului visceral
 - O formă severă de valvulopatie

124. Pericardita acută exudativă este caracterizată prin:
- Durere toracică
 - Frecătură pericardică
 - Prezența revărsatului pericardic
 - Suflu sistolic la focarul mitralei
 - Impuls apical slab palpabil
125. * Electrocardiograma în pericardita acută exudativă în stadiul I evidențiază:
- Supradenivelare ST concavă superior
 - Supradenivelare ST convexa superior
 - Subdenivelare ST
 - Unde T aplatizate
 - Unde Q
126. Ecocardiografia în pericardita acută exudativă evidențiază:
- Colaps diastolic de atriu drept
 - Colaps diastolic de ventricul drept
 - Distensia venei cave inferioare
 - Cord pendulant
 - Akinezie apicală
127. Examenul radiologic în pericardita acută exudativă evidențiază
- Aspect de cord în carafă
 - Anomalii pulmonare/mediastinale
 - Linii Kerley B
 - Cord în sabot
 - Hiluri încărcate
128. Pericardita constrictivă determină:
- Fenomene de insuficiență cardiacă dreaptă
 - Fenomene de insuficiență cardiacă stângă
 - Fenomene de debit cardiac scăzut
 - Șunt între circulația sistemică și cea pulmonară
 - Sindrom hiperkinetic cardiac
129. Care din următoarele afirmații referitoare la pericardita cronică sunt adevărate:
- Reprezintă o inflamație pericardică persistentă peste 3 luni
 - Reprezintă o inflamație pericardică persistentă peste 4 săptămâni
 - Reprezintă o inflamație pericardică persistentă peste 6 luni
 - Reprezintă o inflamație pericardică persistentă peste 1 an
 - Simptomatologia depinde de gradul de compresie cardiacă
130. La examenul obiectiv în pericardita constrictivă întâlnim:
- Jugulare turgescente
 - Hepatomegalie
 - Edeme periferice

- d. Puls paradoxal
 - e. Suflu sistolic la focarul mitralei
131. Care din următoarele afirmații sunt adevărate referitoare la tratamentul simptomatic al pericarditei cronice:
- a. Poate include instilații pericardice cu corticosteroizi în bolile autoimune
 - b. Se recomandă fenestrare pleuro-pericardică și pericardiotomie percutană cu balon în caz de recurențe frecvente
 - c. Pericardiectomia chirurgicală este indicată în revărsatele persistente/recurente mari refractare la celelalte mijloace terapeutice
 - d. Nu necesită tratament
 - e. Necesită transplant cardiac
132. Complicațiile cele mai frecvente ale pericarditei acute sunt:
- a. Tamponada cardiacă
 - b. Recurența
 - c. Cronicizarea
 - d. Moartea subită cardiacă
 - e. Evoluția spre pericardita constrictivă
133. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate referitor la tamponada cardiacă:
- a. necesită pericardiocenteză de urgență în scop evacuator
 - b. apare în urma acumulării unei cantități mici de lichid pericardic într-o perioadă îndelungată
 - c. apare afectarea umplerii sistolice cardiace
 - d. clinic se manifestă prin tahicardie, puls paradoxal, hipotensiune
 - e. apare în urma acumulării unei cantități mari de lichid pericardic

TEMA 12 Refluxul gastroesofagian și boala ulceroasă

134. * Endoscopia digestivă superioară este indicată la pacienții cu reflux gastroesofagian în următoarele situații, cu excepția:
- a. pacient cu disfagie
 - b. pacient cu vârsta sub 50 de ani
 - c. pacient cu manifestări respiratorii asociate
 - d. pacient cu anemie
 - e. pacient prezentând istoric familial de cancer de tract digestiv superior
135. Manometria esofagiană se indică în:
- a. esofagita de reflux
 - b. achalazie
 - c. spasm difuz esofagian
 - d. esofag Barrett
 - e. preoperator înainte de o intervenție chirurgicală antireflux
136. Esofagita complicată reprezintă esofagita asociată cu:
- a. astm bronșic
 - b. stenoză esofagiană

- c. esofag Barrett
 - d. laringospasm
 - e. tuse cronică
137. Esofagul Barrett cu displazie de grad înalt necesită:
- a. rezecția endoscopică a mucoasei
 - b. ablație prin radiofrecvență
 - c. urmărire endoscopică la 3-5 ani
 - d. urmărire endoscopică anuală
 - e. terapie chirurgicală
138. * Recomandările terapeutice ale American Gastroenterological Association (AGA) pentru boala de reflux gastro-esofagian (BRGE) cuprind următoarele, cu excepția:
- a. scăderea ponderală pentru pacienții obezi
 - b. oprirea medicației care poate determina reflux gastro-esofagian
 - c. administrare empirică de inhibitori de pompă de protoni la pacienți cu durere toracică, după excluderea patologiei cardiace
 - d. efectuarea endoscopiei digestive superioare la pacienții la care terapia antisecretorie empirică este inefficientă
 - e. efectuarea endoscopiei cu biopsie la pacienții cu BRGE și disfagie, chiar dacă nu sunt leziuni endoscopice
139. Selectați factorii de risc de resângerare în hemoragia digestivă superioară secundară bolii ulceroase:
- a. ulcer de dimensiuni mari
 - b. coexistența hepatopatiei severe
 - c. ulcer datorat consumului de antiinflamatoare non-steroidiene (AINS)
 - d. ulcer din sindromul Zollinger- Ellison
 - e. ulcer localizat pe fața posterioară a bulbului duodenal
140. Selectați afirmațiile adevărate în cazul unui ulcer duodenal:
- a. necesită testarea și eradicarea infecției cu *Helicobacter pylori*
 - b. necesită reevaluare endoscopică la 6-8 săptămâni de la diagnostic
 - c. necesită de rutină prelevarea de biopsii în vederea excluderii unei neoplazii
 - d. în ulcerul complicat se administrează tratament medical timp de 3 săptămâni
 - e. localizarea în duodenul distal reprezintă o suspiciune pentru sindromul Zollinger-Ellison
141. Semnele de alarmă din cadrul bolii ulceroase sunt:
- a. hemoragie digestivă superioară
 - b. eructații, meteorism abdominal
 - c. vărsături recurente
 - d. durere toracică anterioară
 - e. sațietate precoce
142. Investigarea statusului actual al infecției cu *Helicobacter pylori* (HP) în cazul unui pacient cu infecție HP antecedentă dovedită, se poate face prin următoarele metode:
- a. teste respiratorii

- b. dozarea antigenului fecal HP
 - c. examenul histopatologic din mucoasa gastrică antrală și fundică
 - d. teste serologice
 - e. test rapid pentru activitate ureazică din biopsia gastrică
143. Selectați afirmațiile adevărate în ceea ce privește infecția cu *Helicobacter pylori* (HP):
- a. reprezintă un factor de agresiune al mucoasei gastrice prin producerea de toxine locale
 - b. blochează activitatea enzimatică a ciclooxygenazei 1 și a coclooxygenazei 2
 - c. este implicat în patogeneza adenocarcinomului gastric și a limfomului MALT
 - d. se grefează pe mucoasa duodenală, având tropism selectiv pentru aceasta
 - e. eradicarea sa determină reducerea recurențelor bolii ulceroase
144. Endoscopia digestivă superioară este indicată la pacienții cu BRGE în următoarele situații:
- a. pacient cu vârsta sub 50 de ani
 - b. pacient cu disfagie
 - c. pacient cu odinofagie
 - d. eșec terapeutic la IPP
 - e. pacient cu istoric familial de cancer de tract digestiv superior
145. Factorii de agresiune ai mucoasei gastrice sunt:
- a. Secreția acidă
 - b. Regenerarea tisulară
 - c. Infecția cu *H. pylori*
 - d. Refluxul biliar duodenogastric
 - e. Joncțiunile intercelulare strânse

TEMA 13 Bolile inflamatorii intestinale

146. Selectați complicațiile intestinale care apar mai frecvent la un pacient cu colită ulcerativă, comparativ cu boala Crohn:
- a. fistule entero-vezicale, entero-enterale
 - b. stenoze, fistule sau abcese perianale
 - c. sindrom de malabsorbție
 - d. cancer colonic
 - e. megacolon toxic
147. * Următoarele afirmații sunt adevărate în cazul unui pacient cu boala Crohn, cu excepția:
- a. inflamația peretelui intestinal este transmurală
 - b. distribuția inflamației este neuniformă, existând și zone normale de mucoasă
 - c. afectarea rectului este o regulă
 - d. durerile epigastrice, grețurile, vărsăturile apar în afectarea tubului digestiv superior
 - e. scăderea în greutate este mai semnificativă comparativ cu colita ulcerativă, mai ales în afectarea intestinului subțire
148. Selectați indicațiile administrării de Infliximab în boala Crohn:
- a. în formele ușoare de boală Crohn
 - b. în formele corticodependente de boală Crohn

- c. în formele fistulizante de boală Crohn
 - d. pentru menținerea remisiunii în boala Crohn
 - e. în boala Crohn cu complicații hepatobiliare
149. Selectați elemente caracteristice formei acute fulminante a rectocolitei ulcero-hemoragice:
- a. anemie severă care necesită administrare de transfuzii
 - b. număr de scaune peste 6/zi
 - c. posibilă evoluție spre megacolon toxic
 - d. posibilă evoluție spre perforație
 - e. posibilă evoluție spre cancer colo-rectal
150. * În calcularea scorului CDAI (Crohn disease activity index) de apreciere a severității bolii Crohn intră următoarele variabile, cu excepția:
- a. număr de scaune lichide/moi zilnic, timp de 7 zile
 - b. dureri abdominale zilnic, timp de 7 zile
 - c. prezența maselor abdominale
 - d. procentul deviației greutății corporeale față de standard
 - e. extensia leziunilor endoscopice
151. Selectați care sunt modificările endoscopice care apar specific la pacientul cu boala Crohn:
- a. eritemul mucoasei
 - b. ulcerele serpiginoase, profunde
 - c. aspectul granular al mucoasei
 - d. aspectul de „piatră de pavaj”
 - e. pseudopolipii inflamatori
152. Indicați markerii fecali și serologici care sunt pozitivi îndeosebi la pacienții cu colită ulcerativă:
- a. anticorpi anticitoplasma perinucleară a neutrofilelor de tip IgG (pANCA)
 - b. anticorpi anti-Saccharomyces cerevisiae de tip IgA și IgG (ASCA)
 - c. calprotectina fecală
 - d. anticorpi anti antigene bacteriene E coli de tip IgA (OMPc)
 - e. lactoferina
153. Stenozele intestinului subțire care pot apare la pacienții cu boala Crohn se evaluează prin:
- a. enteroscopia cu biopsii pentru excluderea malignității
 - b. enteroclisma
 - c. capsula endoscopică
 - d. enterografia computertomografică
 - e. radiografia abdominală simplă
154. Selectați complicații ale colangitei secundare primitive:
- a. litiaza coledociană
 - b. angiolitită
 - c. ciroza biliară secundară
 - d. anomalii metabolice osoase
 - e. hepatocarcinom

155. Reacțiile adverse ale tratamentului cu agenți anti TNF în bolile inflamatorii intestinale sunt:
- a. alergii
 - b. șoc anafilactic
 - c. reactivarea tuberculozei
 - d. hepatotoxicitate
 - e. supresie medulară
156. * În tratamentul colitei ulcerative în remisiune se indică 5-ASA în doză de:
- a. $\geq 2\text{g/zi}$
 - b. $= 2\text{mg/zi}$
 - c. $\geq 8\text{g/zi}$
 - d. $\geq 10\text{g/zi}$
 - e. $\geq 12\text{g/zi}$

TEMA 14 Ciroza hepatică

157. Tulburările hemodinamice în ciroza hepatică sunt reprezentate de:
- a. vasodilatația splanhnică
 - b. vasoconstricția splanhnică
 - c. status circulator hiperdinamic
 - d. hipertensiune arterială
 - e. vasoconstricție renală
158. Selectați elemente care sugerează o etiologie alcoolică a cirozei hepatice:
- a. hipertrofia parotidiană
 - b. retracția Dupuytren
 - c. splenomegalia marcată
 - d. pancreatita cronică calcifiantă
 - e. steatoza macroveziculară la biopsia hepatică
159. * Explorările paraclinice sugestive pentru etiologia alcoolică a cirozei hepatice sunt următoarele:
- a. raportul AST/ALT sub 2
 - b. predominanța IgG în imunoelectroforeză
 - c. hipercolesterolemia
 - d. hiperglicemia
 - e. creșterea disproporționată a gama-glutamil-transpeptidazei comparativ cu bilirubina
160. Tabloul clinic al bolii Wilson cuprinde:
- a. prurit, steatoree, urini hipercrome
 - b. neuropatie periferică xantomatoasă
 - c. tulburări kinetice cu tremor
 - d. mișcări involuntare, dizartrie
 - e. aminoacidurie și litiază renală
161. * Factorii care determină evoluția spre ciroza hepatică în infecția cu virus C sunt următorii, cu excepția:
- a. sexul feminin

- b. coinfecția cu virus B
 - c. consumul de alcool peste 50 grame zilnic
 - d. imunosupresia
 - e. indicele de masă corporeală crescut
162. Mijloacele terapeutice la pacienții cu ascită refractară, voluminoasă cuprind:
- a. administrarea de analogi de vasopresină
 - b. paracenteze masive asociate cu administrare intravenoasă de albumină
 - c. șuntul porto-sistemic transjugular intrahepatic, dacă este prezent și sindrom hepato-renal tip II
 - d. administrarea de soluții saline hipertone
 - e. administrare de cefalosporine de generația a III-a
163. Selectați elemente de diagnostic ale sindromului hepatorenal:
- a. creșterea creatininei serice peste 1,5 mg/dl la pacientul cirotic cu ascită
 - b. lipsa îmbunătățirii funcției renale după oprirea diureticelor minim 2 zile și administrare intravenoasă de albumină 1g/kg/zi
 - c. proteinurie peste 0,5 g/zi
 - d. alterarea funcției renale după terapie cu aminoglicozide la pacientul cirotic
 - e. alterarea funcției renale după o hemoragie digestivă masivă cu șoc hemoragic la pacientul cirotic
164. Selectați elemente specifice cirozei biliare primitive:
- a. hipergamaglobulinemie cu creșterea IgA
 - b. prezența anticorpilor antomitocondriali M2
 - c. asociere cu colagenoze, tiroidita autoimună, lichenul plan
 - d. dilatarea căii biliare principale și a căilor biliare intrahepatice la ecografia abdominală
 - e. neregularități ale căilor biliare intrahepatice la colangiografia endoscopică retrogradă
165. Selectați manifestări clinice asociate cirozei hepatice la pacientul cu hemocromatoză:
- a. diabet zaharat
 - b. cardiomiopatie
 - c. cataractă
 - d. litiază renală
 - e. hipogonadism
166. Selectați mijloacele terapeutice indicate în hemoragia digestivă variceală la pacienții cirofici:
- a. terlipresina 1mg la 6 ore
 - b. inhibitori de pompă de protoni perfuzie intravenoasă 72 ore
 - c. injectare endoscopică de adrenalină 1/10000
 - d. reechilibrare volemică
 - e. ligatura endoscopică
167. Boala Wilson se caracterizează prin:
- a. acumularea cuprului cu apariția cirozei hepatice
 - b. manifestări neurologice (degenerare bilaterală a nucleilor bazali)
 - c. inel Kayser-Fleisher
 - d. pigmentare cutanată bronzată

e. diabet zaharat

168. *Dintre modificările cutaneo-mucoase în ciroza hepatică fac parte următoarele, cu excepția:
- a. Steluțe vasculare
 - b. Pioderma gangrenosum
 - c. Pete albe cutanate
 - d. Unghii albe
 - e. Eritem palmar

TEMA 15 Diabetul zaharat

169. * Diabetul zaharat se definește prin:
- a. Glicemie a jeun în sânge venos mai mare de 116 mg/dl
 - b. Glicemie postprandială mai mare de 130 mg/dl
 - c. Glicemie a jeun în sânge venos mai mare de 126 mg/l, în doua ocazii diferite sau mai mare de 200mg/dl în orice moment al zilei
 - d. Glicemie de 140mg/dl la 2 ore de la incarcarea cu glucoza (TTGO)
 - e. HbA1c de 5,0%
170. * Diabetul zaharat tip 1 are ca substrat patogenetic:
- a. Insulinorezistența musculară și hepatică
 - b. Citoliza hepatică
 - c. Pancreatita cronică alcoolică
 - d. Distrugerea autoimună (în 95% din cazuri) a celulelor beta din insulele Langerhans pancreatice, responsabilă de un deficit de insulină
 - e. Amiloidoza pancreatică
171. * Tratamentul hipoglicemiant în diabetul zaharat tip 1 se face cu:
- a. Metformin
 - b. Metformin și sulfamide hipoglicemiente
 - c. Insulină
 - d. Glinide
 - e. Sulfamide hipoglicemiente
172. Care afirmații despre diabetul MODY sunt adevarate?
- a. Apare după vârsta de 30 de ani
 - b. Se datorează unei mutații genetice
 - c. Transmiterea este autozomal dominantă
 - d. Necesită insulinoterapie în primii 2-5 ani de la debut
 - e. Se însoțește de cetoacidoze
173. * Diabetul zaharat de tip 2 trebuie diferențiat de următoarele, CU EXCEPȚIA:
- a. Hemocromatoza
 - b. Diabet endocrin: acromegalie, feocromocitom, boala Cushing, glucagonom
 - c. Diabet cortico-indus
 - d. Sindrom poliuro-polidipsic
 - e. Diabet post-pancreatita

