

## EXAMEN DE LICENȚĂ IULIE 2024

1. Recomandările din Sepsis Six fac parte, cu excepția:  
(A) Administrarea lichidelor lent  
(B) Măsurarea nivelului lactat  
(C) Recoltarea de hemoculturi  
(D) Inițierea tratamentului antibiotic cu spectru îngust  
(E) Administrarea de oxigen pentru menținerea  $SpO_2 > 94\%$
  
2. Dintre următoarele cefalosporine doar următoarele sunt active pe *Pseudomonas aeruginosa*:  
(A) Ceftarolina  
(B) Ceftazidim  
(C) Ceftriaxon  
(D) Cefepim  
(E) Ceftobiprol
  
3. Grupele aflate la risc de a dezvolta sepsis includ, cu excepția:  
(A) Gravidele  
(B) Dependenții de alcool sau droguri intravenoase  
(C) Pacienții care nu au prezentat sepsis în antecedente  
(D) Pacienții foarte tineri (nou-născuți) și persoanele cu vârstă  $< 65$  ani  
(E) Pacienții aflați pe tratament imunosupresor
  
4. Scorul qSOFA cuprinde următoarele criterii:  
(A) Frecvență respiratorie  $\geq 22$  respirații/minut  
(B) Frecvență cardiacă  $\geq 80$ /minut  
(C) Presiune arterială sistolică  $\leq 100$  mmHg  
(D) Leucocitoză sau leucopenie  
(E) Febră sau hipotermie
  
5. Următoarele afirmații despre aminoglicozide sunt adevărate:  
(A) Au ca și mecanism de acțiune întreruperea sintezei de proteine bacteriene prin inhibarea funcției ribozomilor  
(B) Au ca și mecanism de acțiune inhibarea sintezei de ADN bacterian  
(C) Gentamicina și Teicoplanina sunt reprezentante ale acestei clase  
(D) Gentamicina și Tobramicina sunt reprezentante ale acestei clase  
(E) Sunt eficiente inclusiv pe *Pseudomonas* spp.
  
6. \*Insuficiența terminală de organ cuprinde, cu excepția:  
(A) Lactat seric  $< 2$  mmol/L  
(B) INR  $> 1,5$   
(C) APTT  $> 60$  sec  
(D) Creatinina serică  $> 170\mu\text{mol/L}$   
(E) Trombocite  $< 100 \times 10^9/\text{L}$

7. Clinic, pacientul cu șoc septic:
- (A) Necesită suport vasopresor pentru menținerea unei tensiuni arteriale medii de sub 65 mmHg
  - (B) Necesită suport vasopresor pentru menținerea unei tensiuni arteriale medii de cel puțin 65 mmHg sau mai mare
  - (C) Prezintă o concentrație scăzută a lactatului seric ( $\leq 2$  mmol/L)
  - (D) Prezintă o concentrație ridicată a lactatului seric ( $\geq 2$  mmol/L)
  - (E) Nu prezintă valoare modificată a lactatului seric
8. Cele mai frecvente bacterii cauzatoare de sepsis la consumatorii de droguri injectabile sunt, cu excepția:
- (A) *Acinetobacter baumannii*
  - (B) MRSA
  - (C) MSSA
  - (D) *Klebsiella pneumoniae*
  - (E) *Streptococcus pyogenes*
9. Printre reacțiile adverse în cazul chinolonelor nu se numără:
- (A) Ototoxicitate
  - (B) Neurotoxicitate
  - (C) Eruptii prin fotosensibilizare
  - (D) Tulburări gastrointestinale
  - (E) Sindromul omului roșu
10. \*Tratamentul antibiotic empiric la pacienții neutropenici cuprinde:
- (A) Vancomicină
  - (B) Piperacilină/Tazobactam
  - (C) Ertapenem
  - (D) Ceftriaxon
  - (E) Ticarcilină/Acid clavulanic
11. \*Insuficiența respiratorie de tip 1 se caracterizează prin următoarele:
- (A) PaO<sub>2</sub> este ridicată și PaCO<sub>2</sub> este normală sau scăzută.
  - (B) PaO<sub>2</sub> este scăzută și PaCO<sub>2</sub> este normală sau scăzută.
  - (C) PaCO<sub>2</sub> este crescută și PaO<sub>2</sub> este scăzută
  - (D) PaO<sub>2</sub> și Pa CO<sub>2</sub> sunt crescute
  - (E) PaO<sub>2</sub> este normală sau scăzută și PaCO<sub>2</sub> este scăzută
12. Insuficiența respiratorie de tipul 2:
- (A) este insuficiență respiratorie de tip hipoxemic
  - (B) este insuficiență respiratorie de tip ventilator
  - (C) cauza cea mai frecventă este Bronhopneumopatia Cronică Obstructivă
  - (D) în acest tip de insuficiență respiratorie este afectat țesutul pulmonar
  - (E) în acest tip de insuficiență respiratorie este afectată ventilația alveolară
13. Constituie indicații pentru ventilația mecanică invazivă:
- (A) Sindrom Guillan- Barre

- (B) saturația sângelui arterial în Oxigen >95%
  - (C) o valoare a Glasgow Coma Score < 8 puncte
  - (D) traumatisme complicate ale coloanei lombare
  - (E) supradozaj de medicamente din categoria opioidelor
14. Pulsoximetria:
- (A) Este o metodă de determinare a conținutului de oxigen din sângele arterial
  - (B) Este o metodă de monitorizare a saturației de oxigen în sângele arterial
  - (C) Este o metodă invazivă
  - (D) Este o metodă continuă
  - (E) Depinde de circulația periferică a pacienților
15. Capnografia:
- (A) Analizează concentrația de dioxid de carbon din inspirul pacientului
  - (B) Este utilizată pentru confirmarea intubației oro-traheale
  - (C) Este utilă pentru detectarea modificărilor acute cardiopulmonare
  - (D) Este monitorizare discontinuă
  - (E) Este utilizată pentru monitorizarea eficienței ventilației
16. \*Sindromul de Detresă Respiratorie Acută de tip moderat, conform definiției de la Berlin, se caracterizează prin:
- (A) Raport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> între 200-300 mmHg
  - (B) Raport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 300 mmHg
  - (C) Raport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 100 mmHg
  - (D) Raport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> >400 mmHg
  - (E) Raport PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> între 50-100 mmHg
17. Sindromul de Detresă Respiratorie Acută se definește prin:
- (A) Detresă respiratorie
  - (B) Complianță pulmonară crescută
  - (C) Infiltrate pulmonare neuniforme, noi, bilaterale
  - (D) Infiltrate pulmonare neuniforme, unilaterale
  - (E) Cauză non-cardiacă
18. Edemul pulmonar non-cardiogen:
- (A) Constituie cauza cea mai des întâlnită a Sindromului de Detresă Respiratorie Acută
  - (B) În cadrul acestuia apare o reducere a permeabilității vasculare
  - (C) Dintre mediatorii celulari, leucocitele au un rol cheie
  - (D) Cantitatea de surfactant este redusă
  - (E) Apare colapsul alevolelor
19. Diagnosticul diferențial al Sindromului de Detresă Respiratorie cuprinde:
- (A) Insuficiența renală cronică
  - (B) Insuficiența cardiacă
  - (C) Bronhopneumopatia Cronică Obstructivă
  - (D) Fibroza pulmonară
  - (E) Neoplasmul pulmonar
20. Printre opțiunile terapeutice ale Sindromului de Detresă Respiratorie se regăsesc:
- (A) Ventilația mecanică

- (B) Steroizii
  - (C) Supinația
  - (D) Oxidul nitric inhalator
  - (E) Prostacilinele inhalatorii
21. \*Dintre semnele clinice specifice, care apar în anumite tipuri de anemie, deformările osoase sunt caracteristice pentru:
- (A) Anemia feriprivă
  - (B) Anemia hemolitică
  - (C) Talasemia majoră
  - (D) Siclemie
  - (E) Anemia prin deficit de vitamina B12
22. Un aspect tipic al frotiului de sânge periferic în anemia feriprivă este cu:
- (A) Normocromie cu hemoglobina eritocitară medie (HEM) >27 pg
  - (B) Celulele roșii sunt microcitare, volum eritocitar mediu (VEM) < 80fL
  - (C) Există frecvente eritrocite nucleate
  - (D) Există poikilocitoză și anizocitoză
  - (E) Reticulocitoză
23. Cauzele anemiei sideroblastice dobândite sunt:
- (A) Unele medicamente cum sunt diureticele tiazidice
  - (B) Intoxicația cu benzen
  - (C) Leucemia mieloidă
  - (D) Tulburările mieloproliferative
  - (E) Deficit al enzimei  $\delta$ -ALA sintetaza
24. O anemie cu VEM crescut, cu macrocitoză pe frotiul de sânge periferic, în asociere cu o măduvă normoblastică apare în:
- (A) Hipertiroidism
  - (B) Pacienți dializați
  - (C) Tratament cu hidroxycarbamidă
  - (D) Deficitul de vitamina B12
  - (E) Excesul de alcool
25. Tabloul clinic al anemiei pernicioase este cu:
- (A) Tegumente de culoare galben-lămâie
  - (B) Glosită dureroasă
  - (C) Disfagie cu sindrom Plummer-Vinson
  - (D) Păr fragil
  - (E) Neuropatie periferică
26. \* În artrita reumatoidă factorii reumatoizi tip IgM :
- (A) Nu reprezintă un factor predictiv util al prognosticului
  - (B) Absența lor nu exclude boala
  - (C) Un titru persistent scăzut implică o sinovită persistent activă
  - (D) Un titru persistent scăzut justifică utilizarea precoce a medicației modificatoare de boală(DMARD)
  - (E) Un titru persistent scăzut implică mai multe leziuni articulare

27. Printre factorii care prezic un prognostic negativ pentru progresia artritei reumatoide precoce timpurii se regăsesc :
- (A) Redoare matinală sub 30 minute
  - (B) Sexul feminin
  - (C) Fumatul
  - (D) Afectarea asimetrică a articulațiilor mici
  - (E) Mai puțin de 4 articulații tumefiate
28. Artrita reumatoidă seronegativă :
- (A) Are predominant un model de afectare simetric
  - (B) Afectează inițial mai rar degetele
  - (C) Are un prognostic mai rezervat pe termen lung
  - (D) Unele cazuri pot progresa spre un handicap sever
  - (E) Afectează inițial mai des carpul
29. Blocanții de factor de necroză tumorală-alfa utilizați în artrita reumatoidă sunt :
- (A) Adalimumab
  - (B) Infliximab
  - (C) Rituximab
  - (D) Tocilizumab
  - (E) Golimumab
30. Printre manifestările hematologice în artrita reumatoidă sunt prezente:
- (A) De obicei anemie normocromă
  - (B) Trombocitopenie în caz de boală activă
  - (C) Pancitopenie la pacienții cu sindrom Felty
  - (D) Deseori anemie hemolitică(cu test Coombs pozitiv)
  - (E) De obicei anemie normocitară
31. Anticorpilor anti peptid citrulinați (ACPA) sunt:
- (A) Non - specifici pentru artrita reumatoidă
  - (B) Sunt de obicei prezenți în asociere cu factorul reumatoid (FR) în artrita reumatoidă
  - (C) Sunt factori predictivi pentru sinovita persistentă
  - (D) Sunt factori predictivi pentru artrita reumatoidă precoce
  - (E) Sunt factori predictivi pentru artrita inflamatorie persistentă
32. Factori care prezic un prognostic negativ pentru progresia AR precoce sunt:
- (A) Sexul feminin
  - (B) Fumatul
  - (C) ACPA
  - (D) Subnutriția
  - (E) Alcoolul
33. \*Diagnosticul diferențial al AR precoce se face cu:
- (A) Polimialgia reumatică
  - (B) Boala Lyme
  - (C) Vasculită

- (D) Gută
  - (E) Boala zgârieturii de pisică
34. \*Forma cronică, persistentă de artrită reumatoidă este:
- (A) Mono-artrită acută
  - (B) Nespecifică
  - (C) Durează 24-48 ore
  - (D) Auto-limitantă
  - (E) Cea mai tipică formă
35. Investigațiile inițiale în artrita reumatoidă includ:
- (A) VSH, PCR
  - (B) Hemograma
  - (C) Complementul
  - (D) ACPA
  - (E) Ecografia musculoscheletică
36. Definițiile ACR/EULAR din 2011 pentru remisiunea AR în studiile clinic sunt:
- (A) Număr articulații dureroase (a se exclude picioarele și gleznele)  $\leq 1$
  - (B) Număr articulații tumefiate (inclusiv picioare și glezne)  $\leq 1$
  - (C) PCR  $\leq 1\text{mg/dl}$
  - (D) Evaluarea globală a pacientului (pe o scală analogică vizuală de 10 cm)  $\leq 1$
  - (E) Număr articulații dureroase (inclusiv picioare și glezne)  $\leq 1$
37. DMARD sintetice țintite sunt:
- (A) Tofacitinib
  - (B) Baricitinib
  - (C) Tocilizumab
  - (D) Certolizumab
  - (E) Sarilumab
38. În artrita reumatoidă, un prognostic negativ este indicat de:
- (A) Titruri ridicate de VSH, PCR
  - (B) Titruri ridicate de ACPA
  - (C) Titruri ridicate de FR
  - (D) Un debut exploziv al artritei reumatoide
  - (E) Un debut insidios al artritei reumatoide
39. Genunchii în artrita reumatoidă:
- (A) Sinovita masivă și revărsatul articular răspund bine la aspirație și injecție cu glucocorticoizi
  - (B) Gonartroza secundară este frecventă
  - (C) Nu sunt afectați
  - (D) În funcție de tipul de afectare, pot dezvolta o deformare în varus și valgus
  - (E) Nu prezintă un risc pentru artroplastia totală de șold
40. Sindromul Felty este caracterizat de:
- (A) Splenomegalie
  - (B) Neutropenie
  - (C) Amiloidoză
  - (D) Pleurezie

- (E) Boală interstițială pulmonară
41. Cele mai frecvente manifestări clinice ale lupusului eritematos sistemic sunt:
- (A) Boala cerebrală
  - (B) Boala renală
  - (C) Artralgia
  - (D) Erupțiile cutanate
  - (E) Psoriazisul
42. Medicamente inductoare de lupus sunt:
- (A) Hidralazina
  - (B) Isoniazida
  - (C) Procainamida
  - (D) Penicilamina
  - (E) Azatioprina
43. \*Următoarele manifestări clinice sunt considerate rare în lupusul eritematos sistemic:
- (A) Artrita în articulații mici
  - (B) Pericardita
  - (C) Febra
  - (D) Necroza aseptică a șoldului
  - (E) Pleurezia
44. Medicamentele considerate sigure în sarcină la pacienții cu lupus eritematos sistemic sunt:
- (A) Micofenolat
  - (B) Azatioprina
  - (C) Hidroxicloroquina
  - (D) Doze mari de corticoizi
  - (E) Rituximab
45. Auto-anticorpii din lupusul eritematos sistemic sunt:
- (A) ACPA
  - (B) Factorul reumatoid
  - (C) Atc anti ADNdc
  - (D) Atc anti Ro
  - (E) Atc anti centromer
46. Care dintre următoarele afirmații cu privire la boala Graves sunt adevărate:
- (A) Reprezintă cea mai frecventă cauză de hipertiroidie
  - (B) Afectarea oculară nu reprezintă o caracteristică a bolii Graves
  - (C) Se poate asocia și cu alte patologii autoimune
  - (D) Anticorpii anti-receptor TSH (TRAb) sunt patognomonici pentru boala Graves
  - (E) Testele biochimice pun în evidență un TSH supresat, fT4 și fT3 crescute
47. Care dintre următoarele cauze reprezintă cauze frecvente ale hipertiroidismului:
- (A) Boala Graves
  - (B) Administrarea de medicamente (amiodaronă)
  - (C) Gusă multinodulară toxică
  - (D) Tumori hipofizare care secretă TSH
  - (E) Nodul/adenom toxic solitar