174. Diabetul de tip LADA se caracterizează prin:
- Apare la vârste sub 20 de ani
 - Au anticorpi anti-GAD sau anticelelă insulare (ICA)
 - Au antecedente de erodocolaterale de DZ tip 2
 - Frecvent asociază suprapondere și obezitate
 - Necesită insulină în tratament
175. * Cauze ale diabetului endocrin sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:
- Acromegalie
 - Boala Cushing
 - Glucagonom
 - Tiroidita Hashimoto
 - Feocromocitom
176. Caracteristicile diabetului de tip 1 sunt:
- Debut progresiv al simptomelor
 - Este insulinoindependent
 - Frecvent prin distrugere autoimună a celulelor beta
 - Se prezintă cu poliurie și polidipsie
 - Frecvent asociază obezitate
177. * Caracteristicile diabetul de tip LADA sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:
- Debut tardiv și progresiv
 - Anticorpi anti-GAD65 prezenți
 - Insulinodependență după 5-10 ani de evoluție
 - 10 % din pacienții cu diabet de tip 2 au de fapt LADA
 - Transmitere autozomal dominantă
178. Acidoza lactică se caracterizează prin:
- Etiologia include supradoza de metformin
 - pH arterial de 7,35
 - Factor declanșator: episod de insuficiență renală acută
 - Nivelul de lactat sanguin sub 2 mEq/L
 - Respirație Kussmaul cu miros de acetonă
179. Cetoacidoza diabetică are asociate următoarele semne/simptome:
- Hipertermie
 - Deshidratare
 - Dureri abdominale
 - Respirație Kussmaul
 - Sindrom bradicardic
180. Factori favorizanți pentru cetoacidoza diabetică sunt:
- Tratament cu corticoizi
 - Imunodepresie
 - Ciroza hepatică

- d. Defectarea pompelor de insulină
 - e. Infecție
181. Care sunt efectele secundare ale insulinoterapiei în diabetul de tip 1?
- a. Creșterea în greutate
 - b. Hiperglicemie majoră
 - c. Alergie
 - d. Hipersecreție de glucagon
 - e. Lipodistrofii hipertrofice
182. * Care dintre următoarele insuline reprezintă un analog rapid?
- a. Detemir
 - b. Glargina
 - c. Aspart
 - d. Insulina NPH
 - e. Insulina recombinată
183. * În retinopatia diabetică se indică fotocoagulare în următorul caz:
- a. Hemoragii intravitreene
 - b. Retinopatie proliferativă
 - c. Retinopatie neproliferativă
 - d. Edem macular refractar
 - e. Dezlipire de retină
184. Manifestările clinice în hipoglicemie cuprind următoarele:
- a. Transpirații
 - b. Hipotensiune
 - c. Nervozitate
 - d. Bradicardie
 - e. Poliurie
185. Coma hiperosmolară diabetică se caracterizează prin:
- a. Hiposmolarietate plasmatică
 - b. Glicemie severă, uneori peste 1000 mg/dL
 - c. Agitație psihomotorie
 - d. Halenă acidotică
 - e. Tulburări neurologice diverse
186. Care sunt factorii implicați în apariția complicațiilor cronice?
- a. Glicozilarea proteinelor
 - b. Hipotensiunea arterială
 - c. Insulinosensibilitatea crescută
 - d. Agregare trombocitară crescută
 - e. Creșterea HDL colesterolemiei
187. * Nefropatia diabetică incipientă se caracterizează prin:
- a. Macroalbuminurie
 - b. Sindrom edematos

- c. Hipertensiune arterială
 - d. Nu este asimptomatică
 - e. Leziuni ale glomerulilor și membranei bazale
188. * Semnele și simptomele neuropatiei autonome sunt, cu EXCEPȚIA:
- a. Tulburări sudorale
 - b. Hipotensiune ortostatică
 - c. Vezica neurogenă
 - d. Bradicardie
 - e. Diaree nocturnă
189. Următoarele afirmații în legătură cu schema terapeutică a diabetului de tip 2 sunt false:
- a. Regim hipoglucidic
 - b. Reducerea cantităților de proteine
 - c. În cazul unui pacient cu exces ponderal și cu hiperglicemie francă se apelează de la început la sulfamide
 - d. Insulinoterapia se indica de la valori ale HbA1c >10%
 - e. Contraindicația a metforminului este steatoza hepatică
190. Creșterea secreției de insulină în diabetul de tip 2 poate fi determinată prin intermediul următoarelor medicamente:
- a. Incretinmimetice
 - b. Acarboza
 - c. Meglitinide
 - d. Metformin
 - e. Sulfonilureice
191. Care sunt particularitățile gangrenei diabetice neuropate?
- a. Hipoestezie cutanată
 - b. Reflexe osteo-tendinoase normale
 - c. Deformări ale piciorului și degetelor
 - d. Puls arterial absent
 - e. Tegumente palide
192. Care sunt elementele caracteristice stadiului de retinopatie diabetică neproliferativă?
- a. Microanevrisme
 - b. Zone de ischemie
 - c. Hemoragii
 - d. Neovase
 - e. Exudate
193. Care sunt medicamente antidiabetice din grupa inhibitorilor de dipeptidil peptidaza 4?
- a. Saxagliptina
 - b. Liraglutid
 - c. Sitagliptina
 - d. Exenatid
 - e. Pioglitazona

194. Mecanismele benefice ale metforminului în terapia diabetului tip 2 sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:
- a. Creșterea insulinosensibilității periferice
 - b. Reducerea lipotoxicității
 - c. Reducerea producției hepatice de glucoză
 - d. Creșterea trigliceridelor
 - e. Creșterea hipoglicemiilor
195. Care sunt indicațiile nete ale insulinoterapiei?
- a. Infarctul miocardic acut
 - b. Diabetul tip 2 cu obezitate
 - c. Sarcina
 - d. Diabetul asociat cu ovarul polichistic
 - e. Cetoacidoza diabetică
196. Perioada de stare a comei cetoacidozice se caracterizează prin:
- a. Hipotonie musculară
 - b. Mioclonii, convulsii
 - c. Hipertermie
 - d. Respirație Kussmaul
 - e. Halenă acetonemică
197. **Polineuropatia diabetică se caracterizează prin:**
- a. Afectează initial nervii lungi cu apariția acuzelor "în șosetă"
 - b. Apar parestezii
 - c. Apariția de eritem nodos
 - d. Apare senzația de rece a extremităților
 - e. În timp apare osteoartropatia diabetic, piciorul Charcot

TEMA 16 Anemia feriprivă

198. * Proteina majoră de transport al fierului este:
- a. Feritina
 - b. Transferina
 - c. Hemosiderina
 - d. Hepcidina
 - e. Ferroportina
199. * În anemia feriprivă simptomatică se constată:
- a. Sclere cu nuanță ușor icterică
 - b. Macrocitoză evidentă
 - c. Depozitele de Fe din organism sunt epuizate
 - d. Capacitatea totală de legare a fierului (CTLF) scăzută
 - e. Prezența sideroblaștilor inelari
200. Tratamentul anemiei feriprive cu fier parenteral este indicat în caz de:
- a. Intoleranță la Fe administrat pe cale orală

- b. Prezență concomitentă a unui deficit de vitamina B12
 - c. Saturație normală a transferinei serice
 - d. Malabsorbție de Fe
 - e. Pierdere de Fe din tractul gastrointestinal ce nu poate fi compensată prin tratament oral
201. Formele de depozit al fierului în organism sunt reprezentate de:
- a. Hemoglobină
 - b. Feritină
 - c. Enzimele non-heminice
 - d. Hemosiderină
 - e. Transferină
202. Următoarele reprezintă cauze ale deficitului de fier:
- a. Sângerări gastro-intestinale
 - b. Pierderi de Fe în timpul sarcinii și la naștere
 - c. Cantitate inadecvată de Fe în dieta copilului
 - d. Intoxicația cu plumb
 - e. Sindroamele mielodisplazice
203. Care din următoarele sunt semne/simptome ale deficitului de fier la nivelul țesuturilor:
- a. Hipertrofia papilelor linguale
 - b. Coilonichia
 - c. Sclerotică albastră
 - d. Paretezii la nivelul membrelor superioare
 - e. Cheilita angulară
204. Modificările paraclinice din anemia feriprivă includ:
- a. Scăderea volumului eritrocitar mediu (MCV)
 - b. Hipocromia
 - c. Hemosiderina prezentă în macrofagele medulare
 - d. Saturația transferinei < 10%
 - e. Lipsa Fe în normoblaștii din măduva osoasă
205. În anemia provocată de bolile cronice:
- a. Citokinele inflamatorii acționează pentru a sechestra Fe departe de circulația sangelui
 - b. Feritina poate fi normală sau crescută
 - c. Sideremia are valori normale
 - d. Hepcidina este crescută de către citokinele inflamatorii
 - e. Transferina are valori serice crescute
206. Lipsa de răspuns la tratamentul cu preparate de fier per oral ridică următoarele suspiciuni:
- a. Hemoragie în curs de desfășurare
 - b. Asocierea unei hemolize
 - c. Non-aderență la tratamentul medical
 - d. Malabsorbție de Fe
 - e. Diagnosticul inițial incorect

207. Transfuzia de sânge în anemia feriprivă este indicată în:
- a. Anemia severă
 - b. Prezența concomitentă a unui deficit de vitamina B12
 - c. Valori ale feritinei serice < 12 ng/dl
 - d. Prezența semnelor și simptomelor clinice cardiovasculare
 - e. Pacienți gastrectomizați
208. Semnele/simptomele din anemia feriprivă pot cuprinde următoarele:
- a. glosită
 - b. cheilită angulară
 - c. pica
 - d. trombocitoză
 - e. Tuse
209. *Care dintre următoarele medicamente nu intervin în apariția deficienței de folați?
- a. Metotrexat
 - b. Preparate de fier oral
 - c. Sulfasalazina
 - d. Trimetoprim-sulfametoxazol
 - e. Barbiturice

TEMA 17 Leucemia acută și cronică mielocitară, limfocitară

210. În leucemia acută mieloidă (LAM) cu componentă monocitară (M4, M5) sunt tipice:
- a. Adenopatiile
 - b. Hipertrofia gingivală
 - c. Coagularea intravasculară diseminată (CID)
 - d. Hepatosplenomegalie
 - e. Infiltrările leucemice cutanate
211. Cele mai frecvente cauze de deces într-o leucemie acută sunt reprezentate de:
- a. Complicații hemoragice
 - b. Complicații infecțioase
 - c. Enterită neutropenică
 - d. Sindromul de liză tumorală
 - e. Nefropatie urică
212. În tratamentul leucemiei acute limfoblastice cu prezența cromozomului Philadelphia se recurge la:
- a. Splenectomie
 - b. Radioterapie pe adenopatiile mediastinale
 - c. Asocierea polichimioterapiei cu inhibitori de tirozinază (TKI)
 - d. Transplant autolog de celule stem
 - e. Transplant allogen de celule stem
213. Care dintre următoarele reprezintă factori de prognostic nefavorabil pentru evoluția unei leucemii acute limfoblastice (LAL) ?
- a. Vârsta sub 30 de ani

- b. Număr leucocitar > 30000/mm³ în LAL-B
 - c. Afectarea SNC
 - d. Prezența translocației t(9; 22)
 - e. Obținerea de remisiuni complete în mai puțin de 4 săptămâni
214. * Anomalia citogenetică cu rol patogenetic dovedit în LMC este:
- a. Translocația t(15; 17)
 - b. Translocația t(8; 21)
 - c. Translocația reciprocă t(9; 22) (cromozomul Philadelphia)
 - d. Mutația JAK2 (Janus-Kinaza)
 - e. Prezența factorului genetic ZAP-70
215. În faza de evoluție cronică a LMC pot fi prezente următoarele:
- a. Splenomegalie importantă
 - b. Bazofilie constantă
 - c. Limfocitoză absolută în frotiul periferic
 - d. Prezența "hiatusului leucemic"
 - e. Fosfataza alcalină leucocitară scăzută sau absentă
216. Următoarele afirmații referitoare la tratamentul LMC sunt corecte:
- a. Terapia standard pentru faza cronică a LMC este reprezentată de TKI
 - b. Efuziunile pleurale pot fi efecte secundare ale terapiei cu nilotinib
 - c. Răspunsul precoce la tratamentul cu TKI pledează pentru un prognostic mai favorabil al bolii
 - d. Apariția unor mutații poate explica rezistența la terapia cu imatinib
 - e. Hidroxiureea se administrează înaintea terapiei cu TKI pentru reducerea cifrei leucocitare
217. * Formele agresive de LLC sunt caracterizate de:
- a. Statusul nemutant al genei pentru lanțul greu de Ig și prezența ZAP-70
 - b. Absența markerului CD38
 - c. Deleția cromozomului 13q
 - d. Modelul interstițial al infiltrării limfocitare medulare
 - e. Prezența hipergamaglobulinemiei
218. Inițierea tratamentului în LLC este impusă de următoarele elemente ce indică progresia bolii:
- a. Splenomegalie minimă neprogresivă și asimptomatică
 - b. Dublarea numărului de limfocite în mai puțin de 6 luni
 - c. Adenopatie masivă, simptomatică
 - d. Insuficiență medulară progresivă (anemie și/sau trombocitopenie)
 - e. Prezența imunoglobulinei monoclonale
219. În evoluția unei LLC pot să apară următoarele complicații:
- a. Transformarea într-o leucemie acută
 - b. Apariția sindromului Richter (limfom imunoblastic)
 - c. Infecții
 - d. Sindrom mielodisplazic
 - e. Tulburări autoimune

TEMA 18 Limfoame hodgkiniene și nonhodgkiniene

220. * Limfomul Hodgkin (LH) este caracterizat histologic prin prezența tipică a:
- Limfoblaștilor T
 - Limfoblaștilor B
 - Plasmocitelor maligne
 - Celulelor maligne Reed-Sternberg
 - Celulelor limfatice cu prelungiri citoplasmatic
221. Care din următoarele subtipuri fac parte din limfomul Hodgkin (LH) clasic ?
- LH bogat în limfocite
 - LH nodular cu predominanță limfocitară
 - LH cu scleroză nodulară
 - LH cu celularitate mixtă
 - Limfomul angioimunoblastic
222. Simptomele B tipice (specifice) din limfomul Hodgkin (LH) sunt reprezentate de:
- Scădere ponderală > 10% din greutatea inițială în ultimele 3 luni
 - Parestezii persistente în membrele inferioare
 - Febră cu caracter ondulator (Pel Ebstein)
 - Transpirații profuze, în special nocturne
 - Dispnee, cu tuse iritativă
223. Următorii parametri sunt considerați a fi factori de prognostic negativ în limfomul Hodgkin (LH):
- Stadiile Ann Arbor III și IV
 - Masa tumorală "bulky"
 - VSH peste 50 mm/h
 - Vârsta sub 30 de ani
 - Afectarea a mai mult de 3 arii ganglionare
224. * În limfoamele non-Hodgkin de linie B, atitudinea terapeutică standard este:
- Asocierea de rituximab (anti-CD20) cu chimioterapie
 - Administrarea de corticoterapie în doză mare
 - Radioterapia cu fascicul de electroni
 - Autotransplantul de celule stem hematopoietice
 - Administrarea de alfa-interferon
225. Care dintre următoarele limfoame non-Hodgkin sunt limfoame agresive?
- Limfoamele MALT
 - Limfoamele cu celule de manta
 - Limfomul difuz cu celule mari
 - Limfomul folicular grad I
 - Limfomul limfocitic
226. În etiopatogeneza LNH sunt implicați următorii factori virali:
- Virusul Epstein-Barr
 - Virusul uman legat de limfomul cu celule T (HTLV-1)

- c. Virusurile gripale
 - d. Virusul imunodeficienței umane (HIV)
 - e. Virusul hepatitic C (HCV)
227. Cu referire la LNH sunt corecte următoarele afirmații:
- a. Limfomogeneza este un proces complex, "multi-step"
 - b. Mycosisul fungoid este un limfom cutanat agresiv cu limfocite B
 - c. Limfomul gastric este asociat, în majoritatea cazurilor, infecției cu *Helicobacter pylori*
 - d. Aspectul morfologic (biopsie) cu celule mari, slab diferențiate, dispuse difuz, se asociază cu un comportament clinic indolent
 - e. Modificările cutanate (erupții, tumori) sunt mai frecvente în limfoamele cu celule T
228. Următorii factori sunt cu impact prognostic negativ (scor IPI) în limfomul difuz cu celule mari B:
- a. Vârsta > 60 de ani
 - b. Valorile LDH crescute
 - c. Indicele de performanță 0-1
 - d. VSH > 50 mm/h
 - e. Hemoglobina < 12g/dl
229. Următoarele reprezintă efecte secundare pe termen lung ale chimioterapiei limfomului Hodgkin (LH):
- a. Fibroza pulmonară
 - b. Cardiomiopatie datorată antraciclinelor
 - c. Hipotiroidismul
 - d. Depresia imună prelungită
 - e. Malignitățile secundare (a doua neoplazie)

TEMA 19 Tireotxicoza

230. * Care din următoarele semne sau simptome corespunde clasei 3 de clasificare a modificărilor oculare din boala Graves?
- a. Afectarea corneei
 - b. Pierderea vederii
 - c. Retracția pleoapei superioare
 - d. Proptoză
 - e. Afectarea musculaturii extraoculare
231. * Care din următoarele afirmații sunt adevărate?
- a. PTU este tratamentul de elecție al tireotxicozei
 - b. Tratamentul cu iod radioactiv este de primă intenție în tiroidita subacută
 - c. Un titru crescut TRAb în trimestrul 3 de sarcină crește riscul de boală Graves neonatală
 - d. Tratamentul cu antitirodine de sinteză durează de obicei 2-3 luni
 - e. Tiroidita post-partum este o cauză frecventă de hipertiroidie
232. În care din următoarele întâlnim TSH supresat și RIC scăzut?
- a. Gușa polinodulară hipertiroidizată
 - b. Tiroidita acută infecțioasă

- c. Hipertiroidismul fiziologic de sarcină
 - d. Tireotxicoza factitia
 - e. Hipertiroidism iod-indus
233. Care din următoarele sunt adevărate în ceea ce privește criza tiroetoxică?
- a. Soluția Lugol este primul preparat care trebuie administrat
 - b. Hidrocortizonul hemisuccinat se administrează în doză de 20 mg la 6 ore
 - c. Propiltiouracilul este preferat metimazolului
 - d. Beta-blocantele se pot administra per os sau intravenos
 - e. Poate apărea după administrare de iod radioactiv
234. În care din următoarele cazuri se indică tiroidectomia ca tratament de primă intenție în tireotxicoze?
- a. Femei însărcinate cu reacții adverse severe la tratamentul cu antitiroidiene
 - b. Tiroidita acută infecțioasă
 - c. Suspiciune de malignitate
 - d. Tireotxicoza post-partum
 - e. Toate variantele sunt adevărate
235. Măsurile terapeutice în oftalmopatia endocrină cuprind:
- a. Decompresia orbitală chirurgicală
 - b. Dexametazonă 2mg la 6 ore
 - c. Metilprednisolon i.v.
 - d. Evitarea purtării ochelarilor de soare
 - e. Radioterapie externă retrobulbară
236. Care din următoarele afirmații sunt false?
- a. Tireotxicoza tip II indusă de amiodaronă se asociază cu RIC scăzut
 - b. Tratamentul de elecție în tireotxicoza tip I indusă de amiodaronă sunt glucocorticoizii
 - c. Amiodarona inhibă conversia T3 la T4
 - d. Timpul de înjumătățire al amiodaronei este de 50 ore
 - e. Examenul Doppler al circulației tiroidiene diferențiază cele 2 tipuri de tireotxicoză indusă de amiodaronă
237. Printre reacțiile adverse ale antitirodienelor se numără:
- a. Tahicardia
 - b. Hipotiroidia
 - c. Agranulocitoza
 - d. Policitemia
 - e. Icterul colestatic
238. Referitor la terapia cu iod radioactiv, următoarele sunt adevărate:
- a. Efectul se instalează rapid în 1-2 săptămâni
 - b. Este contraindicată în sarcină
 - c. Formele ușoare de oftalmopatie reprezintă o contraindicație relativă
 - d. Are ca efect advers apariția de neoplazii secundare
 - e. Hipotiroidia apare la majoritatea pacienților tratați

239. Afirmatii adevărate privind tireotoxicoza și sarcina:
- Valorile TSH scăzute din primul trimestru de sarcină sunt cauzate de hCG care activează receptorii de TSH
 - Tratamentul bolii Graves neonatale presupune obligatoriu administrarea de perclorat de potasiu
 - Metimazolul poate avea efect teratogen
 - PTU este de primă intenție în terapia gravidelor cu hipertiroidie în trimestrul I de sarcină
 - Valorile fT4 trebuie menținute la limita inferioară a normalului pe tot parcursul sarcinii
240. In care din urmatoarele situatii intalnim TSH supresat si RIC cu valori crescute:
- Tireotoxicoza factitia
 - Adenomul toxic tiroidian
 - Coriocarcinom
 - Tireotoxicoza iatrogena
 - Tiroidita subacuta
241. Urmatoarele afirmatii despre tratamentul medicamentos in tireotoxicoza sunt false:
- Tratamentul cu antitiroidiene de sinteza se initiaza cu doze mici, ulterior crescandu-se progresiv pana la doze de 50 mg/zi
 - Percloratul este folosit frecvent in terapia tireotoxicozei
 - Dexametazona 2 mg la 6 ore inhiba conversia periferica de la T4 la T3
 - Propiltiouracilul (PTU) este de preferat in primul trimestru de sarcina
 - Nivelurile serice de FT4 si T3 sunt utilizate initial in monitorizarea tratamentului
242. * Alegeti afirmatia corecta despre adenomul toxic tiroidian:
- Pacientul este tipic peste 40 de ani si prezinta simptome de hipotiroidie
 - Se asociaza frecvent cu oftalmopatie
 - Frecvent la examenul histopatologic adenoamele toxice sunt maligne
 - Tratamentul radical poate fi chirurgical sau cu iod radioactiv
 - Antitiroidienele de sinteza sunt o solutie eficienta pe termen lung
243. Despre tiroidita subacuta De Quervain sunt false urmatoarele:
- Este o boala inflamatorie tiroidiana datorata unei infectii virale
 - Poate asocia initial simptome de tireotoxicoza asociate cu oftalmopatie
 - Sindromul tireotoxic se remite sub tratament cu antitiroidiene de sinteza
 - Tratamentul formelor severe este cu glucocorticoizi cateva luni
 - La debut, FT4 si T3 sunt scazute, iar radioiodocaptarea este crescuta
244. Gusa polinodulara toxica:
- Apare la pacientii cunoscuti de multa vreme cu gusi polinodulare netoxice
 - TSH-ul este de regula mult crescut
 - Scintigrafia descrie noduli multipli
 - Tratamentul presupune administrarea de antitiroidiene de sinteza pana la obtinerea eutiroidiei
 - Tiroidectomia reprezinta terapia de electie

TEMA 20 Hepatitele virale

245. Hepatita virală A este caracterizată prin:
- Risc de forme fulminante la gravide
 - Dispariția contagiozității odată cu apariția icterului
 - Forme asimptomatice în majoritatea caurilor
 - Posibilitatea profilaxiei active (prin vaccinare)
 - Contagiozitatea se instalează concomitent cu icterul
246. În hepatitele virale, tratamentul antiviral se recomandă în următoarele situații:
- Interferon pegylat în asociere cu analogi nucleozidici, în hepatita VHB+VHD
 - Interferon pegylat în hepatita virală acută VHB, în absența clearance-ului spontan la 6 luni
 - Hepatita acută VHE
 - Tratament cu analogi nucleozidici / nucleotidici în hepatita cronică VHB (ex: entecavir)
 - Tratament cu interferon pegylat în hepatita cronică VHB
247. Prin ce se caracterizează tabloul serologic în infecția acută cu VHB?
- Ag HBs pozitiv
 - Ag HBc pozitiv
 - Ac HBs negativi
 - ARN VHB pozitiv
 - Ac HBc IgG pozitivi
248. Suprainfecția VHB+VHD se caracterizează de prezența:
- Ac VHB IgM și IgG pozitivi
 - Ac VHD IgM pozitivi
 - Ag HBs pozitiv
 - Ac HBc totali negativi
 - Încărcătura virală VHB negativă
249. Este recunoscut potentialul oncogen în cazul:
- VHE
 - VHB
 - VHA
 - VHC
 - Niciunul din cele menționate
250. Profilaxia transmiterii hepatitelor virale cuprinde:
- Vaccinarea anti-VHE
 - Administrarea de Imunoglobuline specifice anti-VHB nou-născuților mamelor cu hepatită VHB
 - Posibilă administrare de imunoglobuline umane standard în focare de hepatită acută A
 - Imunoglobuline umane specifice anti-VHC în cazuri selecționate
 - Vaccinarea completă anti-VHB a nou-născuților
251. * Riscul înalt de evoluție a unei hepatite virale acute spre forma fulminantă se asociază cu:
- Creșterea indicelui de protrombină
 - Creșterea în dimensiuni a ficatului

- c. Hepatita cu VHA la adulti imunocompetenti
 - d. Hepatita cu VHE la copii
 - e. Suprainfecția VHB+VHD
252. Evaluarea fibrozei hepatice din hepatitele virale se realizează prin:
- a. Rezonanță magnetică (examinare IRM)
 - b. FibroScan
 - c. Electroforeza proteinelor serice
 - d. Ecografie abdominală
 - e. Puncție biopsie hepatică
253. Formele fulminante ale hepatitelor virale se caracterizează prin:
- a. Sindrom hemoragipar
 - b. Encefalopatie uremică
 - c. Concentrație de protrombină 26-50%
 - d. Coagulopatie
 - e. Flare
254. Recomandările de monitorizare în hepatita cronică VHB includ:
- a. Determinarea periodică a Ac HCV
 - b. Evaluarea la intervale de 6 luni
 - c. Determinarea periodică a Ag VHD sau a Ac VHD
 - d. Evaluare trimestrială
 - e. Ecografie abdominală periodică
255. Alegeti afirmațiile corecte privind hepatitele acute virale:
- a. România este considerată zonă endemică pentru infecția cu VHA și VHE
 - b. Infecția cu VHA se transmite pe cale fecal-orală
 - c. Principala cale de transmitere a infecției cu VHC este cea sexuală
 - d. Chiar după aparenta remisiune a infecției cu VHB, aceasta se poate reactiva în cazul imunodepresiei (ex post-transplant)
 - e. Infecția acută cu VHC este în majoritatea cazurilor autolimitată

TEMA 21 Infecția cu virusul imunodeficienței umane

256. * Următoarele afirmații referitoare la infecția cu virusul imunodeficienței umane(HIV) sunt adevărate, cu excepția:
- a. HIV nu generează o infecție acută
 - b. infecția cu HIV se asociază, în timp, în absența tratamentului, cu infecții oportuniste
 - c. infecția cu HIV se transmite prin consum de droguri cu administrare intravenoasă
 - d. sursa de infecție cu HIV este umană
 - e. există excepții de la susceptibilitatea generală față de infecția cu HIV
257. Virusul imunodeficienței umane (HIV) se caracterizează prin următoarele:
- a. face parte din familia retrovirusurilor
 - b. genomul HIV este de tip ADN ceea ce duce la o rată mare de apariție a erorilor de reverstranscriere

- c. erorile de reverstranscriere generează populații virale heterogene cu profil favorabil de sensibilitate la antiretrovirale
 - d. în replicarea HIV intervin patru enzime virale
 - e. enzimele virale care intervin în replicarea HIV sunt țintele tratamentului antiretroviral
258. Referitor la epidemiologia infecției cu HIV, se disting următoarele afirmații corecte:
- a. HIV se poate transmite de la mamă la făt
 - b. deleția homozigotă delta 32 conferă protecție față de infecția cu HIV
 - c. în România, epidemiologia infecției cu HIV nu a înregistrat nici o particularitate
 - d. HIV se transmite la adulți, prin contact sexual neprotejat
 - e. există un vaccin eficace, profilactic
259. Integrarea ADN-ului proviral în genomul celulei gazdă constituie o etapă importantă a ciclului de replicare virală a HIV din următoarele considerente:
- a. HIV stabilește rezervoare virale în organismul uman
 - b. în rezervoarele virale HIV se replică activ
 - c. acțiunea medicamentelor antiretrovirale este eficientă față de HIV –ul din rezervoarele virale
 - d. mucoasa tractului gastrointestinal și genital constituie un rezervor de infecție important
 - e. existența rezervoarelor virale duce la imposibilitatea vindecării infecției HIV
260. Tabloul clinic al infecției cu HIV prezintă o mare variabilitate și se caracterizează prin următoarele, cu excepția:
- a. în evoluția infecției cu HIV există perioade lungi asimptomatice
 - b. etapa de latență clinică se caracterizează prin febră, rash
 - c. în sindromul acut retroviral simptomatologia clinică este nespecifică și se remite spontan
 - d. SIDA se definește prin numărul celulelor CD4 < 200/mm³
 - e. toxoplasmoza cerebrală include pacientul în stadiul B conform sistemului CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de clasificare a infecției HIV
261. Diagnosticul infecției HIV se realizează prin utilizarea următoarelor teste:
- a. testul ELISA pentru determinarea anticorpilor anti-HIV
 - b. hemograma
 - c. testul Western blot pentru confirmare
 - d. viremie ADN-VHB
 - e. profilul lipidic
262. * În cazul expunerii accidentale la produse potențial contaminate cu HIV se recomandă următoarele măsuri, cu excepția:
- a. consultarea de urgență a infecționistului
 - b. evaluarea riscului de transmitere a infecției HIV în funcție de categoria de risc din care face parte persoana expusă
 - c. în cazurile cu potențial înalt de infectare se recomandă profilaxie antiretrovirală
 - d. durata terapiei antiretrovirale profilactice este de 4 săptămâni
 - e. se recomandă inițierea profilaxiei antiretrovirale în primele 48 de ore de la expunere
263. Care din următoarele afirmații referitoare la infecția HIV sunt adevărate:
- a. infecția cu HIV generează inflamație cronică

- b. replicarea virală persistentă determină distrugerea limfocitelor CD8
 - c. pacientul infectat cu HIV nu dezvoltă cancere
 - d. îmbătrânirea precoce a diferitelor aparate și sisteme asociază comorbidități infecțioase
 - e. profilaxia infecțiilor oportuniste se recomandă când valoarea CD4 scade <200 celule/mm³
264. Medicamentele antiretrovirale se caracterizează prin următoarele:
- a. medicamentele antiretrovirale distrug HIV-ul
 - b. acționează în diferite etape ale ciclului de replicare virală
 - c. transcrierea materialului genetic viral este controlată de inhibitorii de fuziune
 - d. antagoniștii de receptori CCR5 blochează pătrunderea HIV în celula gazdă
 - e. medicamentele antiretrovirale se administrează toată viața
265. Terapia antiretrovirală respectă următoarele reguli:
- a. se bazează pe asocieri medicamentoase
 - b. scopul terapiei este obținerea supresiei virale, creșterea numărului de limfocite CD4
 - c. întreruperea terapiei se asociază cu un risc crescut de dezvoltare a rezistenței la antiretrovirale
 - d. terapia antiretrovirală se începe numai dacă valoarea limfocitelor CD4 este scăzută
 - e. consilierea pacienților și verificarea aderenței la terapia antiretrovirală sunt indispensabile
266. Referitor la procesul epidemiologic al infecției cu HIV, următoarele afirmații sunt corecte:
- a. Sursa de infecție nu este strict umană
 - b. Una din principalele căi de transmitere a infecției este contactul sexual neprotejat
 - c. Nu există risc de transmitere a infecției HIV de la gravida infectată, intrauterin
 - d. Consumul de droguri cu administrare intravenoasă crește riscul infecției cu HIV
 - e. Istoria infecției HIV în România nu se diferențiază de restul țărilor europene
267. Tratamentul infecției HIV constă în:
- a. Monoterapie
 - b. Antibioterapie
 - c. Antivirale administrate timp de un an
 - d. Inhibitori de integrază
 - e. Inhibitori de reverstranscriptază
268. Care din următoarele constituie infecții oportuniste care se pot asocia infecției HIV?
- a. Encefalita West-Nile
 - b. Retinita CMV (cauzată de citomegalovirus)
 - c. Sepsis cu stafilococ auriu metilicilino-rezistent
 - d. Meningita criptococică
 - e. Meningita meningococică

TEMA 22 Sepsisul și șocul septic

269. Care din următoarele criterii sunt incluse în definiția sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS)?
- a. frecvență respiratorie < 20 / minut
 - b. leucopenie
 - c. leucocitoză