48. Indicațiile pentru tratamentul chirurgical sau cu iod radioactiv în hipertiroidism sunt:
- (A) Ameliorarea simptomatologiei după terapia medicamentoasă
  - (B) Efecte adverse medicamentoase persistente
  - (C) Compliantă redusă la tratamentul medicamentos
  - (D) Funcție tiroidiană în limite normale (TSH, fT4, fT3) după tratament medicamentos
  - (E) Hipertiroidism persistent după tratament medicamentos
49. \*Care este cea mai frecventă cauză a hipotiroidismului:
- (A) Deficitul de iod
  - (B) Tiroidita postpartum
  - (C) Hipotiroidismul autoimun
  - (D) Dishormonogeneza
  - (E) Boala Graves
50. Terapia de substituție hormonală a hipotiroidismului :
- (A) Se realizează cu Levotiroxină
  - (B) Doza inițială va depinde de gradul deficitului hormonal cât și de vârsta și starea de sănătate a pacientului
  - (C) Persoanele cu boala cardiacă ischemică necesită doze inițiale mai mari
  - (D) Se realizează cu Carbimazol și Propranolol
  - (E) Corectitudinea substituției este evaluată clinic și prin teste ale funcției tiroidiene
51. Următoarele tipuri de carcinom tiroidian prezintă un prognostic bun:
- (A) Carcinomul medular tiroidian
  - (B) Carcinomul papilar tiroidian
  - (C) Carcinomul folicular tiroidian
  - (D) Carcinomul anaplastic tiroidian
  - (E) Limfomul tiroidian
52. Managementul carcinomului papilar implică:
- (A) Tiroidectomie totală sau cvasi-totală în boala localizată
  - (B) Radioiodoablația nu este recomandată, majoritatea tumorilor necaptând iodul
  - (C) Tratament cu levotiroxină în doze supresive pentru reducerea riscului de recurență
  - (D) Determinarea tireoglobulinei când TSH-ul este scăzut pentru sensibilitate maximă
  - (E) Tratamentul de elecție este ablația cu iod radioactiv
53. \*Următoarele afirmații legate de carcinomul tiroidian sunt adevărate, cu excepția:
- (A) Carcinomul medular tiroidian este derivat din celulele C producătoare de calcitonină
  - (B) Markerul tumoral utilizat în monitorizarea unui carcinom papilar este tireoglobulina
  - (C) Vârsta > 40 ani și dimensiunea > 4 cm a tumorii primare reprezintă elemente de risc major în carcinomul papilar
  - (D) Carcinoamele anaplastice răspund bine la tratamentul cu iod radioactiv
  - (E) Recidivele unui carcinom papilar survin frecvent prin invazie locală sau ganglionară
54. Care din următoarele afirmații legate de carcinomul medular tiroidian sunt adevărate?
- (A) Are un comportament adesea familial
  - (B) Mutația proto-oncogenei RET este întâlnită în aproximativ 25% din cazuri
  - (C) Tratamentul de elecție este radioiodoablația

- (D) Vandetanib poate fi benefic în cazurile avansate
  - (E) Este cel mai frecvent tip de cancer tiroidian
55. Despre carcinoamele papilare si foliculare sunt adevărate următoarele afirmații:
- (A) Metastazele la distanță survin frecvent în plămâni și schelet
  - (B) TSH-ul recombinat se poate utiliza pentru stimularea tireoglobulinei
  - (C) Carcinomul folicular este cel mai frecvent tip de cancer tiroidian
  - (D) Sorafenibul se utilizează frecvent în fazele inițiale ale unui carcinom tiroidian diferențiat
  - (E) Un nivel detectabil de tireoglobulină impune efectuarea unei scintigrafii de tip whole-body cu <sup>131</sup>I
56. Diabetul zaharat este o tulburare metabolică complexă caracterizată prin:
- (A) Hiperglicemie cronică
  - (B) Deficit relativ de insulină
  - (C) Insulinorezistență
  - (D) Hipoglicemie
  - (E) Hiperuricemie
57. Diabetul zaharat prezintă următoarele complicații macrovasculare:
- (A) Boala vasculară periferică
  - (B) Infarctul miocardic
  - (C) Accidentul vascular cerebral
  - (D) Retinopatia diabetică
  - (E) Nefropatia diabetică
58. \*Diagnosticul de diabet zaharat la o persoană în vârstă de 55 de ani:
- (A) Reduce speranța de viață cu 5-6 ani
  - (B) Optimizează speranța de viață
  - (C) Scade riscul cardiovascular
  - (D) Crește calitatea vieții
  - (E) Reduce speranța de viață cu 10 ani
59. Următoarele afirmații referitoare la insulină sunt adevărate, cu excepția:
- (A) Are rol în reglarea producerii de energie la nivel celular
  - (B) Are rol în reglarea echilibrului macronutrienților proveniți din alimente
  - (C) Este alcătuită din 51 aminoacizi
  - (D) Este constituită din lanțul B și lanțul C
  - (E) Este secretată de celulele  $\alpha$  pancreatice
60. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate?
- (A) Aproximativ 50% din insulina secretată de pancreas este degradată în ficat
  - (B) Aproximativ 50% din insulina secretată de pancreas este descompusă în rinichi
  - (C) Peptidul C este un indice util al ratei de secreție al insulinei
  - (D) Insulina își exercită acțiunea prin legarea de un receptor
  - (E) După secreție insulina este transportată la rinichi, principalul organ țintă
61. Referitor la receptorul de insulină, care dintre următoarele afirmații sunt false?

- (A) Este un dimer cu 4 subunități
  - (B) Este un dimer cu 3 subunități
  - (C) Este un dimer cu 2 subunități  $\alpha$  și 2 subunități  $\beta$
  - (D) Insulina se leagă de subunitatea  $\beta$
  - (E) Complexul insulină-receptor determină activarea tirozinazei
62. Care dintre următoarele enunțuri sunt corecte?
- (A) În starea de repaus alimentar insulina reglează eliberarea glucozei de către ficat
  - (B) În starea postprandială insulina favorizează absorbția de glucoză în țesutul adipos și muscular
  - (C) Secreția de glucagon crește în perioada postprandială
  - (D) Hormonii de contrareglare ai insulinei scad producția hepatică de glucoză
  - (E) Hormonii de contrareglare ai insulinei favorizează consumul de glucoză în țesutul adipos și muscular
63. Diabetul zaharat tip 1:
- (A) Reprezintă 5-10% din toate cazurile de diabet
  - (B) Tipul 1A este forma mediată imun
  - (C) Tipul 1B este forma non-mediată imun
  - (D) Marea majoritate a cazurilor sunt de tip 1B
  - (E) LADA apare mai târziu în cursul vieții
64. Diabetul zaharat tip 1 aparține unei familii de boli mediate imun cu afectare specifică de organ care include:
- (A) Boli tiroidiene autoimune
  - (B) Boala celiacă
  - (C) Boala Addison
  - (D) Anemia aplastică
  - (E) Anemia feriprivă
65. Printre hormonii de contrareglare ai insulinei se numără:
- (A) Norepinefrina
  - (B) Cortizolul
  - (C) Glucagonul
  - (D) Hormonul de creștere
  - (E) Serotonina
66. \*Sunt considerate forme de diabet secundar următoarele, cu excepția:
- (A) Diabet secundar defectelor genetice
  - (B) Diabet secundar infecțiilor
  - (C) Diabet secundar sarcinii
  - (D) Diabet secundar bolilor pancreatice exocrine
  - (E) Diabet secundar substanțelor chimice și medicamentelor
67. Diabetul zaharat poate fi secundar următoarelor boli endocrine:
- (A) Hipotiroidism
  - (B) Sindrom Turner
  - (C) Feocromocitom
  - (D) Glucagonom

(E) Sindrom Cushing

68. Diabetul secundar postmedicamentos poate fi cauzat de:

- (A) Glucocorticoizi
- (B) Diuretice tiazidice
- (C) Antipsihotice
- (D) Blocanți de receptori  $\beta$ -adrenergici
- (E) Inhibitori de pompă de protoni

69. Forme rare de diabet mediat imun:

- (A) Sindromul omului rigid
- (B) Anticorpi antireceptori de insulină
- (C) Sindromul Prader-Willi
- (D) Coreea Huntington
- (E) Sindromul Laurence-Moon-Biedl

70. \*Antigenii insulelor pancreatice includ, cu excepția:

- (A) Glucagonul
- (B) Decarboxilaza acidului glutamic (GAD)
- (C) Tirozin fosfataza (IA-2)
- (D) Transportorul cationic ZnT8
- (E) Tetraspanina 7

71. Diabetul zaharat de tip 1:

- (A) Se caracterizează prin deficit sever de insulină
- (B) Reprezintă aproximativ 70% din cazurile de diabet
- (C) Implică declanșarea unei distrugerii autoimune a celulelor producătoare de insulină
- (D) Nu se asociază cu boli autoimune
- (E) Este prezent doar la copii

72. Criteriile de diagnostic ale diabetului conform OMS sunt următoarele:

- (A) Glicemie bazală  $>126$  mg/dL (7 mmol/L)
- (B) Glicemia în orice moment al zilei  $>140$  mg/dL (7,8 mmol/L)
- (C) HbA1c  $>6.5\%$
- (D) HbA1c  $>7.5\%$
- (E) Glicemie bazala  $>106$  mg/dL

73. Diabetul zaharat tip 1 se caracterizează prin:

- (A) Debut la vârstă tânără
- (B) Patogeneză autoimuna
- (C) Absența cetonuriei
- (D) Creștere ponderală
- (E) Valori normale ale peptidului C

74. Diabetul zaharat tip 2 se caracterizează prin:

- (A) Patogeneză autoimună

- (B) Persistența peptidului C
- (C) Fără scădere în greutate
- (D) Prezența HLA-DR3/HLA-DR4
- (E) Debutază la adulți

75. Diabetul monogenic:

- (A) Este diagnosticat sub vârsta de 30 de ani
- (B) Cunoscut ca diabetul de tip adult al tânărului (MODY – maturity-onset diabetes of the young)
- (C) Este determinat de o mutație genetică unică
- (D) Este întâlnit la persoanele cu vârstă peste 50 de ani
- (E) Afectează predominant celulele  $\alpha$

76. Care dintre următoarele enunțuri sunt adevărate:

- (A) Efectul incretinic constă în răspunsul insulenic crescut la glucoză orală în comparație cu răspunsul la glucoză intravenoasă
- (B) Efectul incretinic este mediat de hormonii intestinali GLP-1 și GIP
- (C) Acțiunea principală a hormonilor incretinici este de a reduce secreția de insulină din celulele  $\beta$
- (D) Hormonii incretinici grăbesc evacuarea gastrică
- (E) Efectul incretinic este crescut în diabetul de tip 2

77. Transportorul de Sodiu-Glucoza 2 (SGLT2):

- (A) Este o proteină de transport a glucozei dependentă de sodiu
- (B) Este localizat în tubii renali distali
- (C) Determină reabsorbția glucozei din filtratul renal
- (D) Previne pierderea de glucoză în urină
- (E) Determină glucozurie

78. Debutul acut al diabetului zaharat cuprinde următoarele simptome clasice:

- (A) Pierderea în greutate
- (B) Oligurie
- (C) Sete și polidipsie
- (D) Edeme ale membrelor inferioare
- (E) Poliurie

79. La examenul fizic al pacientului cu diabet zaharat pot fi prezente:

- (A) Scădere în greutate
- (B) Deshidratare
- (C) Respirație cu miros de cetone
- (D) Acantosis nigricans
- (E) Creștere în greutate

80. \*Următoarele sunt forme clinice ale diabetului zaharat, cu excepția:

- (A) Diabet de tip 1
- (B) Diabet insipid
- (C) Diabet de tip 2
- (D) Diabet secundar

(E) Diabet gestațional

81. \*Sunt considerate complicații ale diabetului zaharat următoarele, cu excepția:

- (A) Retinopatia
- (B) Neuropatia
- (C) Disfuncția erectilă
- (D) Ulcerul duodenal
- (E) Boală arterială periferică

82. Criteriile OMS pentru alterarea toleranței la glucoză sunt:

- (A) Glicemie a jeun între 7.8-11 mmol/L
- (B) Glicemie în condiții bazale <6 mmol/L
- (C) Glicemie la 2 ore după ingestia a 75 g glucoză între 7.8-11 mmol/L
- (D) Glicemie la 2 ore după ingestia a 75 g glucoză între 140-200 mg/dL
- (E) Glicemie în condiții bazale >7 mmol/L

83. Prevenția diabetului de tip 2 poate fi efectuată prin:

- (A) Optimizarea stilului de viață
- (B) Reducerea greutății corporale
- (C) Unele medicamente, metformin și orlistat
- (D) Scăderea aportului de fibre alimentare
- (E) Creșterea aportului de grăsimi saturate

84. \*Obiectivele controlului și tratamentului diabetului sunt, cu excepția:

- (A) Prevenirea urgențelor diabetice
- (B) Tratamentul simptomelor hiperglicemiei
- (C) Minimizarea complicațiilor pe termen lung
- (D) Evitarea hipoglicemiilor iatrogene
- (E) Menținerea nivelului colesterolului seric la valori ridicate

85. Factorii luați în considerare pentru controlul glicemic strict la persoanele cu diabet zaharat sunt:

- (A) Absența hipoglicemiilor
- (B) Durata scurtă a diabetului
- (C) Lipsa bolilor cardiovasculare
- (D) Istoric de hipoglicemie severă
- (E) Multiple comorbidități asociate

86. Dieta în cazul pacienților cu diabet zaharat:

- (A) Joacă un rol cheie în tratamentul și îngrijirea pacientului
- (B) Adoptarea unei alimentații în stil mediteranean
- (C) Consum de alimente cu indice glicemic scăzut
- (D) Scăderea în greutate prin reducerea ingestiei calorice în DZ tip 2
- (E) Consum crescut de carne roșie procesată

87. Insulina umană solubilă:

- (A) Este absorbită rapid
- (B) Atinge un vârf la 20-30 de minute după injectare subcutană
- (C) Acțiunea sa nu rezistă după mese
- (D) Absorbția este întârziată deoarece formează hexameri stabili
- (E) Trebuie injectată cu 20-30 de minute înainte de masă

88. Insulinele cu acțiune scurtă:

- (A) Trebuie injectate cu 20-30 minute înainte de masă
- (B) Ating un vârf la 20-30 de minute după administrarea subcutanată
- (C) Predispun la hipoglicemie
- (D) Analogii de insulină pătrund și dispar din circulație mai lent decât insulina solubilă
- (E) Insulinele detemir și degludec sunt insuline cu acțiune scurtă

89. Următoarele afirmații referitoare la insulină sunt adevărate, cu excepția:

- (A) Lispro, Aspart, Glulizina sunt analogi de insulină cu acțiune scurtă
- (B) Analogii de insulină cu durată lungă de acțiune au un risc mai mare de producere a hipoglicemiei
- (C) Persoanele cu acantosis nigricans au de obicei rezistență la insulină
- (D) Insulina este indicată întodeauna la persoanele cu diabet zaharat de tip 2
- (E) Persoanele cu rezistență severă la insulină necesită doze mari de insulină

90. Regimul bazal-bolus:

- (A) Este de primă alegere pentru persoanele de DZ tip 1
- (B) Este mai flexibil decât alte regimuri
- (C) Imită cel mai îndeaproape fiziologia normală a insulinei
- (D) Presupune administrarea de insulină premixată
- (E) Presupune administrarea doar de insulină bazală

91. Referitor la terapia cu insulină următoarele afirmații sunt adevărate:

- (A) Absorbția insulinei administrată subcutanat este variabilă de la o injectare la alta
- (B) Lipohipertrofia nu interferează cu absorbția insulinei
- (C) Determină scădere în greutate
- (D) Insulinele sunt cu acțiune scurtă, intermediară și lungă
- (E) Bolusurile de insulină nu trebuie ajustate la conținutul de carbohidrați al mesei

92. \*Care afirmații sunt greșite privind hipoglicemia:

- (A) Hipoglicemia semnificativă se referă la o glicemie sub 54mg/dl
- (B) Valoarea de alertă a hipoglicemiei este 70 mg/dl și necesită tratament
- (C) Este mai frecventă la persoanele cu diabet zaharat tip 2
- (D) Excesul de alcool poate precipita apariția hipoglicemiei
- (E) Exercițiul fizic neprogramat poate induce hipoglicemie

93. Următoarele afirmații referitoare la metformin sunt adevărate:

- (A) Scade producția hepatică de glucoză
- (B) Crește secreția de insulină
- (C) Reprezintă prima linie de tratament în DZ tip 2
- (D) Nu poate fi asociat cu insulina

- (E) Determină efecte adverse gastrointestinale
94. Următoarele antihiperglicemiante cresc excreția urinară a glucozei:
- (A) Gliclazid
  - (B) Acarboza
  - (C) Dapagliflozin
  - (D) Saxagliptina
  - (E) Canagliflozin
95. Agoniștii receptorilor de GLP-1:
- (A) Cresc efectul incretinic prin activarea receptorului GLP-1
  - (B) Reduc secreția de insulină
  - (C) Cresc apetitul
  - (D) Cresc secreția de glucagon
  - (E) Din această clasă fac parte: exenatide, liraglutide, dulaglutide
96. Inhibitorii de dipeptidil-peptidază-4:
- (A) Nu favorizează creșterea în greutate
  - (B) Au risc scăzut de hipoglicemie
  - (C) Pot fi folosiți în siguranță la persoanele cu insuficiență renală
  - (D) Scad incidența infarctului miocardic
  - (E) Se administrează doar în combinație cu insulină
97. Inhibitorii de SGLT2:
- (A) Pot fi utilizați în combinație cu oricare dintre celelalte medicamente antidiabetice
  - (B) Prezintă beneficii cardiovasculare
  - (C) Determină scăderea în greutate
  - (D) Nu crește riscul de hipoglicemie
  - (E) Are reacții adverse severe gastrointestinale
98. \*Modalitățile de administrare a insulinei sunt, cu excepția:
- (A) Intravenos
  - (B) Subcutanat
  - (C) Intraarterial
  - (D) Pompe de insulină
  - (E) Injectie intermitentă
99. Hemoglobina glicozilată:
- (A) Este o metodă de evaluare pe termen lung a controlului metabolic
  - (B) Arată concentrațiile medii de glucoză din sânge din ultimele 6-8 săptămâni
  - (C) Valorile normale sunt între 4-6%
  - (D) Rezultatul nu este influențat de durata de viață a hematiilor
  - (E) Este un marker fiabil al glicemiei în sarcină
100. Cetoacidoza diabetică:
- (A) Prezintă o rată a mortalității de aproximativ 1%