- d. hipotermie
 - e. bradicardie sinusală
270. * Sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS) este definit prin următoarele criterii, cu excepția:
- a. febră
 - b. hipotermie
 - c. leucopenie
 - d. număr normal al leucocitelor
 - e. tahicardie
271. Disfuncția de organ din sepsis este identificată prin următoarele criterii:
- a. creșterea concentrației de protrombină în insuficiența hepatică
 - b. scăderea tensiunii arteriale sistolice ≤ 90 mmHg
 - c. scăderea tensiunii arteriale sistolice ≤ 120 mmHg
 - d. trombocitoză
 - e. oligo-anurie în insuficiența renală
272. Care din următoarele afirmații privind tratamentul etiologic în sepsis sunt adevărate:
- a. inițierea tratamentului etiologic poate fi temporizată timp de câteva ore, până la recoltarea a trei seturi de hemoculturi în puseu febril
 - b. tratamentul etiologic trebuie inițiat în cel mai scurt timp, de preferință în prima oră de la prezentarea la spital a bolnavului
 - c. tratamentul antimicrobian trebuie administrat per os dacă toleranța digestivă a pacientului o permite
 - d. doza corectă a antibioticului trebuie ajustată ținând cont de funcția renală și hepatică
 - e. deescaladarea terapiei antimicrobiene presupune înlocuirea tratamentului empiric cu spectru îngust inițiat imediat după prezentare pacientului la medic cu tratament etiologic cu spectru larg după trei zile, în cazul evoluției nefavorabile
273. Care sunt complicațiile sepsisului?
- a. sindromul de detresă respiratorie acută (ARDS)
 - b. insuficiență suprarenaliană
 - c. dezechilibre metabolice – hiperglicemie, acidoză
 - d. sindromul febril prelungit
 - e. sepsisul în sine reprezintă o complicație a unui proces infecțios activ
274. La ce categorii de pacienți cu sepsis trebuie luată în considerare administrarea de antifungice?
- a. pacienții cu leucocitoză
 - b. pacienții cu neutropenie prelungită (minim 5 zile)
 - c. pacienții cu cateter venos periferic
 - d. pacienții cu cateter venos central
 - e. pacienții cu evoluție nefavorabilă sub tratament antibiotic cu spectru larg
275. * Care din următoarele afirmații privind investigațiile de laborator și paraclinice în sepsis sunt adevărate?
- a. tratamentul antimicrobian trebuie inițiat numai după recoltarea probelor microbiologice, chiar dacă aceasta duce la o amânare a instituirii terapiei

- b. sunt suficiente două seturi de hemoculturi recoltate în puseu febril
 - c. procalcitonina poate fi utilizată pentru a deosebi etiologia fungică de cea parazitară
 - d. procalcitonina nu are nicio valoare în sepsis
 - e. procalcitonina poate discerne între etiologia bacteriană și cea virală a procesului infecțios
276. Ce presupune tratamentul patogenetic în sepsis?
- a. terapie antimicrobiană
 - b. tratament antifungic
 - c. terapia durerii
 - d. suport hemodinamic
 - e. re-echilibrare hidrovolemica
277. Care sunt regulile tratamentului antimicrobian în sepsis?
- a. inițierea cât mai rapidă a unui tratament antimicrobian cu spectru larg, eventual asocieri de antibiotice și antifungice
 - b. inițierea, încă din prima oră de la prezentarea bolnavului la spital, a unui tratament antibiotic cu spectru îngust pentru a evita disbioza intestinală
 - c. durata corectă
 - d. trebuie analizat terenul pacientului: comorbidități infecțioase și neinfecțioase, scorul Carmeli
 - e. tratamentul etiologic trebuie adaptat în funcție de profilul local de susceptibilitate la antimicrobiene al germenilor
278. Tratamentul igieno-dietetic la un pacient cu sepsis presupune următoarele:
- a. inițierea terapiei antimicrobiene cu spectru larg
 - b. prevenirea escarelor
 - c. suport nutritiv pentru combaterea statusului hipercatabolic
 - d. nutriția enterală este preferată celei parenterale, dacă este posibil
 - e. nutriția parenterală este de preferat celei enterale, indiferent de statusul și toleranța digestivă a bolnavului
279. Referitor la explorările paraclinice în sepsis:
- a. Determinarea lactatului seric poate fi utilă în evaluarea instalării șocului septic
 - b. Monitorizarea hemoleucogramei este utilă în evaluarea instalării șocului septic
 - c. Determinarea procalcitoninei este utilă în evaluarea disfuncției de organ
 - d. Investigațiile imagistice pot identifica focarele infecțioase
 - e. În sepsis, recoltarea probelor microbiologice nu este obligatorie
280. Care infecții virale se pot reactiva în cazul unui status de imunodepresie?
- a. Herpes simplex
 - b. Virus varicelo-zosterian
 - c. Virus rubeolic
 - d. Virus gripal
 - e. Citomegalovirus
281. Alegeți afirmațiile corecte:
- a. SIRS (sindromul de răspuns inflamator sistemic) apare exclusiv în cadrul sepsisului
 - b. SIRS poate apare în cazul unei pancreatite

- c. SIRS poate acompania tromboembolismul pulmonar
- d. Sepsisul însoțit de hipotensiune refractară la administrarea de fluide sugerează șocul septic
- e. Infecția poate fi documentată prin recoltarea de serologii specifice

TEMA 23 Glomerulopatii și nefropatii tubulo-interstițiale

NEFROLOGIE

282. În nefropatia numita boala Goodpasture, mecanismul imunologic este urmatorul:
- a. anticorpi îndreptați împotriva unor antigene proprii
 - b. complexe immune circulante
 - c. antigenele se găsesc localizate în membrana bazală glomerulară
 - d. antigenele se găsesc localizate în peretii alveolelor pulmonare
 - e. există consum de Complement
283. Anticorpii îndreptați împotriva componentelor citoplasmice ale neutrofilelor, se regăsesc în următoarele patologii:
- a. reacția imună de tip IV
 - b. vasculite
 - c. glomerulonefrite proliferative extracapilare
 - d. glomerulonefrita acută difuză poststreptococică
 - e. glomerulonefritele nestreptococice
284. Sindromul nefritic acut se recunoaște pe baza următoarelor semne:
- a. febră
 - b. hipertensiune
 - c. proteinurie și hematurie
 - d. proteinurie și infecție urinară
 - e. azotemie de diferite grade
285. Evoluția leziunilor glomerulare odată instalate poate fi:
- a. dispariție spontană
 - b. totdeauna insuficiența renală terminală și dializă
 - c. cronicizarea inflamației glomerulare
 - d. co-afectare tubulo-interstitală
 - e. foarte rar proteinuria
286. În glomerulopatia diabetică sunt implicate următoarele mecanisme neimunologice:
- a. creșterea presiunii intraglomerulare cu implicarea sistemului renina-angiotensina
 - b. hiperglicemia cronică și produse avansate de glicozilare
 - c. proteinuria
 - d. hematuria microscopică
 - e. scăderea ratei de filtrare glomerulară
287. Infecțiile pot determina nefropatii glomerulare prin următoarele mecanisme:
- a. producerea de anticorpi anti-citoplasmă neutrofilelor
 - b. depunerea de complexe imune circulante
 - c. producerea de amiloid AA

- d. necroza arteriolara fibrinoida
 - e. produși avansați de glicozilare
288. Sindromul nefrotic este caracterizat prin următoarele:
- a. azotemie de diferite grade
 - b. hematurie micro-sau macroscopică
 - c. proteinurie masivă, peste 3.5g/1,73mp/24ore
 - d. hipoproteinemie
 - e. lipidurie
289. În glomerulonefrita acută poststreptococică tratamentul constă în următoarele:
- a. totdeauna suplerea funcției renale
 - b. antibioterapie precoce a infecțiilor streptococice
 - c. terapie imunosupresoare în peste 50% din cazuri
 - d. terapia edemelor și a hipertensiunii
 - e. tratamentul insuficienței cardiace asociate
290. * Într-o nefropatie cu IgA, cu proteinuria sub 1g/24ore, tratamentul este următorul:
- a. Metilprednisolon în "puls"-terapie
 - b. monitorizare clinică și de laborator periodică
 - c. Ciclofosfamida
 - d. Clorambucil
 - e. Ciclosporina
291. * Glomerulonefrite proliferative extracapilare (rapid progresive) pot avea următoarele cauze, cu excepția:
- a. boala Goodpasture
 - b. granulomatoză cu poliangită Wegener
 - c. sindrom Churg-Strauss
 - d. postinfecțioase
 - e. nefropatia diabetică

NEFROPATII TUBULO-INTERSTITIALE

292. Pielonefrita acută are următoarele caracteristici clinice:
- a. este o nefropatie tubulo-interstitală infecțioasă
 - b. are componentă autoimună
 - c. este mai frecventă la bărbați cu patologii urologice
 - d. se însoțește de urocultură pozitivă cu 105 unități formatoare de colonii (UFC)/ml
 - e. Bacteria cel mai frecvent întâlnită este Escherichia coli
293. Complicațiile pielonefritei acute pot fi următoarele:
- a. insuficiența renală terminală
 - b. pielonefrita cronică cu boală cronică de rinichi
 - c. abces renal
 - d. hipertensiune arterială
 - e. proteinuria

294. Tratamentul etiologic al pielonefritei acute se caracterizeaza prin urmatoarele:
- este initial tintit conform antibiogramei
 - este initial empiric, cu antibiotic cu spectru larg de actiune
 - dureaza totdeauna 3-5 zile pentru a nu dezvolta rezistenta
 - este adaptat conditiilor fiziologice (sarcina) sau patologice (boala cronica de rinichi) ale pacientului
 - antibioticele se administreaza inaintea recoltarii uroculturii
295. Datele clinice din pielonefrita cronica pot fi:
- istoric de ITU recidivanta
 - constipatie, balonari
 - lombalgii in cursul mictiunii sugerand RVU
 - neurologice, disfunctie sfincteriana
 - respiratorii, dispnee datorata lombalgiei
296. Diagnosticul diferential al pielonefritei cronice se face cu:
- glomerulonefrita acuta postinfectioasa
 - nefropatii tubulo-interstitiale cronice neinfectioase
 - tuberculoza renala
 - tumori renale
 - pielonefrita acuta
297. In privinta refluxului vezico-ureteral sunt adevarate urmatoarele afirmatii:
- se deceleaza prin computer-tomografie si RMN
 - RVU de gradul IV prezinta dilatatia moderata a ureterului si bazinetului
 - ecografia Doppler color ureterala vizualizeaza jet ureteral normal bilateral
 - ecografia renala permite vizualizarea bazinetului si a calicelor
 - este o nefropatie tubulara a adultului
298. Cistita se caracterizeaza clinic prin:
- poate fi infectioasa sau neinfectioasa
 - frecvent nu are manifestari clinice, fiind prezenta doar bacteriuria
 - In toate cazurile urina este hematurica, cu polakidisurie
 - tratamentul in prim puseu se face timp de 3 zile
 - in schema de 3 zile se poate folosi levofloxacină 250-500mg/24 ore
299. Semnele clinice ale prostatitei sunt:
- durere perineala
 - durere lombara unilaterata
 - polachiuria si disuria
 - constipatia cronica
 - sensibilitate la palparea prostatei
300. * Screeningul imagistic pentru nefropatie de reflux se face la:
- Gravide
 - Adulti cu ITU recidivante

- c. Copii cu malformatii reno-urinare
 - d. Varstnici cu boala cronica de rinichi
 - e. Hipertensivi adulti
301. * Intr-o pielonefrita cronica ecografia renala arata urmatoarele:
- a. rinichi mariti de volum bilateral
 - b. obligatoriu litiaza renala uni-sau bilaterala
 - c. dimensiuni reduse si inegale ale celor doi rinichi
 - d. imagini chistice corticale uni-sau bilaterale
 - e. hidronefroza de diferite grade
302. Debutul clinic al glomerulonefritei acute poststreptococice poate cuprinde:
- a. hematurie
 - b. edeme
 - c. hipotensiune arterială
 - d. cianoză
 - e. poliurie
303. **Complicațiile pielonefritei cronice sunt următoarele:**
- a. HTA
 - b. Pionefroza
 - c. Șoc toxico-septic
 - d. Tuberculoza renală
 - e. Boala cronică de rinichi
304. Nefropatia de reflux se caracterizează prin:
- a. Apariția la copiii cu infecții de tract urinar
 - b. Dezvoltare fizică deficitară
 - c. Rinichi de dimensiuni normale
 - d. Apariția HTA la toți pacienții
 - e. Nu evoluează spre boală cronică de rinichi

TEMA 24 Convulsiile la copil

305. * Următoarele afirmații despre convulsiile la copil sunt false:
- a. se definesc ca fiind un episod brusc și stereotip cu modificări în activitatea motorie, comportamentală, senzitivo-senzorială, emoțională
 - b. apar datorită unei descărcări electro-chimice anormale la nivel cerebral
 - c. gradul de maturarea al SNC nu influențează aspectul clinic
 - d. manifestările clinice sunt foarte variate
 - e. pot afecta copiii de toate vârstele
306. Convulsiile neonatale se caracterizează prin:
- a. se definesc ca tulburări paroxistice ce apar în primele 4 săptămâni de viață
 - b. au o incidență de 10-20%
 - c. pot fi "minore", clonice multifocale, clonice focale, tonice și mioclonice

- d. cauzele cele mai frecvente sunt: EHI, hemoragia cerebrală, neuroinfecțiile, malformațiile cerebrale, bolile metabolice
 - e. prognosticul este sever, cu o rată a mortalității de peste 15%
307. Următoarele afirmații despre hipoglicemia neonatală sunt adevarate:
- a. se definește ca o valoare a glicemiei < 30mg/dl la nou-născutul la termen în primele 72 ore
 - b. se definește ca o valoare a glicemiei < 20mg/dl la nou-născutul la termen după primele 72 ore
 - c. tabloul clinic: hiperexcitabilitate, tremurături, apnee, cianoză, apatie, vărsături, hipotonie, etc
 - d. EEG interictal evidențiază descărcări de unde lente în regiunile centrale
 - e. la nou-născuții cu risc înalt de hipoglicemie nu se recomandă profilaxia convulsiilor
308. Convulsiile febrile se caracterizează prin:
- a. sunt prototipul crizelor epileptice ocazionale
 - b. survin în cursul hiperpirexiei (>38,5 °C)
 - c. apar la copii cu vârsta între 3 luni-5 ani
 - d. în absența unei suferințe cerebrale acute sau cronice
 - e. a prezentat anterior convulsii febrile
309. * Următoarele afirmații despre convulsiile febrile complexe sunt false:
- a. apar de obicei înainte de vârsta de 1 an
 - b. sunt unilaterale
 - c. au o durată de peste 15 minute
 - d. se repetă de obicei în decursul unei zile
 - e. apar la copii normali, fără anomalii neurologice sau retard
310. Diagnosticul diferențial al convulsiilor la copil se va face cu:
- a. sincopa
 - b. spasmul hohotului de plâns
 - c. crizele psihogene
 - d. manifestări paroxistice epileptice de somn
 - e. migrena
311. Complicațiile crizelor epileptice sunt următoarele, cu excepția:
- a. traumatismele cerebrale
 - b. boli metabolice
 - c. efectele secundare ale medicamentelor antiepileptice
 - d. status epileptic
 - e. meningita, encefalita
312. Următoarele afirmații despre tratamentul crizei epileptice sunt adevarate:
- a. nu se recomandă poziționarea pacientului în decubit lateral
 - b. se menține permeabilitatea căilor aeriene
 - c. se administrează tratament anticonvulsivant: Diazepam intravenos sau intrarectal
 - d. durata tratamentului nu depinde de tipul sindromului epileptic
 - e. se recomandă cea mai mică doză care asigură controlul crizelor fără apariția efectelor adverse
313. Tratamentul statusului epileptic constă în:

- a. monitorizarea funcțiilor vitale
- b. prelevare de sânge pentru glicemie, electroliți, uree, hemoleucogramă, etc
- c. tratamentul farmacologic nu se inițiază de urgență
- d. culturi din produse biologice în cazul în care se suspicionează o etiologie infecțioasă
- e. în caz de status epileptic refractar se recomandă medicație antiepileptică de prima sau a II-a linie

314. Următoarele afirmații despre statusul epileptic sunt adevarate:
- a. necesită diagnostic și tratament prompt
 - b. etiologia variază în funcție de vârsta pacientului
 - c. în 51% din cazuri crizele recurente sunt secundare unei cauze infecțioase
 - d. poate fi non-convulsiv sau convulsiv
 - e. cel mai frecvent apare datorită sevrajului medicamentelor antiepileptice
315. Triada din sindromul West cuprinde:
- a. mioclonii
 - b. spasme epileptice în flexie/extensie
 - c. crize epileptice polimorfe generalizate
 - d. hipsaritmie
 - e. oprire sau regres în dezvoltarea neuropsihomotorie