- (B) Este cauzată de un deficit marcat de insulină
  - (C) Apare mai frecvent în diabetul zaharat tip 2
  - (D) Apare la sistarea tratamentului cu insulină
  - (E) Prezintă niveluri scăzute ale glicemiei
101. \*Diagnosticul cetoacidozei diabetice nu include:
- (A) Hiperglicemie peste 200 mg/dL sau diabet zaharat cunoscut
  - (B) Cetonemie  $\geq 3$  mmol/L sau cetonurie semnificativă
  - (C) Bicarbonat sub 15 mmol/L
  - (D) pH venos sub 7.3
  - (E) Hiperpotasemie
102. \*Tabloul clinic al cetoacidozei cuprinde următoarele, cu excepția:
- (A) Grețuri, vărsături
  - (B) Halenă acetonemică
  - (C) Hipoventilație
  - (D) Hiperventilație
  - (E) Dureri abdominale
103. \*Managementul cetoacidozei diabetice prevede următoarele, cu excepția:
- (A) Substituția pierderilor de fluide
  - (B) Substituția pierderilor de electroliți
  - (C) Restabilirea echilibrului acido-bazic
  - (D) Substituția insulinică
  - (E) Administrarea de antidiabetice orale
104. Starea hiperosmolară hiperglicemică se caracterizează prin:
- (A) Deprimarea stării de conștiență
  - (B) Apare la tineri
  - (C) Este caracteristică diabetului zaharat tip 1
  - (D) Hiperglicemie severă
  - (E) Prezența cetozei
105. Acidoza lactică se caracterizează prin:
- (A) Acidoză metabolică severă
  - (B) Gaură anionică importantă
  - (C) Fără hiperglicemie semnificativă
  - (D) Fără cetoză semnificativă
  - (E) Nu este influențată de tratamentul cu metformin
106. Selectați afirmațiile adevărate despre retinopatia diabetică:
- (A) Prevalența sa crește cu durata diabetului zaharat
  - (B) Afectează o treime din persoanele cu diabet
  - (C) Injecțiile repetate cu agenți anti-VEGF pot controla retinopatia diabetică proliferativă
  - (D) Corticosteroidul triamcinolon reduce edemul macular pe termen scurt
  - (E) Injecțiile repetate cu agenți anti-VEGF nu pot controla maculopatia potențial cauzatoare de cecitate

107. Selectați afirmațiile corecte privind piciorul diabetic:
- (A) Diabetul este cea mai frecventă cauză de amputații non-traumatice la nivelul membrelor inferioare
  - (B) Este responsabil pentru aproximativ 50% din internări legate de diabet
  - (C) Este o complicație rară a diabetului
  - (D) Nu poate fi prevenit printr-un control glicemic adecvat
  - (E) Sensibilitatea tactilă și dureroasă nu este afectată
108. Neuropatia autonomă se manifestă prin:
- (A) Gastropareză
  - (B) Hipotensiune posturală
  - (C) Golire incompletă și stază vezicală
  - (D) Bradicardie sinusală în repaus
  - (E) Diaree autonomă caracteristică în cursul dimineții
109. Ischemia periferică față de neuropatie din cadrul piciorului diabetic se manifestă prin:
- (A) Modificări trofice
  - (B) Absența pulsului
  - (C) Picior cald
  - (D) Lipsa durerii
  - (E) Degete în gheară
110. Care sunt afirmațiile adevărate referitoare la steatoza hepatică non-alcoolică?
- (A) Prezintă acumulare de țesut fibros intrahepatic
  - (B) Se asociază cu inflamație și fibroză
  - (C) Are prevalență crescută la pacienții cu diabet zaharat tip 2
  - (D) Nu este asociată cu obezitatea centrală
  - (E) Este asociată cu insulinorezistență
111. Tratamentul nefropatiei diabetice vizează:
- (A) Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei/blocanți ai receptorilor de angiotensină II
  - (B) Evitarea administrării de inhibitori de SGLT2
  - (C) Administrare de metformin
  - (D) Tratamentul factorilor de risc cardiovascular
  - (E) Control glicemic atent
112. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate?
- (A) Mortalitatea în acidoza lactică este peste 50%
  - (B) Mortalitatea în stările hiperosmolare hiperglicemice variază între 15-20%
  - (C) Mortalitatea în cetoacidoza diabetică este de aproximativ 1%
  - (D) Diabetul de tip 1 reprezintă 90% din toate cazurile de diabet
  - (E) Diabetul de tip 2 reprezintă 10% din toate cazurile de diabet
113. \*Locurile uzuale de injectare subcutanată a insulinei sunt cele de mai jos, cu excepția:
- (A) Partea superioară a coapsei
  - (B) Partea anterioară a coapsei

- (C) Fese
  - (D) Perete abdominal
  - (E) Partea inferioară a brațelor
114. Indicațiile chirurgiei bariatrice sunt:
- (A) Obezitate morbidă
  - (B) IMC <35 kg/m<sup>2</sup>
  - (C) IMC >40 kg/m<sup>2</sup>
  - (D) IMC >35 kg/m<sup>2</sup> cu comorbidități
  - (E) Suprapondere
115. Analogii de insulină cu acțiune scurtă sunt:
- (A) Lispro
  - (B) Aspart
  - (C) Glargin
  - (D) Glulizina
  - (E) Degludec
116. \*Următoarele sunt caracteristici clinice ale atacului ischemic tranzitor în teritoriul circulației anterioare:
- (A) Ataxie
  - (B) Amauroză fugace unilaterală
  - (C) Pierdere de vedere bilaterală
  - (D) Tulburări de deglutiție și dizartrie
  - (E) Tetrapareză
117. Accidentul vascular cerebral ischemic este cauzat în principal de următoarele procese patologice:
- (A) Boala arterială și ateroscleroza vaselor mari
  - (B) Boală microvasculară cerebrală
  - (C) Tromboza la nivelul ulcerăției unei plăci aterosclerotice murale
  - (D) Mecanism cardioembolic
  - (E) Ruptura unei malformații arterio-venoase
118. Următoarele afirmații referitoare la disecțiile arterelor carotide sau vertebrale sunt adevărate:
- (A) Apar de obicei la pacienții vârstnici
  - (B) Determină AVC ischemic prin mecanism cardioembolic
  - (C) Determină frecvent durere la nivelul gâtului și a feței
  - (D) Poate determina sindrom Horner sau semne de nervi cranieni inferiori
  - (E) Pot fi consecința unui traumatism cervical banal
119. Următoarele sunt caracteristice ale infarctului de trunchi cerebral:
- (A) Deficit motor de tip tetrapareză
  - (B) Amauroza
  - (C) Afazie prin afectare corticală
  - (D) Hipoestezie facială prin afectarea nucleului nervului V
  - (E) Alterarea stării de conștiență, comă prin afectarea formațiunii reticulate

120. În tratamentul imediat al AVC ischemic acut următoarele opțiuni terapeutice sunt indicate:
- (A) Se administrează terapie cu trombolitic intravenos cât mai repede (maxim 4,5 ore de la debut) dacă nu există contraindicații
  - (B) Tromboliza intravenoasă este contraindicată dacă tensiunea arterială sistolică este > 185mmHg și tensiunea arterială diastolică > 110mmHg
  - (C) Aspirină în doză de 300mg/zi se administrează după 24 de la tromboliză sau imediat după ce o hemoragie cerebrală a fost exclusă prin examen computertomografic cerebral, dacă nu se poate efectua tromboliza
  - (D) Tratamentul anticoagulant parenteral cu heparină cu greutate moleculară mică trebuie administrat cât mai repede la toți pacienții
  - (E) Tratamentul hipertensiunii arteriale nu este necesar atâta timp cât tensiunea distolică nu depășește 100mmHg
121. \*Deliriumul este:
- (A) Stare de comă profundă
  - (B) Stare de confuzie, cu lipsa atenției, tulburări de comportament, de cogniție, de orientare
  - (C) Stare de stupor
  - (D) Stare de obnubilare
  - (E) Glasgow coma scale < 8 puncte
122. Cauzele comei pot fi:
- (A) Leziuni ale lobului occipital
  - (B) Scleroza multiplă
  - (C) Leziuni cerebrale difuze
  - (D) Boala Parkinson
  - (E) Efect de masa directă asupra trunchiului cerebral
123. Mioză importantă bilaterală la un pacient comatos poate fi sugestivă pentru:
- (A) Leziunea nervului oculomotor comun
  - (B) Intoxicație cu opioide
  - (C) Angajare subfalciformă
  - (D) Leziune pontină
  - (E) Moarte cerebrală
124. Următoarele afirmații sunt corecte despre comă:
- (A) Gradul comei nu se poate obiectiva printr-o scală deoarece coma este o afecțiune difuză a creierului
  - (B) Leziuni ale trunchiului cerebral pot induce starea de comă
  - (C) Examenul clinic al globilor oculari nu are importanță pentru stadializarea și evaluarea unor etiologii ale comelor
  - (D) Tulburările metabolice sunt cele mai frecvente cauze ale comelor
  - (E) Sindromul locked-in poate mima starea de comă
125. Caracteristicile sindromului "locked in" sunt:
- (A) Paralizie completă, cu excepția mișcărilor verticale ale globilor oculari
  - (B) Pacienții au cortexul cerebral lezat
  - (C) Pacienții au cortex cerebral funcțional
  - (D) Pacienții sunt conștienți de ceea ce se întâmplă în jurul lor

- (E) Pacienții pot comunica verbal
126. \*Următoarele afirmații referitoare la hemoragia intracerebrală sunt adevărate:
- (A) Este responsabilă de aproximativ 80% dintre accidentele vasculare cerebrale
  - (B) De obicei are un prognostic mai bun comparativ cu accidentele vasculare cerebrale ischemice, având o mortalitate mai scăzută comparativ cu acestea
  - (C) Un hematom voluminos se poate comporta ca o leziune înlocuitoare de spațiu, cauzând hipertensiune intracraniană
  - (D) Examinarea clinică a pacientului poate face distincția între hemoragie și ischemie cerebrală
  - (E) Tratamentul de elecție în cazul hemoragiei cerebrale cauzate de un puseu hipertensiv este reprezentat de vitamina K intravenos
127. Cauzele de hemoragie subarahnoidiană și patologiiile asociate acesteia sunt:
- (A) Anevrismul sacular
  - (B) Fibrilația atrială
  - (C) Malformații arteriovenoase
  - (D) Aneurisme micotice-endocardită
  - (E) Tulburări de coagulare
128. Următoarele afirmații sunt adevărate despre etiologia hemoragiilor intracerebrale:
- (A) Alcoolul nu este un factor de risc deoarece produce vasodilatație
  - (B) Excesul de cocaina poate produce hemoragie prin efectele vasopresoare ale acesteia
  - (C) Angiopatia amiloidă cauzează hemoragii recurente
  - (D) Dintre cauzele secundare se numără excesul de anticoagulate
  - (E) Ganglionii bazali sunt regiuni ale creierului care nu pot fi afectate de hemoragie datorită vascularizatei reduse în această zonă
129. Pacient de sex masculin în vârstă de 41 de ani, fără antecedente personale patologice semnificative, prezintă în mod brusc cefalee atroce . Examenul CT cerebral nativ efectuat în serviciul de urgență pune în evidență hemoragie subarahnoidiană la nivelul fisurii silviene și a fisurii interemisferice. Următoarele afirmații referitoare la management-ul acestui pacient sunt adevărate:
- (A) Este necesară efectuarea unui examen angio-CT cerebral sau a unei arteriografii prin cateterism pentru a identifica prezența unui anevrism rupt
  - (B) Este obligatorie efectuarea unei puncții lombare
  - (C) Tratamentul cu Nimodipină administrat timp de 3 săptămâni reduce mortalitatea
  - (D) Apariția spasmului arterial reprezintă un factor de prognostic bun
  - (E) În cazul în care arteriografia pune în evidență un anevrism netrombozat, în general este necesar tratamentul endovascular sau chirurgical al acestuia
130. Următoarele afirmații referitoare la hemoragia extradurală sunt adevărate:
- (A) Sângerarea extradurală se acumulează lent, uneori în decurs de săptămâni sau luni
  - (B) Apare secundar unui traumatism cerebral
  - (C) Diagnosticul se stabilește cu ajutorul imagisticii cerebrale, cel mai frecvent prin examen CT cerebral
  - (D) Este secundara ruperii arterei cerebrale medii
  - (E) Necesită intervenție neurochirurgicală de urgență

131. \*Tabloul clinic al meningitei nu cuprinde următorul semn clinic:
- (A) Cefalee
  - (B) Rigiditatea cefei
  - (C) Febră
  - (D) Fotofobie
  - (E) Cecitate corticală
132. Următoarele sunt semne clinice care pot apărea în context de meningită meningococică:
- (A) Eruptions cutanate peteșiale
  - (B) Sindrom menigean cu rigiditate nucală, cefalee
  - (C) Mișcări involuntare de tip hemibalic
  - (D) Semne de focar ca hemipareza
  - (E) Torticolis spasmodic
133. Aspectul lichidului cefalorahidian în context de meningită tuberculoasă conține următoarele:
- (A) Aspect purulent
  - (B) Număr mare de hematii și după centrifugarea acestuia
  - (C) Nivel scăzut al glucozei (glicorahie scăzută)
  - (D) Pleiocitoză cu monocitoză
  - (E) Proteinorahie normală
134. Pentru diagnosticul pozitiv al unei encefalite virale sunt necesare:
- (A) Semne clinice care la debut cuprind frecvent modificarea comportamentului și a personalității bolnavului
  - (B) Puncție pentru analiza lichidului cefalorahidian unde se evidențiază limfocitoza
  - (C) Examen Echo Doppler al arterelor extracerebrale
  - (D) Screening al factorilor de risc vasculari
  - (E) Imagine RMN cerebral cu zone de inflamatie și edem al cortexului
135. Următoarele sunt adevărate în cazul encefalitei autoimune:
- (A) Evoluția clinică este îndelungată, pe parcursul a săptămâni sau luni
  - (B) Imunoterapia este contraindicată datorită patogeniei acestei afecțiuni
  - (C) Frecvent apar tulburări de memorie, crize epileptice și episoade confuze
  - (D) Leucoencefalopatia multifocală progresivă este una dintre subcategoriile
  - (E) Etiologia paraneoplazică este frecvent întâlnită
136. În astmul bronșic cu evoluție de lungă durată se pot întâlni:
- (A) Impactarea căilor aeriene cu mucus
  - (B) Restricție bronșică difuză ireversibilă
  - (C) Frecvența respiratorie peste 25 respirații/min
  - (D) Remodelarea căilor aeriene
  - (E) Un PEF de 33 – 50% din valoarea prezisă sau valoarea individuală cea mai bună
137. \*Investigațiile diagnostice în astm:
- (A) Pacienții cu astm prezintă uneori un nivel crescut al mastocitelor în sângele periferic ( $>0,4 \times 10^3 / \text{mgL}$ )
  - (B) Testul de difuziune a monoxidului de carbon (CO) are valori normale în astm

- (C) Testele de provocare alergenică inhalatorie se efectuează în toate formele de boală pentru evaluare etiologică
  - (D) Variația diurnă a VEMS (peste 15%) confirmă prezența unei reversibilități și confirmă necesitatea tratamentului cu corticoizi
  - (E) Radiografia toracică confirmă paraclinic diagnosticul de astm
138. Tratamentul medicamentos în astmul bronșic:
- (A) Agoniștii receptorilor beta2-adrenergici sunt nerecomandați în astmul comun deoarece stimulează receptorii beta de la nivelul miocardului
  - (B) Corticoizii inhalatori sunt recomandați la pacienții cu astm simptomatic persistent ca tratament cronic
  - (C) La copii, corticoizii inhalatori sunt contraindicați deoarece pot produce întârzierea creșterii
  - (D) Ipratropium este un anticolinergic cu durată scurtă de acțiune ce se recomandă în exacerbarile severe ale astmului bronșic
  - (E) Anticorpii monoclonali de tipul benralizumab sau mepolizumab au efect împotriva interleukinei - 5 (IL5) sau a receptorului acesteia și au efect antieozinofilic
139. Factorii implicați în apariția astmului:
- (A) Persoanele atopice pot dezvolta astm bronșic sau rinită alergică
  - (B) Expunerea timpurie a copilului la alergene are o influență majoră asupra producției de IgE
  - (C) Fumatul matern nu influențează astmul alergic doar astmul intrinsec, iritativ
  - (D) Persoanele nonatopice pot dezvolta astm după expunere la antibiotice, enzime proteolitice, alergene de la animale după o perioadă îndelungată de expunere
  - (E) Fumatul crește riscul de a dezvolta unele forme de astm ocupațional
140. Exacerbarea astmatică foarte severă amenințătoare de viață poate include:
- (A) Frecvența respiratorie peste 20 respirații/minut
  - (B) Cianoză și respirație superficială, bradicardică
  - (C) Pa CO<sub>2</sub> hipercapnic (>6Kpa)
  - (D) pH scăzut sub 7.45
  - (E) Hipoxemie severă sub 80 mmHg (< 8kPa)
141. Tratamentul BPOC severă cuprinde:
- (A) Oprirea fumatului
  - (B) accinarea antipertussis ca metodă de profilaxie a exacerbarilor infecțioase
  - (C) Corticoizi sistemici în doză mică zilnic, "à la longue" pentru efectul antiinflamator susținut
  - (D) Oxigenoterapie de lungă durată la domiciliu numai diurnă (noaptea nu este necesară deoarece în somn scade cerința de oxigen) pentru o saturație peste 90%, 15 ore/zi
  - (E) Oxigenoterapie de lungă durată la domiciliu (2l/min) în condițiile hipoxemiei persistente pentru o SaO<sub>2</sub> peste 90% (15 - 19 h/zi)
142. \*Criteriile de gravitate ale BPOC sunt:
- (A) VEMS între 50 și 70% din prezis
  - (B) VEMS scăzut sub 80%
  - (C) Prezența wheezing - ului bilateral
  - (D) Prezența hipercapniei
  - (E) Prezența degetelor hipocratice
143. Teste funcționale pulmonare:
- (A) PEF este crescut la spirometrie ca semn al obstrucției cu Indice Tiffneau scăzut

- (B) Testul de reversibilitate bronșică la bronhodilatatoare este parțial pozitiv (creșterea VEMS cu mai puțin de 15%)
  - (C) Factorul de transfer gazos al CO (DLCO) este scăzut în prezența unui emfizem semnificativ
  - (D) Spirometria arată o disfuncție ventilatorie restrictivă difuză a căilor aeriene mici
  - (E) Poate exista o policitemie secundară hipoxemiei persistente
144. Exacerbarea BPOC
- (A) Masca cu procent fix Venturi permite administrarea unor concentrații controlate de oxigen până la 80%
  - (B) Intervalul țintă de menținere a oxigenului în insuficiența respiratorie de tip II este 88 – 92%
  - (C) Saturația oxigenului trebuie menținută la valori peste 95%
  - (D) Saturația oxigenului trebuie menținută peste 90%
  - (E) Ventilația noninvazivă va fi luată în considerație în acidoza respiratorie
145. Recomandarea de utilizare a oxigenului la domiciliu în BPOC este:
- (A) BPOC cu PaO<sub>2</sub> <7,3KPa în aer ambiant într-o perioadă de stabilitate clinică
  - (B) BPOC cu PaO<sub>2</sub> cuprinsă între 55mmHg și 60 mmHg în prezența policitemiei secundare și hipoxemiei nocturne
  - (C) Se preferă butelii mici de oxigen ce se vor umple la o stație fixă (decontate de CJAS)
  - (D) BPOC cu PaO<sub>2</sub> între 7,3 - 8KPa în prezența edemelor periferice
  - (E) BPOC cu PaO<sub>2</sub> între 7,3 - 8KPa în prezența semnelor de cord pulmonar cronic (hipertensiune pulmonară)
146. \*Factorii de risc pentru pneumonia comunitară sunt, cu excepția:
- (A) Vârsta <16 ani și >65 de ani
  - (B) Legați de stilul de viață:fumatul de țigarete,excesul de alcool, folosirea drogurilor intravenoase
  - (C) Iatrogen:tratamentul imunosupresor(inclusiv corticoterapia prelungită)
  - (D) Albumina serică scăzută <3,5g/dl
  - (E) Alte afecțiuni respiratorii:fibroza chistică, bronșiectazii,bronhopneumopatie obstructivă cronică, leziuni obstructive (cancer endobronșic, aspirația de corp străin)
147. Complicațiile generale ale pneumoniei sunt:
- (A) Revărsat lichidian pleural
  - (B) Insuficiența respiratorie
  - (C) Abces pulmonar
  - (D) Sepsis-insuficiență organică multiplă
  - (E) Pneumonie în organizare
148. Tratamentul de primă linie al pneumoniei cu Pneumocystis se face cu:
- (A) Co-trimoxazol în doză mare
  - (B) Co-amoxiclav (amoxicilină/acid clavulanic) este folosit pentru formele ușoare și moderate
  - (C) Asociat cu corticoterapie adjuvantă la pacienții cu infecție HIV
  - (D) Drenajul chirurgical este uneori necesar
  - (E) Este vitală identificarea oricărei problem subiacente, întrucât aspirația va recidiva în absența măsurilor corective adecvate
149. Cauzele pneumoniei lent rezolutive sunt:
- (A) Leziunea neoplazică sau altă boală subiacentă
  - (B) Vaccinarea antigripală

- (C) Tratamentul antimicrobian incorect sau incomplet
  - (D) Suplimentarea nutrițională
  - (E) Fizioterapia toracică
150. Evaluarea prin scorul CURB-65 în pneumonia comunitară constă în:
- (A) Frecvența respiratorie >30 respirații/min
  - (B) Radiografia toracică: afectarea mai mult de un lob
  - (C) Hemoculturi: pozitive
  - (D) Confuzia este prezentă (scorul testului mental abreviat <8/10)
  - (E) Nivelul ureei sanguine >42 mg/dL (7 mmol/L)
151. \*Factorii implicați în reactivarea tuberculozei latente sunt, cu excepția:
- (A) Co-infecția HIV
  - (B) Diabetul zaharat
  - (C) Boala cronică de rinichi în stadiul terminal
  - (D) Îmbătrânirea
  - (E) Mono- sau multidrogrezistența
152. Amplificarea acizilor nucleici și reacția în lanț a polimerazei în diagnosticul microbiologic al tuberculozei constă în:
- (A) Reacția în lanț a polimerazei (PCR, polymerase chain reaction) pentru a replica și apoi identifica ADN-ul micobacterian
  - (B) Este utilă pentru diferențierea dintre complexul Mtb și micobacteriile netuberculoase
  - (C) Identificarea rapidă a micobacteriilor prin colorații specifice care trebuie efectuate în primele 24 de ore
  - (D) Necesită microscopie în fluorescență și evidențiază bacili în galben-portocaliu pe un fundal verde
  - (E) Identificarea rapidă a ADN-ului micobacterian este utilă pentru că permite începerea rapidă a tratamentului și identificarea rapidă a rezistenței la medicamente
153. Factori asociați cu un risc crescut de tuberculoză rezistentă la medicamente sunt:
- (A) Contracepția orală
  - (B) Istoric de tratament anterior pentru TB (în special nesupravegheat sau autoadministrat)
  - (C) Personal sanitar expus la cazuri cu TB rezistentă
  - (D) Tratamentul uzual și durata lui în tuberculoza cu germeni sensibili
  - (E) Eșecul tratamentului TB empiric în pofida unei aderențe documentate
154. Investigațiile diagnostice în tuberculoza pulmonară, pleurală și laringiană sunt:
- (A) Aspirația de lichid pleural și biopsia pleurală
  - (B) Puncție lombară dacă nu există contraindicații
  - (C) Biopsia adenopatiilor mediastinale (puncție aspirativă transbronșică ghidată prin ecografie endobronșică, mediastinoscopie/mediastinotomie)
  - (D) Aspiratul gastric poate fi util la pacienți pediatrici
  - (E) Lichidul de lavaj bronho-alveolar dacă tusea este neproductivă și inducerea sputei nu este posibilă
155. Infecția cu *Mycobacterium bovis* se caracterizează prin:
- (A) Imunosupresia este un factor de risc

- (B) Diagnosticul se stabilește prin toracocenteză, efectuată de obicei prin ghidaj ultrasonografic
  - (C) Rezistența la pirazinamidă este frecventă
  - (D) Testul tuberculinic este pozitiv
  - (E) Există în sol și apă și de obicei nu sunt patogene datorită lipsei de virulență
156. \*Factorii de mediu responsabili în apariția cancerului bronhopulmonar sunt, cu excepția:
- (A) Expunerea profesională la arsen, crom, nichel
  - (B) Boli pulmonare preexistente
  - (C) Expunerea la radon, azbest
  - (D) Expunerea la hidrocarburi aromatice policiclice
  - (E) Expunerea la produse petroliere și uleiuri
157. Carcinomul scuamo-celular se caracterizează prin:
- (A) Ocazional determină cavități cu necroză centrală
  - (B) Originea din celulele glandulare secretoare de mucus
  - (C) Cauzează leziuni obstructive bronșice cu infecție postobstrucție
  - (D) Adesea secretă hormoni polipeptidici
  - (E) Frecvent se dezvoltă central și metastazează precoce
158. Manifestările extrapulmonare non-metastatice ale cancerului bronhopulmonar sunt:
- (A) Hipercalemie (de obicei carcinomul cu celule scuamoase)
  - (B) Hipocratism(30%)
  - (C) Pleureziile maligne
  - (D) Metastaze la nivelul suprarenalelor
  - (E) Purpura trombotică trombocitopenică
159. Investigațiile pentru obținerea rezultatelor histologice și citologice în cancerul bronhopulmonar sunt:
- (A) Toracosopia medicală sau video-asistată
  - (B) Ecografia endo-bronșică
  - (C) Mediastinoscopia
  - (D) Fibrobronhoscopia
  - (E) Laserul neodim-Yag
160. Diagnosticul diferențial al nodulului pulmonar solitar se face cu următoarele afecțiuni:
- (A) Noduli reumatoizi
  - (B) Metastaze pulmonare
  - (C) Chist hidatic
  - (D) Mezoteliom
  - (E) Tumori traheale
161. Identificați factorii care interacționează în apariția trombozei și care formează triada lui Virchow:
- (A) Modificările fluxului sanguin (staza sau turbulența)
  - (B) Disfuncția peretelui vascular
  - (C) Hipercoagulabilitate indusă de modificări ale componentelor sanguine
  - (D) Alterarea componentelor sanguine care induc hipocoagulabilitate
  - (E) Turbulența produsă de plăcile ateromatoase localizate la confluența venos

162. În apariția tromboembolismului venos pot fi implicați următorii factori:
- (A) Indicele de masă corporală <30 kg/m<sup>2</sup>
  - (B) Trombocitopenia indusă de heparină
  - (C) Repausul la pat peste 3 zile (imobilizare)
  - (D) Neoplasmele mieloproliferative
  - (E) Existența sindromului nefrotic
163. În diagnosticul diferențial al emboliei pulmonare se iau în considerare următoarele afecțiuni:
- (A) Exacerbarea bronhopneumopatiei cronice obstructive
  - (B) Sindromul coronarian acut
  - (C) Tamponada cardiacă
  - (D) Hidrotoracele
  - (E) Traumatismele musculo-tendinoase, tendinite, miozite
164. \*Scorul Wells pentru tromboza venoasă profundă (TVP) include următoarele caracteristici clinice, cu excepția:
- (A) Hemoptiziei
  - (B) Prezenței de vene colaterale superficiale (nevaricoase)
  - (C) Edemului cu godeu la nivelul membrului inferior simptomatic
  - (D) Traiectului dureros indurat în aria de distribuție a sistemului venos profund
  - (E) Diagnosticului alternativ la fel de probabil ca și TVP
165. \*Referitor la explorarea imagistică diagnostică a emboliei pulmonare:
- (A) Scintigrafia pulmonară de ventilație-perfuzie (V'/Q') cu izotopi evidențiază anomalii de perfuzie
  - (B) Angiografia pulmonară prin tomografie computerizată (CTPA) este o metodă sensibilă dar nu poate oferi diagnostic alternativ atunci când embolia pulmonară este exclusă
  - (C) Utilizează ultrasonografia sistemului venos profund
  - (D) Identifică D-dimeri crescuți
  - (E) Este foarte sensibilă pentru identificarea originii TVP distale (70%)
166. Care din afirmațiile următoare referitoare la heparinele cu greutate moleculară mică (low-molecular-weight heparin, LMWH) sunt adevărate?
- (A) Sunt la fel de eficiente ca și warfarina în tratamentul tromboembolismului venos la pacienții cu cancer activ
  - (B) Reduc riscul relativ de tromboză recurentă cu 80-90%
  - (C) Au timp de înjumătățire de 4 ore
  - (D) Ținta terapeutică (via antitrombină) este factor Xa=factor IIa
  - (E) Activitatea anticoagulantă se monitorizează prin determinarea timpului de protrombină parțial activată (APTT)
167. Referitor la anticoagulantele orale directe, identificați afirmațiile corecte:
- (A) Sunt reprezentate de trei inhibitori ai factorului Xa (apixaban, rivaroxaban, dabigatran)
  - (B) Inhibă direct substraturile țintă
  - (C) Pot fi utilizate în timpul alăptării, netraversând bariera placentară
  - (D) Nu prezintă interacțiuni cu factori alimentari sau alcool
  - (E) Au timp de înjumătățire între 9 și 15 ore
168. Pacienții cu tromboembolism venos neprovocat recent diagnosticat trebuie să beneficieze de examen clinic alături de următoarele teste generale:
- (A) Hemoleucograma

- (B) Trombelastograma
  - (C) Examinare computer tomografică a abdomenului
  - (D) Radiografia toracică
  - (E) Teste ale funcției renale și hepatice
169. Identificați răspunsurile corecte în cazul diagnosticului de sindrom antifosfolipidic (SAFL):
- (A) Este asociat cu un risc crescut de episoade recurente la pacienții cu tromboembolism venos (TEV)
  - (B) Trebuie luat în considerare în cazul morbidității legate de sarcină
  - (C) Nu poate influența deciziile privind durata anticoagulării după un episod de TEV
  - (D) Se asociază cu o mutație în regiunea 3' translatată a genei protrombinei
  - (E) În mod tipic, timpul de tromboplastină parțial activată (APTT) este normal
170. Scorul de evaluare a riscului de tromboembolism venos (TEV) include următorii parametri:
- (A) Hipertensiunea arterială sistolică necontrolată ( $\geq 230/120$  mmHg)
  - (B) Sarcină sau  $< 6$  săptămâni postpartum
  - (C) Mobilitate semnificativ redusă  $\geq 72$  de ore
  - (D) Prezența simultană a unei afecțiuni cardiace și a unei patologii infecțioase acute
  - (E) Boala von Willebrand confirmată
171. \*În cadrul cauzelor reversibile de stop cardiac, din cei „4 T” fac parte următoarele cu excepția:
- (A) Trombembolism
  - (B) Tamponada
  - (C) Traumatism
  - (D) Toxine
  - (E) Pneumotorace în Tensiune
172. Metodele de Advanced life support includ:
- (A) Monitorizare ECG
  - (B) Intubație endotraheală
  - (C) Respirație gură la gură
  - (D) Administrarea unui șoc electric extern în asistolie
  - (E) Identificarea și tratarea cauzelor reversibile de stop cardiorespirator
173. Ritmurile de stop cardiac cu ritm socabil include:
- (A) Fibrilația atrială cu compromitere hemodinamică
  - (B) Fibrilația ventriculară
  - (C) Tahicardia ventriculară cu puls
  - (D) Tahicardia ventriculară fără puls
  - (E) Asistolia
174. Următoarele sunt adevărate referitor la protocolul de resuscitare cardio-pulmonară pentru stopul cardiac prin ritm nesocabil:
- (A) Inițierea masajului cardiac extern cu un raport compresii toracice:ventilații de 20:2
  - (B) Aplicarea unui șoc electric extern
  - (C) Inițierea masajului cardiac extern cu un raport compresii toracice:ventilații de 30:2
  - (D) Administrare 1 mg de Adrenalină intravenos
  - (E) Administrarea de Dobutamină intravenos

175. Printre cauze reversibile de stop cardiac fac parte următoarele:
- (A) Infarct miocardic acut
  - (B) Ruptura de perete liber ventricular
  - (C) Trombembolism pulmonar
  - (D) Hipovolemia
  - (E) Hipervolemia
176. \*Blocul atrioventricular de grad I este caracterizat de:
- (A) Scurtarea intervalului PR  $<0.2$  sec
  - (B) Prelungirea intervalului PR  $>0.2$  sec
  - (C) Lipsa de conducere a undelor P la nivel ventricular
  - (D) Prelungirea intervalului PR până la apariția unei P blocate
  - (E) Fiecare a doua undă P este condusă la nivel ventricular
177. \*Care este scorul care stabilește indicația de tratament anticoagulant în fibrilația atrială?
- (A) Scorul HAS BLED
  - (B) Scorul GRACE
  - (C) Scorul PESI
  - (D) Scorul CHA2DS2VASc
  - (E) Scorul Wells
178. Mecanismele de producere a aritmiilor cardiace include:
- (A) Automatism accelerat
  - (B) Circuite de reintrare la nivel miocardic
  - (C) Activitate declanșată/triggered de prezența unui fasciul accesoriu
  - (D) Activitate declanșată de pacing, tulburări hidroelectrolitice, acidoză, hipoxie
  - (E) Hiperkaliemia ca factor de risc pentru apariția tahiaritmiilor
179. Referitor la blocul atrioventricular de grad III următoarele sunt adevărate:
- (A) Poate determina apariția sincopelor Adam Stokes
  - (B) Apare alungirea constantă a intervalului PR peste 0.2 secunde
  - (C) Prezența unui ritm de scăpare spontan localizat la nivelul fascicului His sau la nivelul sistemului His-Purkinje
  - (D) Necesită implantare de pacemaker
  - (E) Este cauzat numai de boli infecțioase și autoimune
180. Flutterul atrial se caracterizează prin:
- (A) Apare datorită unui circuit de macro-reintrare de la nivel atrial drept, în jurul inelului tricuspidian
  - (B) Unde F cu aspect ECG tipic de „dinți de fierăstrău”
  - (C) Frecvența undelor F de 600/min
  - (D) Frecvența undelor F de 300/min cu blocaj atrioventricular variabil
  - (E) Unde f cu aspect ECG tipic de oscilații fine ale liniei izoelectrice
181. Sindromul QT lung dobândit este cauzat de:
- (A) Sindromul Lange-Nielsen
  - (B) Tulburări hidroelectrolitice (hipokaliemie, hipomagnezie, hipocalcemie)
  - (C) Medicație antiaritmică (chinidina, amiodarona)
  - (D) Medicație psihiatrică (antidepresive triciclice, antipsihotice)
  - (E) Sindromul Romano-Ward