TEMA 25 Infecțiile de căi aeriene superioare la copil

316. Următoarele afirmații despre angina acută streptococică sunt adevarate:
- a. Reprezintă 37% din cazurile de faringită acută la copilul de peste 5 ani
 - b. Peak-ul de incidență se înregistrează în primii ani de școală
 - c. Peak-ul de incidență se înregistrează în primii 2-3 ani de viață
 - d. Este mai frecventă toamna și vara
 - e. Este mai frecventă iarna și primăvara
317. Următoarele afirmații despre angina acută streptococică sunt adevarate:
- a. În perioada de stare copilul prezintă hiperemie faringiană intensă, amigdale hipertrofice cu depozite albicioase purulente, febră scarlatiniformă, limba roșie zmeurie
 - b. adenopatia cervicală anterioară se asociază rareori
 - c. dintre explorările paraclinice se recomandă: culturi faringiene, test rapid de diagnostic (RADT), hemograma completă, reactanți de fază acută
 - d. ASLO se recomandă doar pentru depistarea infecțiilor streptococice
 - e. ASLO se recomanda atât pentru depistarea infecțiilor streptococice cât și pentru urmărirea evoluției acesteia
318. Laringita acută se caracterizează prin:
- a. Vârsta de apariție între 3 luni- 5 ani, peak la vârsta de 2 ani
 - b. Este mai frecventă la fete
 - c. Etiologia în majoritatea cazurilor este de origine virală
 - d. Etiologia bacteriană este mai frecventă (Haemophilus influenza, Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus)
 - e. Se clasifică în laringita acută simplă și laringita obstructivă

319. Laringita acută edematoasă subglotică (crupul):
- Reprezintă un proces inflamator acut în care edemul cuprinde regiunile glotice și subglotice
 - Prodromul este absent
 - Copilul prezintă tuse lătrătoare, disfonie, stridor inspirator, tiraj suprasternal și supraclavicular, dispnee inspiratorie, febră
 - În formele medii/severe se asigură atmosferă umedă, hidratarea copilului, aerosoli cu epinefrină racemică, la nevoie corticosteroizi, oxigen
 - Se administrează antibioterapie profilactică
320. Următoarele afirmații despre epiglottita acută sunt false:
- Este o infecție virală rapid progresivă
 - Etiologia este reprezentată de Haemophilus influenza tip B
 - Debutul este lent, cu febră, dispnee expiratorie, stare generală relativ bună
 - În perioada de stare copilul prezintă febră înaltă, aspect toxic, letargie, copilul are o poziție "în tripod", prezintă disfagie, ptialism
 - Reprezintă o urgență medicală cu internare obligatorie într-o unitate de terapie intensivă
321. Otita medie acută se caracterizează prin:
- Reprezintă cea mai frecventă infecție bacteriană la copilul mare
 - Este o complicație frecventă a rinitei și rinofaringitei acute
 - Este cea mai rară cauză de hipoacuzie la copil
 - Calea principală de infecție a urechii medii este prin trompa lui Eustachio
 - Cel mai frecvent etiologia este bacteriană
322. *Diagnosticul diferențial al epiglottitei cuprinde următoarele, cu excepția:
- abcesul retrofaringian
 - aspirația de corpi străini
 - traheita bacteriană
 - pneumonia
 - inelul vascular ce determină compresie extrinsecă asupra căilor respiratorii
323. Otomastoidita sugarului se caracterizează prin:
- Reprezintă o inflamație a mucoasei urechii medii și a cavităților ososase din stânca temporală
 - Are două forme clinice
 - Forma latentă apare la sugarii eutrofici, având un debut brusc, cu febră mare, simptome auriculare și manifestări generale intense
 - Forma manifestă apare mai ales la malnutriți, prematuri, copii cu deficite imune, având un debut insidios și se prezintă cu semnele unei boli generale
 - Reprezintă o complicație intratemporală a otitei medii acute
324. Complicațiile care pot apărea în evoluția otitelor sunt:
- Mastoidita acută sau cronică
 - Meningita acută
 - Abces cerebral
 - Bacteriemie/septicemie
 - Pneumonie

325. * * Angina acuta streptococică nu se caracterizează prin:
- Etiologie: streptococ beta-hemolitic de grup A
 - Simptomatologia cedează la 24 ore de la începerea antibioterapiei
 - Debutul este rapid
 - Pacientul prezintă disfagie, febră înaltă, frison, fără tuse, rinoree, disfonie
 - Perioada de incubație este de 7-10 zile
326. * Scorul CENTOR pentru diagnosticul infecției cu Streptococ beta-hemolitic grup A constă în următoarele, cu excepția:
- Absența tusei
 - Tumefierea ganglionilor limfatici cervicali anteriori
 - febra < 38.0 °C
 - exudat tonsilar sau tumefierea amigdalelor
 - vârsta 3-14 ani
327. Complicațiile sistemice care pot apărea în evoluția unei otite sunt:
- Bacteriemia
 - Paralizia nervului facial
 - Hidrocefalia
 - Tromboza sinusului lateral
 - Artrita septică

TEMA 26 Principii generale de nutriție și alimentație la copil

328. Următoarele afirmații despre alimentația naturală sunt adevărate:
- Reprezintă alimentația cu lapte matern a nou-născutului și sugarului în primele 6 luni de viață
 - Asigură o rație echilibrată în principii nutritive
 - Laptele de mamă este parțial adaptat nevoilor nutritive ale sugarului
 - Laptele de mamă oferă protecție antiinfecțioasă și antialergică
 - Asigură un transfer activ de anticorpi de la mamă la copil
329. * Compoziția laptelui de mamă NU depinde de:
- Stadiul lactației
 - Nașterea prematură
 - Greutatea mamei
 - Începutul sau sfârșitul unui supt
 - Necesarul de lapte al sugarului
330. Următoarele afirmații despre laptele uman matur sunt adevărate:
- Are o compoziție constantă pe tot parcursul perioadei de lactație, cu variații moderate
 - Are valoare biologică crescută datorită conținutului în vitamine și enzime
 - Are un conținut în proteine de 11g/l
 - Are un conținut în săruri minerale de 5g/l
 - Are un conținut în glucide de 60g/l
331. Referitor la rația alimentară în alimentația naturală sunt adevărate următoarele:

- a. există reguli absolute de stabilire a rației alimentare
 - b. Nu se acceptă alimentația "la cerere"
 - c. Se recomandă ca nou-născutul să fie pus la sân în primele 3-6 ore de viață
 - d. Criteriul unei alimentații corecte îl reprezintă curba ponderală, care trebuie să se mențină constant ascendentă
 - e. Sporul zilnic ponderal este 20-30g
332. Următoarele afirmații despre formulele de start pentru sugari sunt false:
- a. Sursa de proteine este cazeina hidrolizată
 - b. Sărurile minerale sunt reduse
 - c. Raportul Ca/P este menținut la valori de 1,2-2,2
 - d. Sunt îmbogățite cu vitamine și oligoelemente
 - e. Conținutul maxim de Na este de 100mEq/100ml
333. Formulele hipoalergenice pentru alimentația sugarului;
- a. Sunt produse dietetice profund modificate
 - b. Sunt greu digerabile și absorbabile
 - c. Sursele de glucide sunt polimerii de glucoză
 - d. Sursa de proteină este cazeina hidrolizată enzimatic
 - e. Sursa de proteină este laptele de vacă
334. Diversificarea alimentației sugarului recunoaște următoarele aspecte:
- a. Introducerea progresivă de alimente solide și semisolide
 - b. La sugarul cu vârsta de peste 4-6 luni
 - c. Introducerea unui aliment se face progresiv și selectiv
 - d. Alegerea momentului diversificării nu depinde de laptele primit anterior de sugar
 - e. Introducerea unui aliment nou se va face numai la sugarul sănătos
335. * Următoarele afirmații despre diversificarea precoce sunt false:
- a. Favorizează apariția alergiilor alimentare
 - b. Favorizează apariția colonului iritabil
 - c. Introducerea precoce a făinosului (glutenului) poate duce la apariția celiachiei
 - d. Supraalimentația favorizează obezitatea
 - e. Se realizează în jurul vârstei de 4-6 luni
336. Formulele dietetice din soia pentru alimentația sugarilor:
- a. Conțin exclusiv lipide animale
 - b. Nu conțin lactoză
 - c. Sunt contraindicate în intoleranța la lactoză și în galactozemie
 - d. Trebuie evitate în tratamentul dietetic al prematurilor, în fibroza chistică
 - e. Se evită la sugarii sub 6 luni care prezintă un teren alergic
337. Alimentația preșcolarului:
- a. Se aseamănă cu a adultului
 - b. Nevoile nutritive sunt foarte mici
 - c. Necesarul de proteine este de 2g/kg/zi, fiind asigurat în proporție de 2/3 de proteine de origine animală și 1/3 proteine vegetale

- d. Necesarul caloric al preșcolarului este de 200kcal/kg/zi
- e. Necesarul de lipide este de 10g/kg/zi, iar cel de glucide de 2-3g/kg/zi

TEMA 27 Malnutriția și rahitismul carențial la copil

338. * Factorii cu rol determinant în producerea malnutriției sunt următorii, cu excepția:
- a. Carențele nutriționale
 - b. Bolile infecțioase acute și cronice
 - c. Boli organice cronice
 - d. Deficiențe de îngrijire
 - e. Condiții nefavorabile de mediu
339. Malnutritia protein-calorică de grad I se caracterizează prin:
- a. $IP = 0,90-0,76$
 - b. Deficit ponderal 25-40%
 - c. Talie scăzută
 - d. Țesut adipos diminuat pe abdomen și torace
 - e. Toleranța digestivă scăzută, apetit scăzut
340. Malnutriția protein-calorică grad II se caracterizează prin:
- a. indice ponderal $<0,6$
 - b. talie scăzută
 - c. tegumente cu tulburări trofice
 - d. toleranță digestivă scăzută
 - e. este reversibilă
341. Malnutriția protein-calorică de grad III se caracterizează prin:
- a. Deficit ponderal $>40\%$
 - b. Talie scăzută
 - c. Tegumente cu tulburări trofice
 - d. Toleranța digestivă scăzută, apetit scăzut
 - e. Absența bulei Bichat
342. Criteriile de evaluare a eficienței tratamentului malnutriției sunt:
- a. Tranzitul intestinal modificat
 - b. Reluarea creșterii ponderale apare la 2-3 săptămâni de la normalizarea scaunelor
 - c. Redresarea imună (25-30 zile)
 - d. Recuperarea clinică (după 6-8 săptămâni)
 - e. Menținerea retardului în dezvoltarea psihică și motorie
343. * Următoarele afirmații despre marasmul sever sunt false:
- a. hipoglicemia determină hipoinsulinemism, care va conduce la lipoliză accentuată
 - b. diminuarea catabolismului proteic muscular
 - c. încetinirea până la oprire a creșterii în lungime
 - d. perturbarea imunității față de infecții
 - e. toleranță digestivă compromisă

344. Semnele osoase întâlnite în rahitismul carențial sunt următoarele:
- a. Craniotabes după vârsta de 3 luni
 - b. Bose frontale și parietale, frunte olimpiacă
 - c. Torace rahitic: mățanii costale, șanț Harrison, torace evazat la baze, stern înfundat sau proeminent
 - d. Lipsa afectării membrelor inferioare și a coloanei vertebrale
 - e. Membrele superioare prezintă brățări rahitice
345. Semnele patognomonice evidente radiologic în cadrul rahitismului carențial sunt:
- a. Lățirea metafizelor oaselor lungi
 - b. Prezența spiculilor laterali
 - c. Întârzierea de osificare a nucleilor de creștere
 - d. Oasele lungi sunt normal mineralizate
 - e. Absența fracturilor la nivelul oaselor lungi
346. Semnele patognomonice evidente radiologic în cadrul rahitismului carențial sunt:
- a. Latirea metafizelor oaselor lungi
 - b. Prezența spiculilor laterali
 - c. Întârzierea de osificare a nucleilor de creștere
 - d. Oasele lungi sunt normal mineralizate
 - e. Absența fracturilor la nivelul oaselor lungi
347. Următoarele afirmații despre tratamentul rahitismului carențial sunt adevărate:
- a. Profilaxia rahitismului se va începe doar din perioada postnatală
 - b. Profilaxia postnatală la sugar se va face prin administrare de vitamină D3 începând cu vârsta de 7 zile continuu până la vârsta de 18 luni
 - c. Tratamentul curativ constă în administrarea de 800 UI vitamină D3/zi timp de 6 luni
 - d. Tratamentul curativ cu vitamină D se recomandă doar după confirmarea clinică, radiologică și biologică
 - e. Preparatele injectabile de vitamină D se recomandă în toate cazurile
348. Semne de mare gravitate la un copil cu Kwashiorkor sunt următoarele:
- a. Bradicardie
 - b. Hipotensiune
 - c. Hepatomegalie severă
 - d. Modificări ale fanerelor
 - e. Hiperkeratoză

TEMA 28 Infecțiile perinatale

349. * Principalele căi majore de transmitere a infecțiilor perinatale sunt următoarele cu excepția:
- a. Infecții hematogene transplacentare
 - b. Infecții ascendente (transcervicale)
 - c. Infecția fătului în momentul nașterii (intranatale)
 - d. Infecții postnatale (de la mamă)
 - e. Infecții nosocomiale

350. Rubeola congenitală se caracterizează prin:
- a. Este secundară infecției rubeolice materne în timpul sarcinii, virusul fiind transmis transplacentar embrionului/fătului
 - b. Cele mai frecvente manifestări clinice sunt: oculare, cardiace, auditive și neurologice
 - c. Există terapie specifică
 - d. Toți nou-născuții sunt simptomatici de la naștere
 - e. Sugarii pot prezenta: retard de creștere, hepatosplenomegalie, icter, trombocitopenie, osteopatie
351. Următoarele afirmații despre infecția congenitală cu citomegalovirus (CMV) sunt adevărate:
- a. Este principala cauză de hipoacuzie neurosenzorială, retard mental, retinopate și paralizie cerebrală
 - b. Infecția intranatală sau postnatală cu CMV nu produce manifestări clinice sau sechele neurologice
 - c. Mortalitatea este de 90% la nou-născuții simptomatici
 - d. Toți nou-născuții cu infecție congenitală cu CMV prezintă manifestări la naștere
 - e. Metodele serologice reprezintă "gold standardul" pentru diagnosticul infecției congenitale cu CMV
352. Următoarele afirmații despre infecția perinatală cu virusul Herpes Simplex (VHS) sunt false:
- a. Infecția neonatală cu virusul Herpes Simplex este fie ascendentă, fie intranatală
 - b. Nașterea prin secțiune cezariană crește riscul transmisiei intranatale a virusului
 - c. HSV-2 este responsabil de 70-85% din infecțiile neonatale
 - d. Infecția diseminată cu HSV trebuie luată în considerare la orice nou-născut cu manifestări de sepsis, disfuncție hepatică severă și culturi bacteriologice negative
 - e. Tratamentul cu Aciclovir reprezintă o contraindicație la sugarii suspecți sau diagnosticați cu HSV
353. Următoarele afirmații despre infecția perinatală cu *Neisseria gonorrhoeae* sunt adevărate:
- a. Transmiterea infecției are loc, de obicei, intranatal
 - b. Oftalmia gonococică debutează după 3-7 zile de viață, sugarul prezintă secreții purulente, hiperemie conjunctivală marcată, chemosis
 - c. Netratată oftalmia gonococică evoluează favorabil
 - d. Alte localizări posibile ale infecției sunt: abcesul scalpului, vaginita sau boala diseminată
 - e. Profilaxia oftalmiei gonococice se face doar la nou-născuții infectați, prin administrare topică oculară de nitrat de argint, eritromicină sau tetraciclină
354. Următoarele afirmații despre infecția perinatală cu *Chlamydia trachomatis* sunt adevărate:
- a. Este cea mai frecventă boală transmisă sexual
 - b. Majoritatea indivizilor infectați sunt simptomatici
 - c. Tratamentul nou-născuților cu conjunctivită și/sau pneumonie se face prin administrare de Eritromicină sau Azitromicină
 - d. Poate determina: avort spontan, ruptură prematură de membrane, naștere prematură, deces neonatal, conjunctivită, pneumonie
 - e. Pneumonia se caracterizează prin: prezența febrei, wheezing, tuse productivă, raluri umede