182. Din managementul pe termen lung al tahiaritmiilor cardiace fac parte următoarele:
- (A) Tratament anticoagulant
  - (B) Tratament antiaritmie
  - (C) Terapie de ablație
  - (D) Terapie cu dispozitive intracardiace (defibrilator intracardiac)
  - (E) Tratament anxiolitic
183. Care sunt criteriile ECG care pledează pentru diagnosticul de tahicardie ventriculară, în diagnosticul diferențial cu tahicardiile supraventriculare cu bloc de ramură?
- (A) Complex QRS foarte larg  $>0.14$  sec
  - (B) Complex QRS îngust
  - (C) Disociație atrio-ventriculară
  - (D) Concordanța complexelor QRS (polaritatea complexului QRS identic) în toate derivațiile toracice (V1-V6)
  - (E) Complex QRS  $<0.14$  sec
184. Tratamentul tahicardiilor ventriculare susținute include:
- (A) În caz de instabilitate hemodinamică se administrează cardioversie electrică directă de urgență
  - (B) În caz de instabilitate hemodinamică se administrează medicație antiaritmie (betablocante, amiodarona)
  - (C) În caz de stabilitate hemodinamică se administrează medicație antiaritmie (betablocante, amiodarona)
  - (D) La supraviețuitorii unei tahicardii ventriculare care nu prezintă o cauză reversibilă identificabilă, se indică implantarea unui defibrilator intracardiac
  - (E) Necesită identificarea și tratarea eventualelor cauze reversibile (infarct miocardic, tulburări hidroelectrolitice)
185. Referitor la tratamentul anticoagulant din fibrilația atrială, următoarele sunt adevărate:
- (A) Tratamentul cu warfarina/acenocumarol, se indică monitorizarea INR, cu ajustarea dozei pentru obținerea unei valori între 4-5
  - (B) Tratamentul cu anticoagulate orale directe (ex. Rivaroxaban, apixaban), necesită monitorizarea INR și ajustarea dozei pentru obținerea unei valori între 2-3
  - (C) Tratamentul cu warfarina/acenocumarol, se indică monitorizarea INR, cu ajustarea dozei pentru obținerea unei valori între 2-3
  - (D) Tratamentul cu anticoagulate orale directe (ex. Rivaroxaban, apixaban) nu necesită monitorizarea INR
  - (E) La pacienții care prezintă contraindicație sau intoleranță la terapia anticoagulantă (ex. Risc hemoragic crescut) se poate implanta percutanat un dispozitiv de ocluzie la nivelul urechii atriale stângi
186. Activarea sistemului renină-angiotensină în insuficiența cardiacă determină:
- (A) Retenție de Na și apă care cauzează creșterea postsarcinii
  - (B) Vasodilatație
  - (C) Creșterea postsarcinii prin vasoconstricție
  - (D) Creșterea contractilității miocardice
  - (E) Scăderea debitului cardiac prin creșterea presarcinii
187. Un pacient cu insuficiență cardiacă cu fracție de ejeție scăzută clasă New York Heart Association II are:

- (A) Frație de ejeție a ventriculului stâng < 40%
  - (B) Simptome de insuficiență cardiacă în repaus
  - (C) Semne de insuficiență cardiacă
  - (D) NT-proBNP < 100 pg/ml
  - (E) Limitare marcată a activității fizice
188. Despre tratamentul cu inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei în insuficiența cardiacă sunt adevărate următoarele afirmații:
- (A) Ameliorează simptomele și reduce mortalitatea
  - (B) Nu este recomandat la pacienții în clasă funcțională NYHA I
  - (C) Poate cauza hipokaliemie
  - (D) Este contraindicat la pacienții cu stenoză de arteră renală
  - (E) Se poate iniția cu candesartan 4 mg/zi
189. Despre furosemid în insuficiența cardiacă sunt adevărate următoarele afirmații:
- (A) Este un diuretic tiazidic
  - (B) Este indicat tuturor pacienților cu insuficiență cardiacă cronică
  - (C) Dozele mici produc vasodilatație, cu creșterea presiunii în atriul drept
  - (D) Necesită monitorizarea sodiului, potasiului și creatininei
  - (E) Face parte din terapia inițială în cazul insuficienței cardiace acute
190. \*În insuficiența cardiacă cu fracție de ejeție păstrată:
- (A) Ventriculul stâng are o fracție de ejeție < 50%
  - (B) Apare disfuncție diastolică de ventricul stâng
  - (C) Tratamentul cu beta-blocante scade morbiditatea și mortalitatea
  - (D) Nu există semne de insuficiență cardiacă, doar simptome
  - (E) Nu presupune scăderea debitului cardiac
191. Factorii de risc corectabili pentru boala coronariană aterosclerotică sunt:
- (A) Antecedentele heredocolaterale
  - (B) Fumatul
  - (C) Diabetul zaharat
  - (D) Hipercolesterolemia
  - (E) Sexul
192. Despre tratamentul anginei pectorale stabile sunt adevărate următoarele:
- (A) Leziunile care demonstrează o rezervă funcțională de flux >0.8 pot fi tratate medicamentos
  - (B) Isosorbid mononitrat se folosește în tratamentul crizei anginoase
  - (C) Bisoprololul crește consumul miocardic de oxigen
  - (D) By-pass-ul aorto coronarian este preferat față de intervenția coronariană percutanată la pacienții cu afectare bivasculară care nu afectează trunchiul comun
  - (E) Presupune asocierea medicamentelor care reduc riscul de evenimente majore cardiovasculare
193. \*Infarctul miocardic de tip 1 apare datorită:
- (A) Obstrucției coronariene prin ruptura plăcii de aterom și formării trombusului intracoronarian
  - (B) Spasmului coronarian
  - (C) Emboliei coronariene
  - (D) Anemiei severe

- (E) Hipotensiunii
194. Pacienții cu infarct miocardic fără supradenivelare de segment ST cu risc foarte înalt:
- (A) Necesită efectuarea coronarografiei în primele 24 ore
  - (B) Sunt pacienții care se prezintă cu șoc cardiogen
  - (C) Necesită coronarografie de urgență
  - (D) Sunt pacienții care răspund la tratament medicamentos și nu mai prezintă angină
  - (E) Sunt pacienții cu aritmii ventriculare maligne
195. În infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST, tromboliza:
- (A) Este indicată atunci când PCI primară nu poate fi efectuată în primele 120 minute de la diagnostic
  - (B) Nu este contraindicată la pacienții cu accident vascular de cauză neclară în antecedente
  - (C) Este contraindicată la pacienții cu sângerare gastrointestinală în luna precedentă
  - (D) Se asociază cu tratament antiagregant cu ticagrelor
  - (E) Nu se administrează împreună cu dublu tratament antiagregant
196. Insuficiența mitrală are poate să apară în evoluția infarctului miocardic acut cu supradenivelare de segment ST (STEMI):
- (A) Poate să se datoreze dilatării ventriculului stâng
  - (B) Poate să apară în infarctul miocardic anterior prin disfuncția unui mușchi papilar
  - (C) Poate fi cauzată de ruptură de mușchi papilar, cu debut lent al simptomelor
  - (D) Poate fi cauza șocului cardiogen
  - (E) nu se poate ameliora prin revascularizare
197. \*Tratamentul post-infarct miocardic cuprinde:
- (A) Un singur antiagregant, aspirină 75 mg/zi
  - (B) Pentru scăderea frecvenței cardiace, beta-blocant
  - (C) Inhibitor de enzimă de conversie, inițiat de preferat la externare
  - (D) Statină, cu țintă pentru colesterolul total <1.8 mmol/l
  - (E) Antialdosteoric, la toți pacienții
198. Despre angioplastia primară percutană (PCI) în tratamentul infarctului miocardic cu supradenivelare de segment ST (STEMI) sunt adevărate următoarele afirmații:
- (A) Calea de abord preferată este artera femurală
  - (B) Stenturile metalice simple sunt preferate
  - (C) Este recomandată trombaspirația de rutină
  - (D) Este necesară dubla terapie anti-agregantă (aspirino și ticagrelor/prasugrel)
  - (E) Tratamentul anticoagulant intraprocedural poate fi heparina nefracționată sau enoxaparina
199. Medicația angiinoasă în angina pectorală stabilă cuprinde:
- (A) Aspirina
  - (B) Diltiazem
  - (C) Ivabradina
  - (D) Bisoprolol
  - (E) Atorvastatina
200. Modificările ECG în infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST sugerează:
- (A) Localizare anterioară dacă apare supradenivelare >0.2 mV la punctul J în derivațiile V1-V3

- (B) Localizare inferioară când supradenivelarea de segment ST apare în derivațiile DI, aVL, V5, V6
  - (C) Localizare posterioară când subdenivelarea de segment ST apare în derivațiile V1-V3
  - (D) Localizare posterioară când supradenivelarea de segment ST apare în derivațiile V1-V3
  - (E) Localizare inferioară când supradenivelarea de segment ST apare în derivațiile DII, DIII, Avf
201. \*Examinările paraclinice în stenoza mitrală severă pot releva:
- (A) Unde P înalte și ascuțite în derivația DII
  - (B) La ecocardiografia transtoracică, gradient mediu mitral 5-10 mmHg
  - (C) La ecocardiografia transtoracică, arie valvulară 1,6 cm<sup>2</sup>
  - (D) Dilatarea ventriculului stâng
  - (E) Fibrilație atrială
202. Tratamentul stenozei mitrale cuprinde:
- (A) Valvulotomia cu balon prin puncție transseptală la pacienții cu stenoză mitrală moderată
  - (B) Valvulotomie pe cord închis la pacienții care asociază regurgitare mitrală moderată
  - (C) Protezare mitrală în cazul stenozei mitrale severe cu tromboză atrială stângă
  - (D) Valvulotomie cu balon prin puncție transseptală la pacienții cu stenoză mitrală severă, simptomatică, care nu prezintă contraindicații
  - (E) Valvulotomia pe cord deschis, care crește riscul regurgitării mitrale traumatice
203. Auscultația cardiacă la un pacient cu regurgitare mitrală poate releva:
- (A) Suflu holosistolic cu intensitate maximă la apex
  - (B) Zgomot 1 diminuat
  - (C) Uruitură mezodiastolică la apex
  - (D) Suflu sistolic de eiecție, de tonalitate joasă, cu iradiere pe carotide
  - (E) Suflu protodiastolic parasternal stâng
204. \*Un pacient asimptomatic, cu o viteză maximă transaortică (măsurată ecocardiografic) de 4.2 m/s, are indicație de:
- (A) Intervenție chirurgicală dacă fracția de eiecție a ventriculului stâng este de 40%
  - (B) Intervenție chirurgicală dacă tensiunea arterială crește la testul de effort
  - (C) Urmărire periodică, pacientul fiind asimptomatic
  - (D) Înlocuire valvulară percutană dacă fracția de eiecție a ventriculului stâng este > 50%
  - (E) Urmărire periodică, pacientul fiind cu stenoză aortică moderată
205. Printre cauzele regurgitării aortice acute se află:
- (A) Bicuspidia aortică
  - (B) Disecția de aortă
  - (C) Anevrismul de sinus Valsalva rupt
  - (D) Sindrom Marfan
  - (E) Endocardita infecțioasă
206. Chirurgia aortică la pacienții cu regurgitare aortică severă este recomandată în următoarele cazuri:
- (A) Regurgitare aortică severă cronică la pacienți în clasă funcțională NYHA II-IV
  - (B) Pacienți asimptomatici cu fracție de eiecție > 50%, dacă nu prezintă dilatarea ventriculului stâng
  - (C) Pacienți ce necesită revascularizare miocardică chirurgicală prin by-pass aorto-coronarian
  - (D) Regurgitare aortică severă cronică la pacienți asimptomatici, cu fracție de eiecție VS > 50%

- (E) Niciodată în absența simptomelor
207. Despre stenoza tricuspidiană sunt adevărate următoarele afirmații:
- (A) Determină dispnee prin congestie pulmonară
  - (B) Determină hepatomegalie prin congestie venoasă sistemică
  - (C) Apare un suflu mezodiastolic la nivelul marginii sternare inferioare stângi
  - (D) Pe electrocardiogramă apare undă P bifidă în derivația II
  - (E) Tratamentul medical constă în terapia diuretică
208. Regurgitare tricuspidiană funcțională:
- (A) Apare în cadrul cordului pulmonar cronic
  - (B) Apare în cadrul bolii Ebstein
  - (C) Nu este influențată de tratamentul medicamentos
  - (D) Poate să apară în cadrul infarctului miocardic
  - (E) Dispare de obicei în urma tratamentului medicamentos
209. Despre protezele valvulare sunt adevărate următoarele:
- (A) Valvele mecanice sunt mai durabile decât cele biologice
  - (B) Valvele mecanice necesită anticoagulare pentru toată viața și poate fi folosit cu orice anticoagulant
  - (C) Valvele biologice necesită tratament anticoagulant pentru 3 luni
  - (D) Pentru valvele mecanice slab trombogene se poate administra aspirină
  - (E) Tratamentul anticoagulant la pacienții cu proteză mecanică nu poate fi întrerupt în nicio situație
210. În regurgitarea mitrală apar:
- (A) Dilatarea atriului stâng
  - (B) Dilatarea atriului drept
  - (C) Dispnee și ortopnee prin creșterea presiunii în venele pulmonare
  - (D) Fatigabilitate datorită scăderii debitului cardiac
  - (E) Creșterea volumului-bătaie
211. Criterii majore pentru diagnosticul endocarditei infecțioase sunt:
- (A) Identificarea prin ecocardiografie a unui abces
  - (B) Identificarea prin ecocardiografie a unei noi regurgități valvulare
  - (C) Embolia arterială
  - (D) Febra
  - (E) Identificarea prin ecocardiografie a unei noi dehiscente a unei proteze valvulare
212. Examenul clinic al unui pacient cu endocardită infecțioasă poate include:
- (A) Semnul Westermarck
  - (B) Nodulii Osler
  - (C) Semnul Hampton
  - (D) Leziuni Janeway
  - (E) Punctele Roth
213. În cazul persistenței febrei peste 48 de ore de la inițierea antibioterapiei specifice în cazul unui pacient cu endocardită infecțioasă, trebuie luate în considerare următoarele aspecte:
- (A) O extensia perivalvulară a infecției

- (B) Un embolismul pulmonar
  - (C) O infecție nosocomială
  - (D) O reacție medicamentoasă
  - (E) Schimbarea dozei antibioticului în uz
214. Grupele de pacienți considerate a fi expuse la cel mai mare risc de a dezvolta endocardită infecțioasă (EI) sunt:
- (A) Pacienții cu proteze valvulare
  - (B) Pacienții cu episod anterior de EI
  - (C) Pacienții cu boli congenitale cardiace cianogene necorectate
  - (D) Pacienții cu boli congenitale cardiace cianogene corectate, după 6 luni post-operator
  - (E) Pacienții cu transplant cardiac și boli valvulare
215. \*Criteriu(i) minor(e) pentru diagnosticul endocarditei infecțioase este/sunt:
- (A) Febra
  - (B) Un test pozitiv pentru febra Q
  - (C) O masă intracardiacă oscilantă plasată pe o valvă sau o structură suport, identificată prin ecocardiografie
  - (D) O hemocultură pozitivă persistentă peste 12 ore
  - (E) Abces cardiac confirmat prin examen histopatologic
216. Alegeți afirmația/afirmațiile corecte referitoare la cardiomiopatia hipertrofică:
- (A) Include boli ereditare care produc hipertrofie miocardică, în absența altor cauze
  - (B) Este caracterizată prin hipertrofie miocardică, mai frecvent localizată la nivelul septului intraventricular
  - (C) Majoritatea cazurilor au transmitere autosomal dominantă, cu mutații la nivelul genelor care codifică proteinele sarcomerice
  - (D) La auscultație, se înregistrează un suflu diastolic caracteristic, datorat obstrucției tractului de ejeție a ventriculului stâng
  - (E) Moartea subită poate interveni la orice vârstă, dar este mai frecventă la pacienții vârstnici
217. \*Standardul de aur pentru diagnosticul miocarditei este considerat:
- (A) Coronarografia
  - (B) Ecocardiografia
  - (C) Biopsia miocardică
  - (D) Rezonanța magnetică cardiacă
  - (E) Computer tomografia
218. Criteriile Task Force aplicate pentru diagnosticul cardiomiopatiei aritmogene de ventricul drept includ:
- (A) Modificarea miocitelor, confirmată prin biopsia tisulară
  - (B) Tulburări de repolarizare sau conducere înregistrate pe traseul ECG
  - (C) Tahicardie ventriculară sau extrasistole ventriculare frecvente pe monitorizarea Holter
  - (D) Istoric familial, cu aceeași patologie la rude de grad I și II
  - (E) Moarte subită la vârste peste 55 de ani