355. Următoarele afirmații despre infecția perinatală cu *Treponema Pallidum* (sifilisul congenital) sunt false:
- a. Apare cel mai frecvent ca urmare a transmisiei transplacentare a infecției la făt
 - b. Manifestările clinice ale sifilisului congenital precoce sunt: hepatosplenomegalie, adenopatie, rinoree cu obstrucție nazală, leziuni cutaneomucoase, osoase, anemie hemolitică, trombocitopenie
 - c. Triada Hutchinson este patognomonică pentru rubeola congenitală
 - d. Tratamentul de elecție constă în administrarea de Penicilina G parenteral timp de 5 zile
 - e. Cazul confirmat este acela în care nou-născutul prezintă un test serologic treponemic pentru anticorpi de tip IgM pozitiv
356. Următoarele afirmații despre infecția congenitală cu toxoplasma gondii sunt adevărate:
- a. Triada Hutchinson este patognomonică
 - b. Transmiterea infecției se face transplacentar
 - c. Infecția simptomatică se manifestă prin retard de creștere intrauterină, corioretinită, convulsii, icter, hidrocefalie, calcificări intracraniene, hepatosplenomegalie, cataractă
 - d. Tratamentul de elecție constă în administrarea de Penicilina G parenteral timp de 10 zile
 - e. Se tratează cu pirimetamina asociată cu sulfadiazine
357. Diagnosticul infecției congenitale cu toxoplasma gondii se bazează pe:
- a. Prezența hidrocefaliei, corioretinitei, calcificărilor intracerebrale
 - b. Creșterea la sugar a anticorpilor specifici tip IgA sau IgM în primele 6 luni de viață
 - c. Persistența anticorpilor specifici de tip IgG după vârsta de 12 luni
 - d. Cultura din raclajul conjunctivei
 - e. Testul microhemaglutinării pentru *T. pallidum*
358. * Manifestările clinice caracteristice infecției congenitale cu citomegalovirus sunt următoarele, cu excepția:
- a. Creșterea intrauterină corespunzătoare
 - b. Microcefalie
 - c. Corioretinita, hipoacuzie
 - d. Hepatosplenomegalie
 - e. Calcificări intracraniene

TEMA 29 Accidentele vasculare cerebrale

359. * Următoarea afirmație legată de accidentele vasculare cerebrale (AVC) este adevărată:
- a. Apar secundar creșterii cantitative și ca durată a debitului sanguin cerebral
 - b. Se produc exclusiv în teritoriul unui vas cerebral arterial
 - c. AVC sunt sinonime cu bolile cerebrovasculare
 - d. La nivel mondial, reprezintă a 3-a cauză de morbiditate la nivel populațional
 - e. Produc numai handicap fizic
360. * Măsura terapeutică specifică din hemoragia subarahnoidiană anevrismală este:
- a. Cliparea anevrismului prin intervenție pe craniu deschis este unica metodă de tratament curativ în această patologie

- b. Pacienții trebuie supravegheați permanent în prima săptămână de la debut pentru apariția unei eventuale hidrocefalii
 - c. Folosirea fibrinoliticele este astăzi acceptată dar numai la debutul simptomatologiei
 - d. Administrarea soluției saline hipertone este total contraindicată datorită riscului de producere a hipertensiune arterială
 - e. Embolizarea endovasculară a anevrismului rupt reduce riscul de resângere și se realizează în funcție de morfologia și localizarea anevrismului
361. Funcțiile majore ale barierei hematoencefalice (BHE) sunt:
- a. Evacuarea spre circulația venoasă a substanțelor rezultate din metabolismul celular
 - b. Asigurarea în condiții optime a nutriției țesutului nervos
 - c. Endoteliul BHE nu are rol în funcția antitrombotică, aceasta fiind secundară plachetelor sanguine
 - d. Nu permite trecerea din sânge către țesutul cerebral a substanțelor potențial toxice
 - e. Disfuncția BHE poartă denumirea de mismatch
362. Următoarele afirmații privind atacul ischemic tranzitoriu (AIT) sunt adevărate:
- a. Are factorii de risc și cauzele complet diferite de cele ale infarctului cerebral, de unde și termenul de tranzitoriu
 - b. Se diferențiază de infarctul cerebral prin reversibilitatea clinică totală într-un interval de timp limitat
 - c. Poate să se manifeste printr-o ischemie retiniană
 - d. Se diferențiază de infarctul cerebral prin absența leziunilor structurale cerebrale decelabile imagistic prin IRM (imagistică prin rezonanță magnetică)
 - e. Atacul de migrenă este o formă clinică particulară de AIT
363. Mecanismele de producere ale accidentelor vasculare cerebrale ischemice aterotrombotice sunt:
- a. Plăcile instabile de aterom
 - b. Disecția arterială locală care este favorizată de o placă de aterom ulcerată
 - c. Apariția lentă a unei stenoze ateromatoase segmentare se poate complica cu o tromboză locală
 - d. AVC hemodinamic poate fi cauzat de o scădere bruscă a tensiunii arteriale sistemice
 - e. Fibrilația arterială este cauza cea mai frecventă de producere a acestora
364. AVC ischemic lacunar care se manifestă clinic prin hemipareză pur motorie, are următoarele localizări topografice:
- a. Talamusul prin infarct în teritoriul arterelor perforante talamice
 - b. Pedunculul cerebelar inferior prin infarct în teritoriul arterei vertebrale
 - c. În teritoriul arterelor lenticulo-striate
 - d. În teritoriul arterelor paramediane pontine
 - e. În teritoriul arterelor paramediane mezencefalice
365. Diagnosticul imagistic al AVC ischemice:
- a. Trebuie efectuat cu maximă urgență
 - b. Examenul CT de urgență care este aparent normal exclude diagnosticul de AVC ischemic.
 - c. Evidențierea ștergerii girațiilor într-o zonă a unui emisfer cerebral permite cu certitudine excluderea diagnosticului de AVC ischemic
 - d. Examinarea prin IRM cerebral nu se indică în suspiciunea de AVC ischemic acut

- e. Evidențierea ștergerii liniei de demarcație între cortex și substanța albă subcorticală reprezintă un semn precoce tomografic
366. Măsurile terapeutice specifice în AVC ischemice sunt:
- a. Administrarea de masă trombocitară ca tratament de substituție în majoritatea cazurilor
 - b. Factorul VIIa trebuie administrat intravenos în primele 4,5 ore de la debut
 - c. Aspirina pe cale orală în doză de 300mg este indicată în primele 48 de ore de la debutul AVC ischemic, cu excepția cazurilor care au beneficiat de fibrinoliză
 - d. Reperfuzia vasculară printr-o procedură intervențională neuroradiologică endovasculară se recomandă într-o fereastră terapeutică de maxim 24 ore
 - e. Craniectomia decompresivă se recomandă uneori în cazul edemului cerebral malign
367. Terapia anticoagulantă orală are următoarele indicații în terapia AVC ischemic:
- a. Fibrilația atrială
 - b. Protezele valvulare metalice
 - c. Ateroscleroza cerebrală
 - d. Anevrism de sept atrial
 - e. Anevrism intracranian carotidian rupt
368. Principalele recomandări ale tratamentului chirurgical în cazul AVC hemoragic sunt:
- a. Hematoamele profunde talamice
 - b. Hematoamele localizate la mai puțin de 1 cm profunzime față de scoarță
 - c. Hematoamele cerebelare la care starea neurologică a pacientului se ameliorează
 - d. Hematoamele cu dimensiuni mai mici de 30 ml
 - e. Drenajul ventricular se indică la pacienții cu hidrocefalie secundară și cu alterarea stării de conștiență
369. Principalele recomandări legate de prevenția secundară al AVC-ului ischemic includ:
- a. controlul sistematic al tensiunii arteriale
 - b. controlul adecvat al valorilor glicemiei și tratament riguros al diabetului zaharat
 - c. controlul valorii colesterolului seric și al profilului lipidic
 - d. tratamentul antisecretor
 - e. tratamentul antialgic

TEMA 30 Poliartrita reumatoidă și lupusul eritematos sistemic

370. * Interleukina 6 (IL-6) în poliartrita reumatoidă are ca si efect:
- a. reducerea diferențierii limfocitelor T citotoxice
 - b. anemie prin stimularea sintezei hepatice a hepcidinei
 - c. reducerea proliferării sinoviocitelor
 - d. reducerea riscului cardiovascular prin influențarea metabolismului lipidic
 - e. reducerea diferențierii limfocitelor Th
371. * Printre criteriile clinice SLICC 2012 de clasificare a LES nu se regăsește:
- a. cilindrii hematici
 - b. trombocitopenia: <100000/mm³ în cel puțin 1 determinare
 - c. rash-ul maculopapular

- d. anticorpi anti-Sm pozitivi
 - e. anemia hemolitica autoimuna
372. Anticorpii anti Ro, anti La din lupusul eritematos sistemic:
- a. sunt nespecifici
 - b. nu se asociaza cu manifestarile cutanate
 - c. se coreleaza cu activitatea bolii
 - d. se asociaza cu sindromul Sicca
 - e. se asociaza cu LES neonatal
373. Anemia hemolitica din lupusul eritematos sistemic:
- a. este de tip autoimun
 - b. este de tip microangiopatic
 - c. este asociata cu test Coombs negativ
 - d. este moderata
 - e. nu se coreleaza cu activitatea bolii
374. Leziunile cutanate subacute intalnite in lupusul eritematos sistemic sunt:
- a. rar asociate cu prezenta anticorpilor anti Ro
 - b. rash-ul malar
 - c. psoriaziforme
 - d. lupusul bulos
 - e. frecvent asociate cu prezenta anticorpilor anti La
375. Caracteristicile pleureziei din poliartrita reumatoida sunt:
- a. proteine crescute
 - b. celularitate redusa
 - c. complement scazut
 - d. glucoza in cantitate crescuta
 - e. LDH crescut
376. Anticorpii ACPA(anti-citrullinated protein antibodies) in poliartrita reumatoida:
- a. apar tardiv in evolutia bolii
 - b. au specificitate mai mare decat factorul reumatoid
 - c. au sensibilitate mai mica decat factorul reumatoid
 - d. se gasesc in titru crescut in formele severe de boala
 - e. nu se coreleaza cu progresia radiologica
377. Printre agentii anti TNF-alfa utilizati in tratamentul poliartritei reumatoide se regasesc:
- a. rituximab
 - b. etanercept
 - c. abatacept
 - d. tocilizumabl
 - e. golimumab
378. Cele mai importante modificari structurale osoase din poliartrita reumatoida sunt:
- a. osteoporoza localizata

- b. osteopenia juxtaarticulara
 - c. eroziuni marginale
 - d. eroziuni centrale
 - e. eroziuni la interfata os -cartilaj
379. Cele mai importante modificari structurale osoase din poliartrita reumatoida sunt:
- a. osteoporoza localizata
 - b. osteopenia juxtaarticulara
 - c. eroziuni marginale
 - d. eroziuni centrale
 - e. eroziuni la interfata os -cartilaj
380. Subluxatia atlanto-axiala din poliartrita reumatoida se manifesta prin:
- a. durere iradiata descendent
 - b. parestezii la nivelul umerilor
 - c. parestezii la nivelul bratelor
 - d. tetrapareza spastica lent progresiva
 - e. tetrapareza spastica rapid progresiva
381. Rolul TNF α în poliartrita reumatoidă este de a:
- a. favoriza activarea și diferențierea LB
 - b. favoriza diferențierea LT citotoxice
 - c. stimula sinteza și eliberarea de citokine și mediatori proinflamatori (IL1, IL6, GM-CSF, IL8)
 - d. stimula propria sinteză de către macrofage
 - e. stimula recrutarea, migrarea, activarea, aderența pe celule endoteliale și degranularea PMN
382. Afectarea renală din lupusul eritematos sistemic se caracterizează prin:
- A). Apariția la 10% dintre pacienți
 - B). Prezența proteinuriei
 - C). Absența hematuriei
 - D). Prezența cilindriuriei
 - E). Prezența bacteriuriei

TEMA 31 Apendicita acută

383. Cei mai frecvenți agenți patogeni incriminați în etiologia apendicitei acute sunt:
- a. Escherichia coli
 - b. Streptococcus viridans
 - c. Streptococcus beta hemolytic
 - d. Clostridium difficile
 - e. Pseudomonas
384. * Apendicita acută survine cel mai frecvent:
- a. între 10 și 20 de ani
 - b. între 1 și 2 ani
 - c. între 50 și 60 de ani
 - d. între 70 – 80 de ani
 - e. la femei

385. Durerea abdominală în apendicita acută se caracterizează prin:
- semn major al apendicitei acute
 - survine de obicei în plină sănătate
 - mișcările și mersul vor calma durerea
 - inițial este resimțită în epigastriu, pentru ca apoi să se localizeze în fosa iliacă dreaptă
 - inițial este resimțită în fosa iliacă dreaptă, pentru ca apoi să se localizeze în epigastriu
386. * În apendicita acută computer tomografia decelează:
- aerocolie
 - pneumoperitoneu
 - coprolitul
 - o marire a diametrului antero-posterior la peste 7 mm și o îngroșare a peretelui apendicular
 - tromboza arterială
387. Ce caracterizează triada simptomatică Dieulafoy:
- apărare musculară generalizată
 - hiperestezie cutanată în fosa iliacă dreaptă
 - durere în fosa iliacă dreaptă
 - febră
 - apărare musculară în fosa iliacă dreaptă
388. Ce caracterizează peritonita generalizată, complicație gravă a apendicitei acute:
- apare la un interval de câteva ore până la 1-2 zile de la debutul clasic
 - starea general se alterează
 - leucocitele cresc la valori peste 15-20,000/mm³.
 - tranzitul intestinal prezent
 - apare în doi timp
389. Blocul apendicular (plastron apendicular) se caracterizează prin:
- apare de obicei la 24-72 ore de la debutul crizei, datorită virulenței mai scăzute a germenilor
 - în fosa iliacă dreaptă se decelează la palpare o zonă de împăstare dureroasă
 - bolnavul prezintă semnele generale ale procesului septic cu febră și hiperleucocitoză
 - apărare musculară generalizată
 - durere, hiperestezie cutanată și apărare musculară în fosa iliacă dreaptă
390. Remisiune a blocului apendicular se obține prin:
- regim alimentar hidric
 - local se aplică o pungă cu gheață
 - antibiototerapie masivă
 - apendicectomie
 - fără tratament
391. Avantajele abordului laparoscopic în apendicectomie sunt:
- rată mai mică de infecții de plagă
 - durere postoperatorie redusă
 - face posibilă rezolvarea altor tipuri de patologii

- d. spitalizare lungă
- e. rată mai mare de infecții de plagă

392. În cazul blocului apendicular se recomandă:
- a. urmărirea pacientului în ambulator
 - b. spitalizarea pacientului
 - c. antibioterapie
 - d. apendicectomie la 3-6 luni de la stingerea episodului acut
 - e. apendicectomie la internare

TEMA 32 Litiaza veziculei biliare și a căilor biliare

393. Triada CHARCOT sugestivă pentru o complicație obstructivă interesând calea biliară principală este formată din:
- a. Febră
 - b. Vărsături bilioase
 - c. Frisoane
 - d. Icter
 - e. Hipopotasemie
394. * Explorarea esențială pentru diagnosticul litiazei veziculare este:
- a. Scintigrafia biliară cu Technetiu
 - b. Radiografia abdominală simplă
 - c. Rezonanța magnetică nucleară
 - d. Ecografie abdominală
 - e. Colangiografia
395. Semnul COURVOISIER-TERRIER se caracterizează prin:
- a. Veziculă biliară palpabilă
 - b. Veziculă biliară dureroasă
 - c. Veziculă biliară nedureroasă
 - d. Vezicula biliară contractată
 - e. Veziculă biliară destinsă
396. Forma oligosimptomatică a litiazei veziculare se caracterizează clinic prin:
- a. Colici biliare
 - b. Balonări postprandiale
 - c. Grețuri
 - d. Cefalee
 - e. Descoperită ecografic întâmplător
397. Litiaza veziculară este favorizată de următorii factori medicamentoși:
- a. Contraceptive orale
 - b. Androgeni
 - c. Corticosteroizi
 - d. Estrogeni
 - e. Anti H₂

398. Ileusul biliar se caracterizează prin:
- Apare la pacienții tineri
 - Este datorat unei fistule bilio-digestive
 - Calculul de obicei este mare
 - Calculul se fixează la nivelul unghiului duodeno-jejunal
 - Poate genera o ocluzie intestinală joasă prin inclavare la nivelul valvei ileo-cecale
399. Sindromul coledocian minor din cadrul litiazei biliare disimulate se caracterizează prin asocierea următoarelor semne:
- Durere colicativă
 - Icter cutanat
 - Febră
 - Subfebrilități
 - Sindrom dispeptic
400. * Pilonul principal în stabilirea diagnosticului clinic de litiază a căii biliare principale în constituie:
- Triada DIEULAFOY
 - Triada WINIWARTER
 - Triada CHAUFFARD
 - Triada CHARCOT
 - Triada BARRET
401. Complicațiile litiazei căii biliare principale sunt:
- Angiocolita
 - Ciroza biliară
 - Pancreatita acută
 - Icterul mecanic
 - Neoplasmul pancreatic
402. Dezobstrucția căii biliare principale (CBP) se poate realiza în tehnicile clasice (chirurgie deschisă) prin următoarele căi:
- Transhepatic
 - Transcistic
 - Prin coledocotomie
 - Prin sfincterotomie clasică
 - Transcolecistic
403. Tehnicile minim invazive în tratamentul litiazei coledociene sunt reprezentate de:
- Radiologia intervențională
 - Chirurgia laparoscopică
 - Coledocolitotomia clasică
 - Endoscopia terapeutică
 - Explorarea uzuală și palpatorie a CBP
404. * În litiaza coledociană simplă, calea biliară principală se caracterizează prin:
- Megacoledoc aton

- b. Diverticuli de fereastră duodenală
 - c. Chisturi biliare congenitale
 - d. Stenoză postoperatorie
 - e. Normală morfo-funcțional
405. * Pentada clinică REYNOLDS caracterizează:
- a. Litiaza simplă a CBP
 - b. Ciroza biliară
 - c. Icterul mecanic
 - d. Angiocolita
 - e. Ileusul biliar
406. * În ampulomul vaterian succesiunea simptomatologiei este:
- a. Febră – frison – dureri
 - b. Febră – dureri – icter
 - c. Icter – febră – dureri
 - d. Frison – dureri – icter
 - e. Icter – lipsa febrei – dureri
407. Obiectivele tratamentului minim invaziv ale litiazei biliare veziculare și coledociene sunt:
- a. Ablația colecistului
 - b. Drenajul colecistului (Tub Kehr)
 - c. Realizarea unei derivații bilio-digestive
 - d. Dezobstrucția coledocului
 - e. Colecistectomia clasică
408. În colecistita acută litiazică, la palpare se poate constata:
- a. Ascensiune leucocitară
 - b. Vezicula biliară cu pereți îngroșați
 - c. Apărare musculară
 - d. Contractură veritabilă
 - e. Lichid pericolecistic
409. * Icterul din neoplasmul cefalopancreatic se caracterizează prin următoarele, cu excepția:
- a. este intens progresiv
 - b. este însoțit de durere
 - c. este apiretic
 - d. este însoțit de semnul Courvoisier-Terrier
 - e. este însoțit de impregnare neoplazică

TEMA 33 Pancreatita acută. Peritonite

410. * Factorul metabolic incriminat cel mai frecvent în etiologia pancreatitei acute este:
- a. Hipercalcemia
 - b. Deficitul de alpha 1- antitripsină
 - c. Ingestia de alcool

- d. Litiata biliară
 - e. Hiperlipemia
411. * Nu se mai utilizează termenul de:
- a. Pancreatită acută edematoasă
 - b. Pancreatită acută necrotică
 - c. Pancreatită acută necrotico-hemoragică
 - d. Pancreatită acută recurentă
 - e. Pancreatită cronică
412. Leziunile renale apărute ca și complicații generale ale pancreatitei acute se produc prin:
- a. Ulcerație
 - b. Transudație
 - c. Ischemie
 - d. Infecție
 - e. Inflamație
413. Pseudochistul pancreatic se caracterizează prin:
- a. Este o colecție lichidiană peripancreatică
 - b. Delimitată de un perete bine definit
 - c. Conținutul este mixt (lichidian și solid)
 - d. Este urmarea ruperii ductului pancreatic principal
 - e. Este o eventualitate frecvent întâlnită în evoluția pancreatitei acute
414. Pancreatita acută în formă ușoară se caracterizează prin:
- a. Insuficiențe tranzitorii de organ
 - b. Prezența insuficiențelor de organ peste 48 de ore
 - c. Absența insuficiențelor de organ
 - d. Absența complicațiilor locale
 - e. Prezența complicațiilor sistemice
415. * În prezent, în practica clinică, pentru aprecierea severității pancreatitei acute este preferat scorul:
- a. RANSON
 - b. MONDOR
 - c. IMRE
 - d. MARSHALL
 - e. MANDEL
416. Căile de propagare în peritonitele primare sunt reprezentate de:
- a. Calea hematogenă
 - b. Calea limfatică
 - c. Calea genitală ascendentă
 - d. Calea transmurală
 - e. Calea neuronală
417. În peritonite, caracterul durerii în funcție de etiologie este:
- a. Vagă în peritonitele primitive

- b. Intensă în peritonitele genitale
 - c. Estompată la pacienții vârstnici, țarați, neoplazici
 - d. Supraadăugată la un fond dureros preexistent în peritonitele postoperatorii
 - e. „lovitură de pumnal” în perforația ulceroasă
418. Peritonitele secundare iatrogene recunosc următoarele cauze:
- a. Perforație endoscopică accidentală
 - b. Dehiscențe anastomotice
 - c. Drenaj incorect postoperator
 - d. Clisme
 - e. Tușeul rectal
419. Cei frecvenți întâlniți germeni etiologici în peritonitele secundare sunt:
- a. Escherichia Coli
 - b. Enterococcus faecalis
 - c. Klebsiella
 - d. Bacterioides fragilis
 - e. Clostridium
420. În peritonite, sughițul este cauzat de:
- a. Iritația nervului vag
 - b. Iritația frenică
 - c. Distensia colonului
 - d. Distensia jejuno-ileală
 - e. Distensia hidroaerică a stomacului
421. Percuția abdomenului în peritonite poate decele:
- a. Durere (semnul MANDEL pozitiv)
 - b. Matitate deplasabilă în flancuri
 - c. Dispariția matității hepatice
 - d. Timpanismul centro-abdominal
 - e. Pozitivarea semnelor BLUMBERG
422. * Pentru pacienții stabili cu peritonită, care nu impun imediat o intervenție chirurgicală, investigația imagistică de elecție este:
- a. Laparoscopia
 - b. Ecografia abdominală
 - c. Radiografia abdominală simplă
 - d. Tomografia computerizată abdominală
 - e. Puncția peritoneală simplă sau puncția lavaj
423. La un pacient cu peritonită, semnele clinice care semnifică o deshidratare severă sunt:
- a. Mucoase uscate
 - b. Tulburări hidroelectrolitice
 - c. Pliul cutanat persistent
 - d. Hiperpirexia
 - e. Frisonul

424. * Un semn de laborator de gravitate al peritonitei este:
- a. Leucocitoza
 - b. Valori fals normale ale hemoglobinei
 - c. Leucopenia
 - d. Hiperpirexia
 - e. Hemoconcentrația
425. În etiologia pacienților cu dializă peritoneală, germenii cei mai frecvenți incriminați sunt:
- a. Bacilul Koch
 - b. Staphylococcus epidermitis
 - c. Staphylococcus aureus
 - d. Clostridium
 - e. Streptococcus faecalis
426. În peritonitele TBC, tratamentul chirurgical se impune în:
- a. Complicații perforative
 - b. Complicații ocluzive
 - c. Complicații pulmonare
 - d. Complicații cardiace
 - e. Complicații neurologice
427. Cauze mai rare de peritonită prin perforație gastroduodenală sunt:
- a. Ulcerul gastric
 - b. Cancerul gastric
 - c. Ulcerul duodenal
 - d. Volvulusul gastric
 - e. Gastrita acută flegmonoasă
428. Tulburările neuropsihice apărute în fazele tardive ale peritonitelor sunt:
- a. Anxietate
 - b. Agitație psihomotorie
 - c. Delir
 - d. Dezorientare temporo-spațială
 - e. Reducerea reflexelor osteo-tendinoase
429. Dezideratele intervenției chirurgicale în peritonitele acute sunt:
- a. Alegerea momentului operator
 - b. Suprimarea sursei de contaminare a peritoneului
 - c. Antibioterapia
 - d. Tratamentul propriu-zis al peritonitei
 - e. Închiderea peretelui abdominal

TEMA 34 Ocluziile intestinale și hemoragiile digestive

430. Cauze intraluminale de ocluzii intestinale mecanice sunt:
- a. Fecalomul

- b. Imperforația anală
 - c. Cancer
 - d. Corpi străini (bezoar)
 - e. Ileus biliar (calcul)
431. * Cea mai frecventă cauză de ocluzie intestinală mecanică simplă a intestinului subțire este:
- a. Tumorile intestinului
 - b. Corpi străini impactați
 - c. Ileusul biliar prin pasajul unui calcul
 - d. Bride
 - e. Fibroza chistică
432. Triada letală din sindromul OGLIVE este constituită din:
- a. Coagulopatie
 - b. Alcaloză
 - c. Hipertermie
 - d. Acidoză
 - e. Hipotermie
433. În ocluziile înalte, vărsăturile se caracterizează prin:
- a. sunt precoce
 - b. sunt tardive
 - c. sunt bilioase
 - d. sunt persistente
 - e. la început sunt bilioase apoi fecaloide
434. * Cele mai multe leziuni stenozante canceroase care duc la ocluzie intestinală a colonului sunt situate:
- a. La nivelul cecului
 - b. Pe colonul transvers
 - c. Între unghiul splenic și rect
 - d. Pe colonul ascendent
 - e. La nivelul canalului anal
435. Insuficiența respiratorie din ocluzia intestinală este cauzată de:
- a. Distensia abdominală
 - b. Limitarea ventilației pulmonare
 - c. Reducerea eficienței respirației abdominale
 - d. Acumularea de lichide și gaze în ansă
 - e. Vărsături
436. Malformațiile arteriale sau venoase ce pot duce la HDS sunt:
- a. Sindromul MALLORY-WEISS
 - b. Sindromul OSLER-RENDU-WEBER
 - c. Leziunea DIEULAFOY
 - d. Sindromul ZOLLINGER-ELLISON
 - e. Sarcomul KAPOSI

437. * Clasa FORREST II A se caracterizează endoscopic prin:
- a. Sângerare în jet
 - b. Sângerare continuă în pânză
 - c. Vas de sânge vizibil, nesîngerînd
 - d. Hematom la baza ulcerului
 - e. Leziuni fără stigmat de sângerare recentă
438. Arteriografia este utilă în diagnosticul imagistic al următoarelor afecțiuni:
- a. Leziunea DIEULAFOY
 - b. Hemosuccus pancreaticus
 - c. Fistulele arterio-portale
 - d. Hemofilie
 - e. Sindromul MALLORY-WEISS
439. Indicatori ai unei hemoragii digestive masive sunt:
- a. Ortostaza
 - b. Alcaloza
 - c. Azotemie
 - d. Hematurie
 - e. Hematochezie
440. Indicații absolute de tratament chirurgical în hemoragiile din ulcerele gastro-duodenale sunt:
- a. Șoc asociat cu hemoragii recurente
 - b. Eșecul tratamentului endoscopic
 - c. Boli asociate severe
 - d. Un grup de sânge rar
 - e. Instabilitatea hemodinamică susținută în ciuda resuscitării
441. Ulcerele de stres se caracterizează prin:
- a. În general localizate pe fundusul și corpul gastric
 - b. De cele mai multe ori sunt superficiale
 - c. Reprezintă cauza cea mai frecventă de HDS
 - d. Produc hemoragii capilare difuze
 - e. Majoritatea răspund bine la tratamentul medical
442. Patogenic, duc la HDS de cauză inflamatorii următoarele afecțiuni:
- a. Rectocolita ulcerohemoragică
 - b. Boala CROHN
 - c. Diverticulita
 - d. Enterocolita
 - e. Diverticuloza
443. Cauzele cele mai frecvente de HDI care necesită internare sunt:
- a. Diverticuloza colica
 - b. Hemoroizii
 - c. Cancerele colorectale

- d. Angiodisplaziile
- e. Infarctul enteral

444. Pentru investigarea intestinului subțire în diagnosticul unei hemoragii digestive medicale, de bază sunt:
- a. Push-endoscopy
 - b. IRM
 - c. Colonoscopia
 - d. Istoricul bolii
 - e. Videocapsula endoscopică
445. „Watermelon stomach” se caracterizează prin următoarele, cu excepția:
- a. Ectazii vasculare antrale, liniare, roșii
 - b. Mai frecvent la bărbați
 - c. Se asociază frecvent cu boli autoimune
 - d. Tratamentul de elecție este fotocoagularea cu laser
 - e. Este legată de hipo sau aclorhidie
446. Contraindicațiile absolute ale intubației nasogastrice, în hemoragiile digestive superioare, sunt următoarele:
- a. fractura de bază de craniu
 - b. varice esofagiene
 - c. coagulopatii
 - d. traumatisme severe ale feței
 - e. chirurgie nazală recentă

TEMA 35 Cancerul gastric și colorectal

447. Examenul radiologic în cancerul gastric infiltrativ poate preciza următoarele aspecte:
- a. „scândură pe valuri”
 - b. rigiditate localizată, constantă
 - c. „abdomen de lemn”
 - d. „nișă malignă”
 - e. Imagine lacunară de mici dimensiuni
448. La examenul endoscopic, cancerul gastric avansat apare sub următoarele forme macroscopice:
- a. Proliferativ (vegetant)
 - b. Subdenivelat (erodat)
 - c. Ulcerat
 - d. Supradenivelat (elevat)
 - e. Infiltrativ
449. Creșterea nivelului plasmatic postoperator al ACE la bolnavii cu cancer gastric are următoarea semnificație:
- a. Posibilă recidivă locală
 - b. Apreciere gradului anemiei
 - c. Luarea deciziei de reexplorare (second-look)

- d. Metastazare hepatică
 - e. Coexistența inflamației
450. * Stadiul III B de cancer gastric conform standardizării AJCC/UJCC este:
- a. $T_4 N_{1-3} M_0$
 - b. $T_3 N_0 M_0$
 - c. $T_3 N_2 M_0$
 - d. $T_1 N_1 M_0$
 - e. $T_{1-3} N_3 M_0$
451. Indicațiile tratamentului chirurgical de urgență în cancerul gastric sunt:
- a. Stenoza
 - b. Perforația
 - c. Hemoragia
 - d. Adenopatia supraclaviculară stângă
 - e. Metastazele hepatice
452. Indicațiile chirurgicale ale gastrectomiei radicale proximale (polară superioară) sunt:
- a. Cancerul cardiei
 - b. Cancerul subcardial
 - c. Cancerul jumătății superioare a micii curburi
 - d. Cancerul corporeal „in situ”
 - e. Cancerul esocardial
453. Care din următoarele semne clasice caracterizează cancerul gastric avansat:
- a. Palparea tumorii epigastrice
 - b. Palparea ganglionului WIRCHOFF- TROUSIER
 - c. Semnul BLUMER pozitiv
 - d. Semnul STRAUSS pozitiv
 - e. Semnul MENDEL pozitiv
454. Factorii de mediu și stilul de viață implicat în apariția cancerului colorectal sunt reprezentate de:
- a. Dietă săracă în grăsimi
 - b. Dietă bogată în fibre
 - c. Consum de alcool
 - d. Fumatul
 - e. Consum de preparate hormonale
455. În tumorile colorectale dispuse circumferențiar, aspectul caracteristic imagistic la clisma baritată este de:
- a. Șosetă
 - b. Cotor de măr
 - c. Brioșă
 - d. Pantaloni de golf
 - e. Cifra 3 inversată
456. Ecografia endorectală la cancerul rectal este utilă în aprecierea:

- a. Invaziei sfincterelor anale
 - b. Invazia ganglionilor locali
 - c. Metastază hepatică
 - d. Metastază osoasă
 - e. Gradul de infiltrare parietală tumorală
457. Tumorile colorectale mute clasic se pot manifesta prin:
- a. Sindrom TROUSSEAU
 - b. Sindromul KONING
 - c. Icter sclero-tegumentar
 - d. Fracturi patologice osoase
 - e. Tenesme rectale
458. Perforația diastatică în cancerle colorectale se caracterizează prin:
- a. Se produce în 2 timpi
 - b. Se întâlnește cel mai frecvent la nivelul cecului
 - c. Presupune o valvă ileo-cecală competentă
 - d. Este specifică cancerelor localizate la nivelul colonului sigmoid
 - e. Se însoțește de perforația juxtatumorală
459. Intervenții cu viză radicală în cancerul de rect sunt:
- a. Rezecțiile anterioare de rect cu excizie de mezorect și anastomoză
 - b. Colectomia subtotală
 - c. Colectomia în amonte de tumoare
 - d. Excizia abdomino-perineală de rect
 - e. Laparoscopia exploratorie
460. Manifestările acute în cancerul colorectal sunt reprezentate de:
- a. Infecție
 - b. Obstrucție
 - c. Perforație
 - d. Hemoragie
 - e. Necroză
461. * Gold-standard în apreciere stadializării tumorilor rectale este:
- a. Endoscopia digestivă inferioară
 - b. Computer tomograf
 - c. Rezonanță magnetică nucleară
 - d. Nivelul antigenului carcinoembrionar
 - e. PET CT
462. În funcție de gradul de diferențiere a tumorii, adenocarcinoamele moderat diferențiate se caracterizează prin:
- a. Structuri tubulare rare
 - b. Structură glandulară
 - c. Tuburi glandulare neregulate
 - d. Mitoze frecvente

e. Stromă fibrovasculară în cantitate echilibrată cu proliferare epitelială

463. Investigațiile morfologice utilizate în aprecierea extensiei tumorale gastrice sunt:

- a. ultrasonografia abdominală
- b. antigenul carcinoembrionar (ACE)
- c. tomografia computerizată
- d. examenul sângelui
- e. laparoscopia

TEMA 36 Cancerul mamar

464. Factori endogeni în etiologia cancerului mamar:

- a. antecedentele familiale de cancer mamar la o rudă de gradul I
- b. femeile aflate în preajma instalării menopauzei
- c. naștere la vârstă înaintată
- d. estrogenul, administrat în doză mare
- e. expunerea prelungită la radiații ionizante