219. Referitor la cardiomiopatia post-partum, se poate afirma că:
- (A) Afectează mamele aflate în ultimele 5 luni de sarcină
  - (B) Este o cardiomiopatie hipertrofică
  - (C) Se asociază cu pre-eclampsia
  - (D) Apare mai frecvent la pacientele obeze
  - (E) Toate cazurile vor evolua cu remisie completă într-un interval de 6 luni de la debut
220. În cardiomiopatia hipertrofică, opțiunile terapeutice pot include:
- (A) Tratamentul convențional al insuficienței cardiace
  - (B) DEFibrilator cardiac implantabil la pacienții cu insuficiență cardiacă NYHA I/II
  - (C) Terapie de resincronizare cardiacă la pacienții cu insuficiență cardiacă NYHA III/IV
  - (D) Transplantul cardiac
  - (E) Terapie de resincronizare cardiacă la pacienții cu insuficiență cardiacă NYHA I/II
221. \*În practica medicală, pentru pericardita acută, cea mai frecventă este etiologia:
- (A) Malignă
  - (B) Tuberculoasă
  - (C) Idiopatică
  - (D) Autoimună
  - (E) Post-traumatică
222. Tratamentul pericarditei tuberculoase include:
- (A) Doar medicația tuberculostatică
  - (B) Medicație tuberculostatică asociată cu prednisolon
  - (C) Medicație tuberculostatică asociată cu antiinflamatoare non-steroidiene (NSAIDs)
  - (D) Fenestrarea pericardică
  - (E) Pericardiocenteza
223. La ce investigații ați apela pentru diagnosticul pericarditei constrictive?
- (A) Radiografia toracică
  - (B) ECG
  - (C) Ecocardiografie
  - (D) Tomografie computerizată
  - (E) Angiografie coronariană
224. Modificări specifice surprinse pe traseul ECG în pericardita acută pot fi:
- (A) Supradenivelare concavă a segmentului ST
  - (B) Tahicardie sinusală
  - (C) Complexe QRS cu voltaj redus, cu unde T aplatizate sau negative în mod generalizat
  - (D) Subdenivelare a segmentului PR
  - (E) Alternarea amplitudinii și axului complexelor QRS în cicluri cardiace succesive
225. Pot fi considerate semne și/sau simptome ale colecțiilor pericardice, următoarele elemente:
- (A) Șocul apexian accentuat
  - (B) Frecătura pericardică, înregistrată în stadiile tardive, datorită acumulării unor volume mari de lichid în spațiul pericardic
  - (C) Semnul Ewart

- (D) Semnul Kussmaul, înregistrat în stagiile inițiale
  - (E) Zgomotele cardiace asurzite
226. Hipertensiunea arterială:
- (A) Afectează o treime dintre adulți
  - (B) Este depășită doar de bolile infecțioase ca factor de risc pentru mortalitate la nivel mondial
  - (C) Este un factor de risc pentru boala renală cronică terminală
  - (D) Este o boală asociată îmbătrânirii
  - (E) Este mai frecventă la rasa neagră
227. În măsurarea tensiunii arteriale trebuie respectate următoarele reguli:
- (A) În poziție șezândă
  - (B) Cu spatele sprijinit, picioare încrucișate
  - (C) Cu brațul sprijinit
  - (D) Camera cu aer din cadrul manșetei aparatului de măsurat tensiunea arterială să nu acopere mai mult de 80% din circumferința brațului
  - (E) După 5 minute de repaus continuu
228. În hipertensiunea mascată:
- (A) Tensiunea arterială (TA) măsurată în afara cabinetului este normală
  - (B) TA măsurată la cabinet este crescută
  - (C) Riscul cardiovascular este intermediar
  - (D) Măsurarea TA la domiciliu este utilă pentru identificare
  - (E) Monitorizarea ambulatorie a TA nu permite identificarea
229. Pentru hipertensiunea arterială sistolică izolată sunt adevărate:
- (A) Este caracterizată prin creșterea presiunii pulsului
  - (B) Este asociată cu o injurie vasculară redusă
  - (C) Poate fi provocată de stenoza aortică
  - (D) Tratamentul medicamentos diferă de cel pentru hipertensiunea arterială mixtă
  - (E) Reducerea tensiunii arteriale diastolice sub 60 mmHg trebuie evitată
230. Mecanismele prin care angiotensina II (Ang II) contribuie la apariția hipertensiunii arteriale sunt:
- (A) Creșterea frecvenței cardiace
  - (B) Creșterea contractilității
  - (C) Creșterea tonusului venos
  - (D) Creșterea rezistenței vasculare sistemice, ca factor local
  - (E) Creșterea rezistenței vasculare sistemice, ca factor circulant
231. \*Hiperaldosteronismul primar, cauză de hipertensiune arterială secundară, se caracterizează prin:
- (A) Raport renină:aldosteron crescut
  - (B) Potasiu (K+) scăzut
  - (C) Suflu abdominal
  - (D) Amenoree secundară
  - (E) Scor Mallapati de 3 sau 4

232. Fenotipul de retinopatie moderată în hipertensiunea arterială cuprinde:
- (A) Microanevrismele
  - (B) Petele cu aspect de vată
  - (C) Edemul papilar
  - (D) Exsudatele dure
  - (E) Hemoragiile în formă de flacără
233. Hipertrofia ventriculară stângă din cadrul hipertensiunii arteriale se caracterizează prin:
- (A) Este totdeauna simptomatică
  - (B) Electrocardiograma (ECG) are o sensibilitate diagnostică de peste 50%
  - (C) Se datorează presarcinii scăzute
  - (D) Este un fenomen compensator pentru reducerea stresului parietal
  - (E) Ecocardiografia transtoracică este mai specifică decât ECG
234. \*Diureticele tiazid-like:
- (A) Induc vasodilatație
  - (B) Pot provoca hipoglicemie
  - (C) Au ca reprezentant Doxazosinul
  - (D) Sunt contraindicate în astm
  - (E) Au indicație specială pentru utilizare în sarcină
235. Encefalopatia hipertensivă este caracterizată prin următoarele:
- (A) Se manifestă prin tulburări vizuale
  - (B) Adesea asociază retinopatie moderat-severă
  - (C) Investigația de elecție este troponina serică crescută
  - (D) Este recomandată reducerea imediată a tensiunii arteriale sitolice (TAS) la 100-120 mmHg
  - (E) Terapia de primă intenție este reprezentată de labetalol, nicardipină i.v.
236. Referitor la Boala de reflux gastro-esofagian sunt adevărate următoarele:
- (A) Pirozisul este simptomul principal
  - (B) Corelația dintre pirozis și esofagită este mare
  - (C) Regurgitarea este favorizată de ortostatism
  - (D) Diagnosticul diferențial dintre durerea cardiacă și cea esofagiană poate fi dificil
  - (E) În caz de disfagie se recomandă investigații suplimentare
237. În explorarea pacienților cu BRGE, endoscopia digestivă superioară este indicată în următoarele cazuri:
- (A) Simptomatologie tipică, pacienți sub 45 de ani
  - (B) La pacienți cu semne de alarmă
  - (C) În caz de disfagie
  - (D) Este indicată la toți pacienții
  - (E) Este indicată doar la pacienții vârstnici
238. Caracterele clasice ale durerii din refluxul gastroesofagian :
- (A) Iradiază la baza gâtului sau în membrul superior stâng
  - (B) Caracter de arsură, accentuată la aplecare, înclinare sau decubit
  - (C) Se agravează la efort
  - (D) Caracter constrictiv în gheară" sau de strivire
  - (E) Se ameliorează la ingestia de antiacide
239. Clasificarea Los Angeles presupune:

- (A) Grad A = discontinuități (eroziuni) ale mucoasei limitate la pliuri, dar care nu depășesc 5 mm
  - (B) Grad D = discontinuități (eroziuni) confluențe ale mucoasei confluențe, interesând sub 75% din circumferința esofagului
  - (C) Grad C = discontinuități (eroziuni) ale mucoasei care se continuă între vârfurile pliurilor, și sunt circumferențiale
  - (D) Grad A = discontinuități (eroziuni) ale mucoasei limitate pliuri, dar care nu depășesc 3 mm.
  - (E) Grad B = cel puțin o discontinuitate (eroziune) a mucoasei mai lungă de 5 mm, limitată la nivelul pliurilor, fără continuitate între vârfurile a două pliuri
240. Esofagul Barrett este o afecțiune în care :
- (A) O parte din epiteliul scuamos esofagian normal este înlocuit cu mucoasă columnară metaplazică
  - (B) Este o complicație a BRGE
  - (C) Nu se asociază cu hernia hiatală
  - (D) Screeningul este recomandat
  - (E) Este frecvent întâlnit la bărbații obezi de vârstă mijlocie
241. Semnele de alarmă din cadrul bolii ulceroase sunt reprezentate de:
- (A) Vărsături persistente
  - (B) Anorexia
  - (C) Polifagia
  - (D) Meteorismul
  - (E) Anemia feriprivă
242. Metode neinvazive de investigare a infecției cu H. Pylori sunt:
- (A) Testul respirator cu uree marcată cu  $^{13}\text{C}$
  - (B) Testul rapid pentru activitatea ureazică din proba bioptică de mucoasă gastrică
  - (C) Testele serologice
  - (D) Examenul histopatologic al biopsiilor
  - (E) Dozarea antigenului fecal H. pylori
243. În investigarea pacientului suspect de boală ulceroasă peptică endoscopia este indicată:
- (A) La pacienții cu vârstă sub 55 de ani
  - (B) La pacienții cu hematemeză
  - (C) La toți pacienții peste 45 de ani
  - (D) La pacienții cu anemie feriprivă
  - (E) La toți pacienții simptomatici
244. În investigarea unui pacient cu ulcer gastric :
- (A) Este necesară biopsierea ulcerelor gastrice
  - (B) Necesita reevaluare endoscopică
  - (C) Biopsia este contraindicată
  - (D) Se utilizează doar metode neinvazive de evaluare
  - (E) Endoscopia este indicată doar în caz de melenă
245. În regimurile terapeutice de eradicare a H. pylori se utilizează următoarele medicamente :

- (A) Amoxicilina
  - (B) Metronidazolul
  - (C) Bismutul
  - (D) Alginatul
  - (E) Metoclopramidul
246. Mecanismele prin care microbiota intestinală ar putea fi legată de etiologia bolilor inflamatorii includ:
- (A) Disbioza intestinală
  - (B) Afectarea funcției de barieră a mucoasei
  - (C) Barieră chimică eficientă
  - (D) Antigene bacteriene
  - (E) Microbiota nu este implicată
247. \*De obicei, boala Crohn are o tendință particulară de a afecta :
- (A) Ileonul terminal și colonul ascendent
  - (B) Colonul
  - (C) Sigmoidul
  - (D) Duodenul
  - (E) Rectul
248. Modificările macroscopice caracteristice în boala Crohn sunt:
- (A) Ulcere profunde
  - (B) Aspect friabil al mucoasei
  - (C) Mucoasa eritematoasă
  - (D) Ulcerația aftoidă
  - (E) Mucoasa sângerează ușor
249. \*Simptomul major în colita ulcerativă (CU) este:
- (A) Durere lombară
  - (B) Disurie
  - (C) Diareea cu sânge și mucus
  - (D) Anorexia
  - (E) Astenia
250. \*Referitor la colita ulcerativă sunt adevarate:
- (A) pANCA poate fi pozitiv
  - (B) Colonoscopia completă trebuie efectuată obligatoriu în atacurile severe
  - (C) ASCA sunt pozitivi
  - (D) Nu se utilizează teste serologice pentru diagnostic
  - (E) Poate afecta orice segment al tractului digestiv
251. Stadiul prodromal al infecției acute cu virus hepatitic A se caracterizează prin următoarele modificări de laborator:
- (A) Febră
  - (B) Bilirubina serică este de obicei normală
  - (C) GGT și fosfataza alcalină pot atinge câteva mii de unități

- (D) Creșteri serice ale AST sau ALT care pot atinge câteva mii de unități
  - (E) Bilirubina serică crescută
252. Semnificația markerilor virali în hepatita B este următoarea:
- (A) AgHBs: infecție acută sau cronică
  - (B) Anticorpi Anti-HBc IgM: expunere anterioară la hepatita B
  - (C) Anticorpi Anti-HBs: imunitate la VHB
  - (D) Anticorpi Anti-HBc IgG: hepatită B acută
  - (E) ADN VHB: replicare virală
253. Următorii agenți antivirali sunt utilizați în tratamentul hepatitei cronice virale B:
- (A) Ribavirina
  - (B) Interferon
  - (C) Sofosbuvir
  - (D) Entecavir
  - (E) Tenofovir
254. \*Factorii asociați cu o progresie rapidă a fibrozei în hepatita cronică virală C sunt:
- (A) Consumul de alcool
  - (B) Co-infecție cu HIV
  - (C) Obezitate
  - (D) Diabet zaharat
  - (E) Toatele cele enumerate anterior
255. Alegeți afirmațiile corecte legate de hepatita virală E:
- (A) Infecția progresează de obicei spre boală cronică hepatică
  - (B) ARN VHE poate fi pus în evidență în ser sau scaun prin PCR
  - (C) Virusul hepatitei E este un virus ARN (Familia Hepeviridae)
  - (D) VHE determină o boală clinic asemănătoare cu hepatita A
  - (E) Diagnosticul se stabilește prin determinarea anticorpilor anti VHE de tip IgG sau IgM
256. Următorii factori sunt indicatori de prognostic nefavorabil în ciroză:
- (A) Transaminaze crescute peste valoarea normală
  - (B) Hiperbilirubinemie
  - (C) Hipoalbuminemie (albumina scăzută < 28 g/L)
  - (D) Sodiu seric scăzut (<125 mmol/L)
  - (E) Creșterea creatininei >130 μmol/L (>1,5 mg/dL)
257. Scorul Child-Pugh utilizat în ciroză are în vedere următoarele criterii:
- (A) Transaminaze
  - (B) Bilirubina
  - (C) Albumina
  - (D) Prezența sângerării variceale
  - (E) Timpul de protrombină
258. Mijloacele terapeutice utilizate în hemoragia variceală la pacientul cirotic sunt:
- (A) Tratament endoscopic: scleroterapie

- (B) Terlipressina 2 mg la 6 ore, cu reducerea ulterioară a dozei
  - (C) Tamponament cu balon: se utilizează sonda Sengstaken-Blakemore
  - (D) Bandarea variceală endoscopică este foarte rar utilizată
  - (E) Reducerea secreției acide gastrice: ranitidină, IPP
259. \*Diagnosticul de peritonită bacteriană spontană se stabilește pe următoarele modificări apărute în lichidul de ascită:
- (A) Prezența celulelor maligne
  - (B) Un număr de neutrofile >250/mm<sup>3</sup>
  - (C) Un gradient albumină serică-ascită ridicat de > 11 g/L
  - (D) Un gradient albumina serică-ascită scăzut de <11 g/L
  - (E) Amilaza crescută
260. Recomandările pentru tratamentul encefalopatiei hepatice includ:
- (A) Golirea intestinului de substanțe azotate prin administrarea purgativelor și a clismelor
  - (B) Nutriție hipercalorică
  - (C) Antibiotice de tipul Rifaximinei
  - (D) Suplimentarea terapiei diuretice
  - (E) Eliminarea cauzelor posibil precipitante
261. Selectați afirmațiile corecte cu privire la colangita biliară primitivă:
- (A) Bărbații tineri reprezintă 90% dintre pacienții cu colangită biliară primitivă
  - (B) Anticorpii anti-mitocondriali serici (AMA) se regăsesc la aproape toți pacienții
  - (C) Etiologia colangitei biliare primitive este virală
  - (D) Pruritul este adesea cel mai timpuriu simptom
  - (E) Investigațiile de laborator indică hipergammaglobulinemie, prin creșterea IgG seric
262. Tratamentul colangitei biliare primitive constă în:
- (A) Steroizii reprezintă tratamentul de fond
  - (B) Acidul ursodeoxicolic aduce beneficii în faza asimptomatică
  - (C) Pruritul poate fi ameliorat prin administrarea colestiraminei
  - (D) Flebotomia s-a dovedit de folos în tratamentul formelor simptomatice
  - (E) Transplantul hepatic trebuie luat în considerare când bilirubina serică este în mod persistent crescută peste 100 μmol/L
263. \*Diagnosticul colangitei sclerozante primitive se stabilește pe următoarele criterii:
- (A) Hipergammaglobulinemie, prin creșterea IgG
  - (B) Prezența anticorpilor anti-nucleari (ANA) și anti-mitocondriali serici (AMA)
  - (C) Colangiograma descrie neregularități ale calibrului căilor biliare intra și extrahepatice
  - (D) Prezența granuloamelor la biopsia hepatică
  - (E) Deteriorarea și rarefierea ductelor biliare mici descrise la biopsia hepatică
264. Următoarele investigații sunt sugestive pentru diagnosticul de hemocromatoză ereditară:
- (A) Creșterea marcată a transaminazelor
  - (B) Feritina serică crescută (>500 μg/L)
  - (C) Fierul seric crescut (>30 μmol/L), cu reducerea TIBC și o saturație a transferinei >45%
  - (D) Concentrația hepatică crescută de fier descrisă la biopsia hepatică