465. Caracteristicile clinice ale unei tumori mamare maligne sunt:

- a. formă neregulată
- b. aderența la tegument
- c. aderența la planurile profunde
- d. consistență moale
- e. bine delimitate

466. Imaginile radiologice sugestive pentru cancerul mamar sunt:

- a. opacitate cu margini neregulate
- b. opacitate cu prelungiri spiculare în țesutul mamar- imagine stelată
- c. îngroșarea, edemul și retracția tegumentului
- d. opacitate hipodensă, omogenă
- e. macrocalcificări

467. Avantajele ecografiei mamare sunt:

- a. decelează diferențele de densitate
- b. oferă imagini în timp real
- c. pot ghida o puncție
- d. are un cost scăzut
- e. este dureroasă

468. * Examinarea imunohistochimică a cancerului mamar aduce informații utile:

- a. ce fac posibil diagnosticul leziunii
- b. despre determinarea prognosticului bolii
- c. cu privire la receptorii hormonal (estrogen, progesteron)
- d. ce permite o înțelegere mai bună a biologiei neoplasmului
- e. despre dimensiunea tumorii

469. Obiectivele tratamentului conservator al cancerului glandei mamare sunt:

- a. supraviețuire similară cu cea după mastectomie
- b. controlul local al bolii
- c. obținerea de informații pentru evaluarea prognostică
- d. rezultat estetic bun
- e. sânul să fie îndepărtat

470. * Contraindicația absolută a tratamentului conservator al cancerului glandei mamare este:

- a. trimestrul I sau II de sarcină
- b. raport nefavorabil între dimensiunea tumorii/sân
- c. macromastie
- d. vârsta de 25 de ani
- e. tumori de mici dimensiuni

471. Criteriile de selecție pentru reconstrucția sânelui cu țesut autolog includ:

- a. paciente tinere, cu o speranță de viață lungă
- b. susceptibilitate la complicații în cazul implanturilor sintetice
- c. cancer de sân bilateral
- d. statusul biologic al pacientei alterat
- e. metastaze la distanță

472. Boala Paget a sânelui este caracterizată prin:

- a. formă de carcinom intraductal
- b. însumează 1-4% din totalitatea cancerelor de sân
- c. afectează complexul areolomamelonar și tegumentele de la acest nivel
- d. este tumoră phyllodes sarcomatizată
- e. apare mai frecvent la bărbați

473. Cancerul mamar la bărbați:

- a. reprezintă 1% din totalul cazurilor de cancer mamar
- b. riscul de a dezvolta limfedem este mai ridicat față de femei
- c. se depistează în stadii mai avansate
- d. apare în 20% din totalul cazurilor de cancer mamar
- e. afectează complexul areolomamelonar

474. Tumora Phyllodes mamară este caracterizată de:

- a. Tablou clinic și imagistic benign
- b. Apariția adenopatiei axilare
- c. Diseminează pe cale hematogenă
- d. Prezintă un ritm rapid de creștere
- e. Potențial de transformare sarcomatoasă

TEMA 37 Traumatismele toracice și abdominale

475. La un politraumatizat insuficiența cardiacă, cu puls filiform și vene cervicale dilatate se poate datora:

- a. pneumotoracelui în tensiune
- b. tamponadei cardiace

- c. contuziei cardiace cu infarct
 - d. hemotoracelui
 - e. hemoperitoneului
476. * Toracostomia terapeutică cu tub este indicată în:
- a. pneumotorace și hemotorace
 - b. contuzie toracică
 - c. tamponadă cardiacă
 - d. fracturi costale
 - e. ruptură diafragmatică
477. Tratatamentul fracturilor costale la pacienți vârstnici constă în:
- a. kinetoterapia respiratorie activă
 - b. administrarea de aerosoli cu fluidificante ale secrețiilor bronșice
 - c. administrarea antibiotice
 - d. traheostomie
 - e. anestezia subdurală
478. În pneumotoracele sufocant se produce:
- a. acumulare progresivă de aer în cavitatea pleurală
 - b. colaps pulmonar total
 - c. împiedicarea circulației în venele mari
 - d. respirația paradoxală
 - e. respirația pendulară
479. Leziunile esofagului în evoluție se complică cu:
- a. supurații mediastinale, uneori cu germeni anaerobi
 - b. fistule eso-traheale
 - c. fistule eso-bronșice
 - d. supurații pleurale
 - e. abcese subfrenice
480. * Examinarea standard în traumatismele abdominale grave la pacienții stabili hemodinamic este:
- a. tomografia computerizată
 - b. laparoscopia diagnostică
 - c. puncția abdominală simplă
 - d. examenul ecografic
 - e. radiografia abdominală simplă
481. Puncția peritoneală diagnostică în traumatismele abdominale se indică la pacienții:
- a. instabili hemodinamic
 - b. fără sursă evidentă de hemoragie
 - c. la care ecografia abdominală (FAST) este nediagnostică
 - d. stabili hemodinamic
 - e. cu plăgi abdominale sau cu lichid în peritoneu evidențiat ecografic
482. Următoarele caracterizează hemobilia apărută după leziuni hepatice:

- a. este o complicație rară
 - b. este rezultatul rupturilor arterei hepatice în arborele biliar
 - c. cu episoade intermitente de hemoragie digestivă superioară
 - d. se tratează prin cateterism arterial selectiv și embolizare
 - e. se tratează prin sfincterotomie endoscopică.
483. În traumatismele abdominale leziunile duodenului și pancreasului sunt sugerate intraoperator de:
- a. edemul masiv
 - b. petele de steatonecroză
 - c. colorarea cu bilă a retorperitoneului
 - d. coleperitoneu
 - e. hemoperitoneu
484. În traumatismele vezicii urinare și ale uretrei, la majoritatea pacienților, sunt prezente:
- a. hematuria
 - b. disuria
 - c. dureri suprapubiane spontane și la palpare
 - d. tumefiere pararectală la tușeul rectal
 - e. apărare musculară generalizată
485. Empiemul toracic posttraumatic apare ca urmare a:
- a. Infecției hemotoracelui
 - b. Retenției de corp străin
 - c. Unei fistule bronhopleurale
 - d. Unui abces pulmonar rupt
 - e. Unei fracturi sternale
486. Pneumotoracele sufocant este caracterizat de:
- a. Existența unei rupturi pleuropulmonare extinse
 - b. Colaps pulmonar total
 - c. Respirație paradoxală
 - d. Respirație pendulară
 - e. Existența unui mecanism de supapă
487. Examenul CT toraco-abdominal, cu contrast, în leziunile esofagiene posttraumatice decelează:
- a. Hemoptizia
 - b. Pneumomediastinul
 - c. Exteriorizarea substanței de contrast paraesofagian
 - d. Disfagia
 - e. Disfonia
488. Hematoamele retroperitoneale centrale posttraumatice sunt dispuse:
- a. Între marginile mediale renale
 - b. Pelvin
 - c. De la hiatusul diafragmatic la bifurcația aortei
 - d. La nivelul șanțului parieto-colic
 - e. Prevezical

TEMA 38 Litiaza renală

489. Factori favorizanți ai litiazei reno-ureterale sunt:
- alimentația
 - factorii genetici
 - factorii metabolici
 - sexul feminin
 - anomaliile anatomice ale aparatului urinar
490. * Care dintre următoarele nu este o anomalie anatomică asociată cu apariția litiazei reno-ureterale?
- duplicația renală
 - ureterocelul
 - rinichiul spongios
 - refluxul vezico-uretero-renal
 - chistul caliceal
491. Care dintre următoarele afirmații legate de simptomatologia colicii renale sunt false?
- Durerea lombară este unilaterală, paroxistică
 - Colica renală poate asocia hipertensiune arterială
 - Colica renală se poate asocia cu diaree
 - Durerea este influențată de poziție
 - Simptomatologia colicii renale nu cuprinde fenomene neurologice
492. Care dintre următoarele sunt importante în aprecierea prognosticului pacientului cu litiază reno-ureterală?
- monitorizarea temperaturii
 - monitorizarea diurezei
 - examenul bacteriologic al urinei
 - monitorizarea pulsului
 - monitorizarea probelor de funcție renală
493. În cadrul diagnosticului litiazei reno-ureterale, ecografia reno-vezicală:
- decelează doar calculii radiotransparenți
 - oferă informații funcționale
 - oferă informații morfologice
 - decelează calculii uretrali
 - apreciază răsunetul morfologic al calculului asupra aparatului urinar
494. Indicații de îndepărtare activă a calculilor ureterali sunt:
- obstrucția persistentă
 - rinichiul sigmoid
 - durerea persistentă în ciuda unui tratament corect
 - insuficiența renală
 - rinichiul unic

495. Tratamentul medical al colicii renale asociază:
- a. antiinflamator steroidian
 - b. antispastic
 - c. antialgic
 - d. alfa blocant
 - e. gimnastică recuperatorie
496. * Care dintre următoarele nu sunt contraindicații ale ESWL (extracorporeal shock wave lithotripsy)?
- a. sarcina
 - b. obstrucția anatomică distal de calcul
 - c. infecțiile de tract urinar necontrolate
 - d. vârsta înaintată
 - e. coagulopatiile ce nu pot fi corectate
497. Ureterosopia retrogradă:
- a. este o metodă diagnostică
 - b. este o metodă terapeutică
 - c. este indicată în calculii renali din calicele superioare
 - d. necesită obligatoriu anestezie generală
 - e. poate fragmenta calculul in situ și poate extrage fragmentele
498. Condițiile patologice cel mai frecvent întâlnite în asociere cu litiaza vezicală secundară sunt:
- a. stricturile de uretră
 - b. tumorile vezicale
 - c. tumorile prostatice
 - d. refluxul vezico-uretero-renal
 - e. diverticulul vezical
499. Calculii urinari de cauze non-infecțioase cuprind:
- a. calculii de oxalat de calciu
 - b. calculii de fosfat de calciu
 - c. calculii de acid uric
 - d. calculii de cistină
 - e. calculii de xantină

TEMA 39 Diagnosticul de sarcină

500. * Care dintre următoarele sunt semne pozitive de sarcină?
- a. amenoreea
 - b. mărirea abdomenului
 - c. prezența activității cardiace fetale
 - d. modificările sânilor
 - e. palparea fătului
501. Semnele probabile de sarcină nu includ:
- a. contracțiile Braxton Hicks
 - b. tulburările digestive

- c. prezența mișcărilor active fetale
 - d. modificările uterului și ale colului uterin
 - e. percepția mișcărilor active fetale
502. Obiectivarea activității cardiace fetale:
- a. se face cu stetoscopul obstetrical monoauricular
 - b. se face prin palpare
 - c. necesită aplicarea stetoscopului obișnuit pe suprafața abdomenului gravidei
 - d. este posibilă din săptămâna a 17-a de sarcină
 - e. este posibilă din săptămâna a 19-a de sarcină
503. Zgomotele cordului fetal sunt:
- a. regulate
 - b. bine bătute, ritmice
 - c. diferențiate de suflurile uterine maternelor
 - d. cu frecvența medie de 100 bătăi/minut
 - e. cu frecvența medie de 180 bătăi/minut
504. * Înmuiera istmului uterin după 6 săptămâni de gestație este echivalentă cu semnul:
- a. McDonald
 - b. Goodell
 - c. Piskacek
 - d. Holzapfel
 - e. Hegar
505. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate privind timpii palpării obstetricale descrise de Leopold?
- a. Timpul 1 identifică partea fetală cea mai declivă
 - b. Timpul 2 stabilește diagnosticul de poziție
 - c. Timpul 1 identifică partea fetală aflată la nivelul fundului uterin
 - d. Timpul 4 necesită aplicarea simetrică a mâinilor examinatorului la nivelul abdomenului inferior
 - e. Timpul 4 stabilește diagnosticul de prezentație
506. Modificările sânilor în sarcină includ:
- a. hipopigmentația areolei mamare
 - b. apariția areolei secundare
 - c. prezența tuberculilor Montgomery- Morgagni
 - d. semnul McDonald
 - e. mărirea glandei mamare în volum
507. Diagnosticul de sarcină prin intermediul testelor biochimice se bazează pe:
- a. detectarea HCG
 - b. detectarea FSH
 - c. detectarea LH
 - d. posibilitatea de detectare a β -HCG la 6-9 zile după ovulație
 - e. posibilitatea de detectare a β -HCG la 6-9 zile de la ultima menstruație

508. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate despre translucența nucală?
- a. Translucența nucală este crescută la valori de peste 3 mm
 - b. Translucența nucală se măsoară într-un plan sagital între 11-14 săptămâni
 - c. O translucență nucală crescută sugerează existența riscului de aneuploidii fetale
 - d. Translucența nucală se măsoară în trimestrul II de sarcină
 - e. Translucența nucală reprezintă grosimea maximă a zonei dintre tegument și țesutul moale care acoperă coloana lombară fetală
509. Examinarea ecografică de prim trimestru cuprinde evaluarea:
- a. activității cardiace
 - b. lungimii cranio-caudale
 - c. uterului și a anexelor
 - d. circumferinței abdominale pentru estimarea vârstei gestaționale
 - e. buzelor fetale
510. *Cel mai fidel indicator ecografic în estimarea vârstei gestaționale, în primul trimestru de sarcină este:
- a. Diametrul biparietal (DBP)
 - b. Activitatea cardiacă
 - c. Lungimea cranio-caudală (LCC)
 - d. Evaluarea regiunii nucale fetale
 - e. Identificarea veziculei viteline

TEMA 40 Patologia preneoplazică și neoplazică a colului uterin

511. Care dintre următoarele tipuri de tulpini HPV au potențial înalt oncogen?
- a. HPV 16
 - b. HPV 11
 - c. HPV 6
 - d. HPV 18
 - e. HPV 33
512. Tipurile de tulpini HPV cu oncogenitate scăzută cuprind:
- a. HPV 16,18
 - b. HPV 6,11
 - c. HPV 40,42,43
 - d. HPV 66
 - e. HPV 31,33,35
513. Screeningul pentru leziuni preneoplazice:
- a. se recomandă începând cu vârsta de 21 ani
 - b. se recomandă o dată la 5 ani, concomitent cu testarea HPV pentru intervalul de vârstă 30-64 ani
 - c. se recomandă o dată la 3 ani pentru intervalul de vârstă 21-29 ani
 - d. necesită efectuarea concomitentă a examenului citologic și a testării HPV pentru intervalul de vârstă 21- 29 ani
 - e. necesită doar efectuarea testării HPV pentru intervalul de vârstă 30- 64 ani

514. * Simptomele leziunilor preneoplazice:
- a. includ o sângerare vaginală anormală
 - b. sunt deseori prezente
 - c. includ scăderea ponderală
 - d. sunt de obicei absente
 - e. includ leucoreea fetidă
515. Conizația:
- a. este o biopsie excizională
 - b. este un mijloc diagnostic
 - c. este un mijloc terapeutic
 - d. este un mijloc terapeutic pentru carcinomul in situ
 - e. este un mijloc terapeutic pentru cancerul de col stadiul II
516. * Diagnosticul de certitudine al cancerului de col uterin se face prin:
- a. RMN
 - b. CT
 - c. biopsie de col uterin
 - d. ecografie abdominală
 - e. PET-CT
517. Metodele distructive folosite în tratamentul leziunilor preinvazive ale colului uterin:
- a. nu furnizează piesa histologică
 - b. nu includ electrocauterizarea
 - c. cuprind excizia cu bisturiul clasic
 - d. cuprind excizia cu acul diatermic
 - e. au efecte adverse mai reduse asupra morbidității în sarcină
518. Tratamentul stadiului IA1 al cancerului de col constă în:
- a. histerectomie totală în toate cazurile
 - b. trahelectomie radicală
 - c. conizație dacă se dorește conservarea uterului
 - d. histerectomie totală simplă dacă nu se dorește conservarea uterului
 - e. limfadenectomie pelvină laparoscopică de stadializare
519. Opțiunile de tratament în stadiul IB1 al cancerului de col sunt:
- a. histerectomia radicală cu limfadenectomie pelvină
 - b. histerectomia simplă
 - c. radioterapia primară
 - d. conizația
 - e. trahelectomia radicală
520. Stadii non-chirurgicale ale cancerului de col, tratatabile cu radiochimioterapie sunt:
- a. IA
 - b. IIIA
 - c. IIIB

- d. IIA
- e. IVA

521. Radioterapia pelvină în neoplasmul de col uterin:
- a. reduce riscul recidivei centrale pelvine
 - b. se poate asocia cu chimioterapia ca tratament exclusiv în stadiile incipiente de boală
 - c. poate fi utilizată în orice stadiu ca terapie curativă unică
 - d. are efecte adverse întotdeauna mai reduse comparativ cu tratamentul chirurgical
 - e. poate reprezenta o terapie neoadjuvantă sau adjuvantă chirurgiei