- (E) Inflamația ramurilor biliare mici, cu aspect de “coajă de ceapă”, descrisă la biopsia hepatică
265. Tabloul clinic caracteristic pentru boala Wilson este reprezentat de:
- (A) Inel Kayser-Fleischer dat de depunerea de cupru în corneea
  - (B) Pigmentarea bronzantă a pielii
  - (C) Tremor
  - (D) Mișcări involuntare
  - (E) Demență
266. Care din următoarele afirmații referitoare la un pacient cu dezechilibru de dializă sunt incorecte:
- (A) Un pacient la care dializa nu reușește să scadă semnificativ ureea
  - (B) Un pacient cu uremie marcată la care în lipsa hemodializei se poate realiza doar dializă peritoneală
  - (C) Un pacient la care valoarea ureei a fost foarte mare înainte de efectuarea primei hemodialize și la care corectarea a fost realizată prea rapid
  - (D) Un pacient cu depresie datorată faptului că va fi inițiată dializa
  - (E) Un pacient la care au fost făcute ședințe scurte de dializă care nu au reușit să corecteze edemele
267. Care din următoarele sunt caracteristici ale calcifilaxiei:
- (A) Este caracterizată prin proliferarea fibrocitelor de la nivelul dermului cu depunere excesivă de colagen și calciu
  - (B) Se manifestă prin ulcere care nu se vindecă, paniculite și necroză la nivelul dermului
  - (C) Are ca factori de risc hiperparatiroidismul și administrarea de warfarină
  - (D) E o complicație cu prognostic bun în 100% din cazuri
  - (E) Este datorată acumulării de produși de nitrogen reziduali rezultați din catabolismul proteic
268. \*Care din următoarele afirmații referitoare la tratamentul unui pacient cu anemie renală sunt adevărate?
- (A) Ținta tratamentului este de a obține o hemoglobină mai mare de 120g/l
  - (B) Ținta tratamentului e de a obține o hemoglobină între 100 și 120 g/l
  - (C) Lipsa de răspuns la doze mari de eritropoietină (peste 300 U/kg) impune dublarea dozei
  - (D) Hipertensiunea arterială este un efect secundar care apare foarte rar la pacienții tratați cu eritropoietină
  - (E) Deficitul funcțional de fier reprezintă situația în care fierul nu poate participa la eritropoieză din cauza lipsei de transferină
269. Prognosticul bolii cronice de rinichi se corelează cu:
- (A) Controlul hipertensiunii arteriale
  - (B) Controlul diurezei
  - (C) Proteinuria
  - (D) Gradul de afectare a interstițiului renal
  - (E) Prezența diabetului zaharat

270. \*Un pacient de sex masculin, 39 ani, are rata de filtrare estimată de 38 ml/min/1,73 mp și raport albumină/ creatinină de 26 mg/mmol de aproximativ 6 luni. În ce stadiu de boală cronică de rinichi se găsește pacientul?
- (A) G3BA3
  - (B) G3aA1
  - (C) G3bA2
  - (D) G4A2
  - (E) G4A3
271. Care din următoarele afirmații referitoare la boala cronică de rinichi sunt adevărate:
- (A) Dializa insuficientă poate reprezenta o cauză de pericardită uremică
  - (B) Necesarul de insulină scade la un pacient diabetic pe măsură cu boala cronică de rinichi se agravează
  - (C) Anticoagularea este indicată de urgență în toate cazurile de pericardită uremică
  - (D) Pruritul uremic se ameliorează după începerea dializei
  - (E) Momentul optim de începere a dializei este o rată de filtrare în jur de 10 ml/min
272. Care din următoarele afirmații legate de complicațiile transplantului renal sunt adevărate:
- (A) Rejetul acut celular răspunde la doze mari de corticosteroizi intravenos
  - (B) Recurența bolii renale este rară în glomeruloscleroza segmentară și focală și nefropatia diabetică
  - (C) Boala cardiovasculară nu mai este o cauză importantă de deces după transplant
  - (D) Rejetul mediat de anticorpi poate beneficia de plasmafereză
  - (E) Infecția cu polyomavirus impune reducerea imunosupresiei în speranța eliminării spontane a virusului
273. Care din următoarele afirmații în legătură cu dializa peritoneală sunt adevărate:
- (A) Peritonita sclerozantă este o complicație a dializei peritoneale care se tratează cu inhibitori de calcineurină
  - (B) Peritonita bacteriană la un pacient cu dializă peritoneală este sugerată de un lichid peritoneal cu peste 100 leucocite/mm<sup>3</sup>
  - (C) Peritonita bacteriană la un pacient cu dializă peritoneală este sugerată de un lichid peritoneal cu peste 1000 leucocite/mm<sup>3</sup>
  - (D) Peritonita bacteriană poate să fie determinată de infecția orificiului de ieșire a cateterului
  - (E) Pierderea funcției renale reziduale poate reprezenta o cauză de insuficiență a dializei peritoneale
274. Care din următoarele combinații de medicație imunosupresoare posttransplant renal - efect advers sunt corecte:
- (A) Inhibitor calcineurină – nefrotoxicitate
  - (B) Corticosteroizi – vindecare dificilă a rănilor
  - (C) Corticosteroizi – nefrită interstitală acută
  - (D) Micofenolat mofetil – diaree
  - (E) Corticosteroizi – leucopenie
275. Care din următoarele medicamente trebuie evitate în boala cronică de rinichi:
- (A) Peniciline

- (B) Tetraciline
  - (C) Antiinflamatoarele nesteroidiene
  - (D) Gentamicina
  - (E) Spironolactona
276. Care din următoarele afirmații referitoare la epidemiologia infecției HIV sunt adevărate?
- (A) Insectele care se hrănesc cu sânge (țânțarii) reprezintă un vector important pentru transmiterea HIV pe continentul african
  - (B) Pacienții seropozitivi HIV prezintă risc mai mare de a dezvolta comorbidități multiple, neinfecțioase, la vârstă mai tânără, comparativ cu persoanele neinfectate cu HIV
  - (C) Riscul transmiterii verticale a HIV, în absența oricăror intervenții profilactice, este de 1%
  - (D) Consumatorii de droguri injectabile și persoanele suferind de infecții cu transmitere sexuală se numără printre pacienții cărora li se recomandă testarea HIV
  - (E) La nivel global, majoritatea infecțiilor HIV se produc pe cale heterosexuale
277. Afecțiunile definitorii de SIDA includ:
- (A) Infecția cu *Mycobacterium tuberculosis* cu orice localizare
  - (B) Herpesul Zoster
  - (C) Emaciarea / cașexia asociate HIV
  - (D) Candidoza orală
  - (E) Limfomul Burkitt
278. \*Conform clasificării Centers for Disease Control (CDC) a infecției HIV, un pacient seropozitiv HIV diagnosticat cu limfom primar cerebral, cu un nivel al limfocitelor T CD4 de  $105/\text{mm}^3$  se încadrează în stadiul:
- (A) B2
  - (B) B3
  - (C) C2
  - (D) C3
  - (E) A3
279. Alegeți afirmațiile adevărate referitor la terapia antiretrovirală (ARV):
- (A) Aceasta trebuie oferită tuturor pacienților seropozitivi HIV, indiferent de nivelul limfocitelor T CD4
  - (B) Clasa inhibitorilor nucleozidici / nucleotidici de revers-transcriptază include tenofovirul și emtricitabina
  - (C) Tratamentul antiretroviral se administrează până la obținerea unui nivel nedetectabil al viremiei HIV, ulterior se sistează, cu monitorizare periodică
  - (D) Prezintă interacțiuni medicamentoase, inclusiv cu unele remedii naturiste
  - (E) Lipodistrofia și sindromul metabolic se numără printre posibilele efecte adverse ale ARV
280. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la infecțiile oportuniste asociate infecției HIV:
- (A) Printre infecțiile fungice oportuniste se numără criptosporidiază și leishmanioza
  - (B) Retinita CMV (virus citomegalic) poate determina pierderea acuității vizuale
  - (C) Papilomavirusul uman (HPV) este asociat cu leucoencefalopatia multifocală progresivă (PML)
  - (D) Cea mai frecventă manifestare clinică a criptococzei este cea cutanată

- (E) Reactivarea unei infecții dobândite anterior cu *Toxoplasma gondii* poate duce la encefalită și abcese cerebrale, precum și la coriorretinită
281. \*Alegeți afirmația corectă referitor la co-infecția HIV / virusuri hepatice:
- (A) Vaccinarea anti-virus hepatitic A este contraindicată la pacienții seropozitivi HIV
  - (B) Raltegravir și dolutegravir sunt medicamente utilizate atât în tratamentul infecției HIV, cât și al hepatitei B
  - (C) În cazul co-infecției HIV / virus hepatitic C, ambele infecții progresează mai rapid
  - (D) Vaccinarea anti-virus hepatitic B este contraindicată la pacienții seropozitivi HIV
  - (E) Nou-născuții proveniți din mame seropozitive HIV sunt principala categorie de risc pentru co-infecția cu virusuri hepatice
282. Anticorpii anti-HIV:
- (A) Pot fi detectați, în medie, la 2 zile după momentul infecției
  - (B) Persistă toată viața la pacientul infectat cu HIV
  - (C) Sunt prezenți la naștere la toți nou-născuții proveniți din mame HIV-pozitive
  - (D) Dispar sub tratament antiretroviral (ARV), odată cu obținerea unui nivel nedetectabil al viremiei HIV
  - (E) Au rol protector împotriva infecției HIV
283. Referitor la epidemiologia actuală a infecției HIV următoarele afirmații sunt corecte:
- (A) În zonele cu acces constant la terapia ARV bolile definitorii SIDA au fost înlocuite cu afecțiuni netransmisibile
  - (B) Bolile cronice se acumulează la persoanele infectate HIV la aceeași vârstă ca și la persoanele neinfectate
  - (C) Principalele comorbidități asociate infecției HIV sunt afecțiunile cardiovasculare, renale, neurologice, psihiatrice
  - (D) Terapia ARV eficientă a crescut numărul persoanelor infectate HIV cu supresie virală durabilă
  - (E) În Africa Subsahariană infecția HIV este mai frecventă la bărbați decât la femeile tinere
284. Care din următoarele afirmații referitoare la patogenia infecției HIV sunt corecte?
- (A) Infecția permanentă se stabilește de obicei la nivelul ganglionilor limfatici regionali
  - (B) Deficitul imunității mediate celular predispune gazda la infecții cu bacterii capsulate
  - (C) Receptorul celulei gazdă este reprezentat de molecula CD8
  - (D) Glicoproteina de suprafață HIV ( gp 120 ) este implicată în pătrunderea HIV în celule
  - (E) În momentul expunerii inițiale virusul HIV este transportat de pe suprafața tegumentelor de către celulele dendritice spre ganglionii limfatici regionali
285. Alegeți afirmațiile corecte referitor la interrelația HIV și sistemul imunitar al gazdei:
- (A) Mutațiile „de scăpare „ la nivelul populației virale nu compromit efectele antivirale ale celulelor natural killer (NK)
  - (B) Replicarea HIV este în legătură cu procesul de distrugere și depleție a limfocitelor TCD4
  - (C) HIV este asociat cu activarea imună, o stare de inflamație de lungă durată
  - (D) Inflamația cronică asociată cu infecția HIV și alți co-patogeni (virusul citomegalic, translocarea produselor microbiene din intestin ) conduce la producerea nivelurilor crescute de citokine inflamatorii și activarea procesului de coagulare
  - (E) Terapia ARV eficientă reduce răspunsul inflamator

286. În infecția HIV netratată-perioada de latență clinică, următoarele afirmații sunt corecte:
- (A) Virusul HIV nu se multiplică
  - (B) Unii pacienți pot menține un număr normal de limfocite TCD4 pe parcursul mai multor ani
  - (C) Vârșnicii sunt predispuși la o progresie mai lentă a bolii
  - (D) Un subgrup de pacienți asimptomatici pot prezenta limfadenopatie generalizată persistentă
  - (E) Ganglionii sunt dureroși
287. Referitor la afectarea neurologică, în stadiul infecției HIV simptomatice, următoarele afirmații sunt corecte:
- (A) Infecția sistemului nervos se produce în stadiile avansate ale infecției HIV
  - (B) Demența asociată infecției HIV are grade de severitate variate
  - (C) Polineuropatia senzitivă se caracterizează prin durere intensă la nivelul picioarelor
  - (D) Măduva spinării nu este afectată
  - (E) Medicația antiretrovirală care penetrează bariera hematoencefalică poate avea efect neuroprotector
288. Următoarele afirmații referitoare la infecțiile oportuniste asociate cu imunodeficiența HIV, sunt corecte:
- (A) Infecțiile oportuniste sunt afecțiuni cauzate de microorganisme care de obicei sunt considerate nepatogene
  - (B) Infecțiile oportuniste pot fi determinate de agenți etiologici cunoscuți și care determină tablou clinic neobișnuit
  - (C) Pacienții cu limfocite TCD4 peste 200celule/mm<sup>3</sup> au un risc crescut de-a dezvolta infecții oportuniste
  - (D) Alterarea funcției macrofagelor predispune la infecții cu Mycobacterium și Salmonella
  - (E) Pacienții infectați HIV pot fi purtători ai unor microorganisme care produc infecții oportuniste
289. \*Alegeți afirmația corectă referitoare la Sindromul inflamator de reconstituție imună (IRIS)
- (A) IRIS nu este corelat cu terapia ARV
  - (B) IRIS se caracterizează prin producerea unui răspuns inflamator față de agenți patogeni cu exacerbarea simptomelor preexistente sau apariția unor manifestări clinice noi datorită redresării sistemului imun al pacienților
  - (C) Poate apare la orice persoană în momentul inițierii terapiei ARV, indiferent de gradul de imunodepresie
  - (D) Pentru a evita apariția IRIS –ului în meningita cu Cryptococcus ,tratamentul antimicotic trebuie administrat după începerea tratamentului ARV
  - (E) În infecția cu Mycobacterium tuberculosis ,pentru a evita IRIS-ul , tratamentul specific antituberculos se inițiază concomitent cu terapia ARV
290. \*Care este atitudinea corectă față de femeile care rămân însărcinate în timp ce urmează un tratament ARV ?
- (A) Terapia ARV se întrerupe imediat
  - (B) Tratamentul ARV trebuie se continue
  - (C) Indiferent de eficiența tratamentului ARV ,chiar și în absența complicațiilor în travaliu, nu se recomandă nașterea pe cale vaginală
  - (D) Mama infectată HIV poate alăpta

- (E) Tratamentul ARV al femeii infectate HIV însărcinată nu influențează riscul de transmitere verticală a HIV
291. În cazul transfuziei unei unități de masă eritocitară la un pacient cu o greutate medie de 70kg, ne putem aștepta la următoarele creșteri:
- (A) Concentrația de hemoglobină cu 1g/dL
  - (B) Concentrația de hemoglobină cu 2g/dL
  - (C) Hematocritul cu 3%
  - (D) Hematocritul cu 2%
  - (E) Hematocritul cu 1% și concentrația de hemoglobină de 3g/dL
292. În cadrul transfuziilor pot apărea următoarele reacții imunologice:
- (A) Reacții febrile
  - (B) Șoc anafilactic
  - (C) Urticarie
  - (D) Edem pulmonar noncardiogen
  - (E) Hipotermia
293. \*Triada letală a complicațiilor metabolice din cadrul terapiei transfuzionale cuprinde:
- (A) Acidoză, hipotermie și coagulopatie
  - (B) Alcaloză, hipotermie și coagulopatie
  - (C) Acidoză, hiperkaliemie și hipotermie
  - (D) Acidoză, hipokaliemie și coagulopatie
  - (E) Alcaloză, hipotermie și coagulopatie
294. Următoarele probe de laborator pot fi utile în diagnosticarea coagulării intravasculare diseminate:
- (A) Timp de trombotoplastină parțială activată (aPTT) prelungit
  - (B) Timp de protrombină prelungit
  - (C) Trombocitoză
  - (D) Timp de protrombină scăzut
  - (E) Prezența produșilor de degradare a fibrinei și a fibrinogenului, D-dimeri pozitivi
295. Managementul reacțiilor transfuzionale majore cuprinde:
- (A) Antihistaminice
  - (B) Repleție volemică
  - (C) Vasopresoare
  - (D) Oprirea imediată a transfuziei
  - (E) Transfuzia nu trebuie oprită
296. Infecțiile profunde ale plăgilor chirurgicale sunt caracterizate prin:
- (A) Implică tegumentele și țesuturile subcutanate
  - (B) Sunt extinse la mușchi și fascii
  - (C) Tratamentul acestora necesită redeschiderea plăgilor și debridarea chirurgicală a țesutului necrotic
  - (D) Reprezintă cel mai frecvent tip de infecții ale plăgilor chirurgicale
  - (E) Tratamentul include antibiotic per os

297. \*Infecțiile intraabdominale sunt caracterizate prin:
- (A) Simpla antibioterapie este suficientă
  - (B) Reprezintă o infecție profundă a plăgilor chirurgicale
  - (C) Se manifestă clinic prin peritonită difuză cu sepsis și abces intraabdominal
  - (D) Metoda de elecție a tratamentului abcesului intraabdominal este reprezentată de laparotomia exploratorie și evacuare
  - (E) După un control adecvat al sursei primare, durata antibioterapiei trebuie să depășească 7 zile de la încetarea febrei și leucocitozei
298. Abcesul mamar este caracterizat prin:
- (A) Formațiune palpabilă
  - (B) Reprezintă o infecție a țesuturilor moi
  - (C) Sensibilitate severă
  - (D) Edem și eritem
  - (E) Reprezintă o infecție a țesuturilor moi, de obicei de origine streptococică
299. Peritonita acută este caracterizată prin:
- (A) Dureri abdominale acute însoțite de febră și leucocitoză
  - (B) Perforația apendiculară cauzează în mod frecvent peritonită localizată
  - (C) Perforația colonică cu peritonită difuză creează cel mai virulent tip de peritonită
  - (D) Radiografia toracică în ortostatism arată în mod obișnuit pneumoperitoneu subdiafragmatic
  - (E) Apendicita acută determină iritație peritoneală generalizată
300. Triada Charcot, caracteristică angicolitei, cuprinde:
- (A) Febră fulminantă
  - (B) Durere abdominală în hipocondrul drept
  - (C) Icter
  - (D) Hipotensiune arterială
  - (E) Alterarea stării mentale
301. Clasa a III-a de clasificare a hemoragiei se caracterizează prin:
- (A) Volumul de sânge pierdut de 30-40%
  - (B) Tensiunea arterială normală
  - (C) Frecvența cardiacă mai mare de 120 bătăi/minut
  - (D) Frecvența respiratorie de 30-40 respirații/minut
  - (E) Statusul mental este caracterizat de anxietate ușoară
302. Elementele componente ale triadei ce confirmă pneumotoracele în tensiune sunt:
- (A) Absența zgomotelor respiratorii
  - (B) Scăderea intensității zgomotelor cardiace
  - (C) Șoc
  - (D) Acidoză metabolică
  - (E) Alcaloză respiratorie
303. Semnele unei fracturi de bază de craniu sunt următoarele:
- (A) Echimoza periorbitală
  - (B) Semnul Battle sau echimoza perimastoidiană
  - (C) Hemotimpanul
  - (D) Extravazarea de lichid cefalo-rahidian prin nas sau urechi

- (E) Extravazarea de lichid cefalo-rahidian prin cavitatea bucală
304. Următoarele afecțiuni traumatice sunt amenințătoare de viață:
- (A) Tamponada cardiacă
  - (B) Hemotoraxul masiv
  - (C) Pneumotoraxul în tensiune
  - (D) Pneumotoraxul închis
  - (E) Contuziile aortice
305. \*Leziunea hepatică de grad IV este caracterizată prin:
- (A) Hematom intraparenchimatos rupt cu sângerare activă
  - (B) Ruptură parenchimotoasă implicând mai mult de 3 segmente ale aceluiași lob
  - (C) Avulsia hepatică
  - (D) Ruptura capsulară cu sângerarea activă
  - (E) Hematom intraparenchimatos mai mare de 10 cm sau în expansiune
306. Leziunea splenică de grad II este caracterizată prin:
- (A) Hematom subcapsular, neexpansiv, cuprinzând 10-50% din suprafață
  - (B) Hematom intraparenchimatos, neexpansiv, cu diametru mai mic de 5 cm
  - (C) Leziune vasculară hilară, care devascularizează splina
  - (D) Ruptură capsulară, fără sângerare, cu diametru mai mic de 1 cm
  - (E) Hematom intraparenchimatos rupt, cu sângerare activă
307. Semnele precoce ale sindromului de compartiment includ:
- (A) Diminuarea pulsului
  - (B) Durerea
  - (C) Scăderea sensibilității
  - (D) Parestezia
  - (E) Hiperestezie cutanată
308. Semnele de certitudine ale unei leziuni vasculare acute includ:
- (A) Sângerare pulsatilă
  - (B) Hematom expansiv
  - (C) Extremitate palidă, rece și fără puls
  - (D) Hematom neexpansiv
  - (E) Puls slab perceptibil
309. Elementele componente ale șocului neurogen sunt următoarele:
- (A) Tetraplegie;
  - (B) Hipotensiune
  - (C) Bradicardie
  - (D) Tahicardie
  - (E) Extremități calde
310. Triada Beck sugestivă pentru tamponada cardiac este alcătuită din:
- (A) Hipotensiune
  - (B) Bradicardie
  - (C) Turgescență jugulară
  - (D) Zgomote cardiace de intensitate scăzută
  - (E) Tahipnee

311. Care dintre următoarele afirmații privitoare la arsura de grad II este adevărată:
- (A) Implică toate straturile pielii
  - (B) Este întotdeauna acoperită de o escară avasculară, uscată și nedureroasă
  - (C) Implică epidermul, fără a-l depăși
  - (D) Profunzimea exactă a acestor arsuri este de multe ori dificil de evaluat, în special după formarea escarei
  - (E) Implică dermul, fără a-l depăși
312. Leziunile inhalatorii la pacientul ars se pot manifesta sub următoarele forme:
- (A) Intoxicația cu monoxid de carbon
  - (B) Intoxicația cu bioxid de carbon
  - (C) Leziuni ale căilor aeriene superioare
  - (D) Intoxicația cu produși organofosforici
  - (E) Leziuni ale căilor respiratorii inferioare
313. Precizați care sunt cele mai folosite metode în excizia precoce a pielii arse:
- (A) Tehnica exciziei fasciale
  - (B) Tehnica exciziei longitudinale
  - (C) Tehnica exciziei transversale
  - (D) Tehnica exciziei în straturi (tangentială)
  - (E) Tehnica exciziei punctiforme
314. \*Cea mai eficientă metodă în lupta cu infecția din arsuri este:
- (A) Aplicarea precoce de nitrat de argint pentru a combate infecția stafilococică sau streptococică
  - (B) Utilizarea sistemică vancomicinei
  - (C) Excizia precoce a escarei și grefarea
  - (D) Aplicarea precoce a sulfadiazinei de argint
  - (E) Utilizarea sistemică a asocierilor de antibiotice
315. Care dintre următoarele etape fac parte din tratamentul inițial al pacienților cu arsuri:
- (A) Resuscitarea
  - (B) Oprirea procesului de ardere
  - (C) Acoperirea leziunii
  - (D) Evaluarea secundară
  - (E) Transferul către un centru de arsuri
316. Care din următoarele afirmații cu privire la carcinomul scuamos esofagian sunt adevărate:
- (A) Are o incidență mai mare la bărbați
  - (B) Este localizat în principal în treimea medie și proximală a esofagului
  - (C) Se asociază frecvent cu esofagul Barrett
  - (D) Se asociază frecvent cu consumul de alcool și tutun
  - (E) Incidența sa în lumea occidentală a crescut de patru ori în ultimele două decenii
317. Tomografia computerizată este utilă în investigația imagistică a cancerului esofagian deoarece:
- (A) Permite identificarea extensiei tumorale

- (B) Definește profunzimea invaziei tumorale
  - (C) Identifică ganglionii limfatici cu aspect patologic
  - (D) Permite diagnosticul histologic al cancerului esofagian
  - (E) Exclue invazia traheobronșică a cancerului esofagian
318. \*Care dintre următoarele substitute esofagiene este cel mai frecvent utilizat pentru reconstrucția esofagiană:
- (A) Jejunul
  - (B) Colonul ascendant
  - (C) Colonul descendent
  - (D) Stomacul
  - (E) Ileonul
319. Care din următoarele afirmații cu privire la reconstrucția esofagului cu colon stâng sunt adevărate:
- (A) Colonul stâng este folosit într-o manieră izoperistaltică
  - (B) Față de reconstrucția esofagiană cu stomac are avantajul ascensiunii facile până la esofagul cervical
  - (C) Față de reconstrucția esofagiană cu stomac este o tehnică mai simplă, cu mai puține anastomoze
  - (D) Colonul stâng este mai rezistent la refluxul acid
  - (E) Obligă chirurgia să utilizeze calea retrosternală de ascensionare
320. Dezavantajele utilizării abordului transhiatal în rezecțiile esofagiene pentru cancer includ:
- (A) Rezecția limitată a tumorilor mari
  - (B) Riscul crescut de fistulă anastomotică cervicală
  - (C) Absența toracotomiei
  - (D) Riscul de însămânțare tumorală
  - (E) Alungirea excesivă a stomacului în vederea mobilizării sale până în regiunea cervicală
321. Stentarea esofagiană, ca metodă paliativă de tratament al cancerului esofagian, are următoarele posibile complicații:
- (A) Perforația esofagiană
  - (B) Regurgitarea și pneumonia de aspirație
  - (C) Migrarea stentului
  - (D) Ulcerul peptic
  - (E) Impactarea alimentară
322. \* "Standardul de aur" pentru identificarea prezenței unei hernii hiatale este:
- (A) Computer tomografia
  - (B) Ecografia endoscopică esofagiană
  - (C) Tranzitul baritat
  - (D) Radiografia pulmonară
  - (E) Endoscopia digestivă superioară
323. Care dintre următoarele sunt etape operatorii "cheie" în cura chirurgicală a herniilor hiatale:
- (A) Fundoplicatura

- (B) Rezecția fundică gastrică
  - (C) Rezecția sacului herniar
  - (D) Mobilizarea esofagului toracic
  - (E) Închiderea orificiului diafragmatic
324. Care din următoarele afirmații ce privesc ingestia de corpi străini este adevărată:
- (A) Apare cu predilecție la bolnavi psihici adulți
  - (B) Impactarea corpului străin se produce cel mai frecvent la nivel mușchiului cricofaringian sau în esofagul distal la nivelul unei stricture peptice
  - (C) Tranzitul baritat este examenul imagistic de elecție în diagnosticul acestei afecțiuni
  - (D) Extracția endoscopică este cel mai bun tratament
  - (E) Perforația esofagului este cea mai serioasă complicație după extragerea corpului străin
325. Care din următoarele afirmații referitoare la ingestia de substanțe caustice sunt adevărate:
- (A) Ingestia de substanțe caustice este o urgență medicală
  - (B) Ingestia de caustice alcaline produce leziuni esofagiene mai puțin grave, superficiale
  - (C) În evaluarea leziunilor caustice endoscopia flexibilă de urgență are un rol important
  - (D) Menținerea căilor aeriene libere este prima prioritate terapeutică în tratamentul ingestiilor caustice
  - (E) Stomacul este grefonul cel mai frecvent utilizat în tratamentul chirurgical al esofagitelor caustice
326. Care din următoarele afirmații referitoare la tipul intestinal de cancer gastric sunt adevărate:
- (A) Este un cancer slab diferențiat, cu celule în “inel de pecete”
  - (B) Este frecvent întâlnit la tineri
  - (C) Se răspândește hematogen
  - (D) Este asociat infecției cu H pylori
  - (E) Are un prognostic mai bun
327. Linita gastrică este termenul utilizat pentru a descrie:
- (A) Un cancer gastric ulcero-vegetant, cu prognostic relativ bun
  - (B) Un cancer gastric care infiltrază difuz peretele gastric, chiar stomacul în întregime
  - (C) Un cancer gastric cu prognostic deosebit de rezervat
  - (D) Un cancer gastric extins loco-regional
  - (E) Un cancer gastric incipient
328. Precizați care dintre următoarele semne/simptome indică un cancer gastric diseminat:
- (A) Prezența unui nodul limfatic supraclavicular stâng
  - (B) Scăderea ponderală inexplicabilă
  - (C) Formațiunea tumorală palpabilă epigastric
  - (D) Nodulul ombilical palpabil
  - (E) Hematemeza și melena
329. \*Apariția bruscă la aproximativ 3 ore postprandial a următoarelor simptome: anxietate, transpirații profuze, tahicardie, palpitații, slăbiciune, oboseală extremă, la un pacient cu antecedente personale de gastrectomie în urmă cu un an, sugerează diagnosticul de:
- (A) Sindrom de ansa oarba

- (B) Boala ulcerului marginal
  - (C) Stenoza ansei aferente
  - (D) Sindrom dumping tardiv
  - (E) Atonia gastrică
330. Care dintre următoarele afirmații cu privire la boala ulcerului marginal sunt adevărate:
- (A) Se dezvoltă pe versantul gastric al anastomozei gastro-jejunale
  - (B) În etiologia acesteia este întâlnit de obicei factorul ischemic
  - (C) Tratamentul chirurgical este de prima linie
  - (D) Se dezvoltă pe versantul jejunal al anastomozei gastro-jejunale
  - (E) Tratamentul de prima linie include inhibitori de pompă de protoni (IPP)
331. Următoarele afirmații sunt caracteristice pentru ocluziile intestinale prin stricturi:
- (A) Sunt adesea incomplete
  - (B) Au debut insidios
  - (C) Sunt adesea complete
  - (D) Boala Crohn este cea mai frecventă cauză benignă
  - (E) Stricturile intestinale sunt doar de cauză benignă
332. Semnele și simptomele ocluziei intestinale a intestinului subțire cu ansă închisă sunt următoarele:
- (A) Durerea este progresivă, intermitentă către constantă
  - (B) Distensia abdominală este adesea absentă
  - (C) Vărsăturile intermitente, cu aspect fecaloid
  - (D) Sensibilitate la palpare accentuată epigastric
  - (E) Durere abdominală intermitentă, intense, colicativă
333. Cauzele extrinseci de ocluzie intestinală sunt reprezentate de:
- (A) Volvulusul intestinului
  - (B) Fitobezoarele
  - (C) Sindromul arterei mezenterice superioare
  - (D) Enterita postradioterapie
  - (E) Stricturile maligne
334. Indicatorii unui risc mare de strangulare a intestinului sunt următorii:
- (A) Febra
  - (B) Leucocitoza
  - (C) Tahicardia
  - (D) Sensibilitate abdominală localizată
  - (E) Hipotensiunea
335. \*În cadrul unei ocluzii intestinale a colonului:
- (A) Durerea este intermitentă
  - (B) Durerea este continuă
  - (C) Vărsăturile sunt bilioase
  - (D) Distensia abdominală este absentă
  - (E) Durerea este intermitentă către constantă
336. La pacienții cu ischemie mezenterică acută:

- (A) Durerea debutează brusc și este severă
  - (B) Se întâlnește acidoza metabolică persistentă
  - (C) Se întâlnește alcaloza metabolică persistentă
  - (D) Examinările de laborator sunt specifice
  - (E) Leucocitoza, acidul lactic crescut și acidoza metabolică sunt esențiale în stabilirea diagnosticului de ischemie mezenterică acută
337. Scopul principal al tratamentului ischemiei mezenterice constă în:
- (A) Restabilirea rapidă a fluxului sangvin
  - (B) Embolectomia imediată
  - (C) Excizia intestinului necrozat
  - (D) Anticoagularea promptă cu heparină administrată intravenos
  - (E) Minimizarea oricărei leziuni de reperfuzie
338. Semnele clinice specifice apendicitei acute sunt următoarele:
- (A) Semnul Murphy
  - (B) Semnul psoasului
  - (C) Semnul obturatorului
  - (D) Semnul valului
  - (E) Semnul Courvoisier-Terrier
339. \*Următoarele afirmații sunt adevărate în cadrul apendicitei acute:
- (A) Apendicectomia este principalul tratament
  - (B) Managementul non-operator al apendicitei acute este proscris
  - (C) Intervenția chirurgicală se sistează dacă apendicele cecal nu prezintă modificări
  - (D) Abcesul localizat nu poate fi tratat decât prin evacuare laparoscopică
  - (E) Intervenția chirurgicală nu necesită o pregătire preoperatorie
340. Referitor la tratamentul ocluziilor intestinale, următoarele afirmații sunt adevărate:
- (A) Ocluzia postoperatorie precoce trebuie temporizată
  - (B) La pacienții cu boală Crohn sunt indicate rezecțiile extinse
  - (C) Herniile nereductibile trebuie amânate
  - (D) Ocluzia intestinală prin invaginație, la copii, se tratează stric chirurgical
  - (E) Pacienții cu ocluzii complete necesită intervenție chirurgicală promptă
341. La adult, ocluzia colonului este cel mai frecvent determinată de:
- (A) Boala diverticulară
  - (B) Fecalom
  - (C) Cancerul de rect
  - (D) Volvulus
  - (E) Aderențe
342. Laparotomia de urgență este efectuată în ocluzia acută a intestinului gros atunci când:
- (A) Cecul depășește 12 cm diametru
  - (B) Nu există semne de peritonită
  - (C) Există semne de sepsis
  - (D) Există semne de peritonită
  - (E) Există sensibilitate abdominală crescută
343. \*Aspectul imagistic sugestiv pentru volvulusul de colon la clisma cu substanță de contrast este:

- (A) "Boabă de cafea"
- (B) "Tub îndoit interior"
- (C) "Cioc de pasăre"
- (D) "Clepsidră"
- (E) "Cotor de măr"

344. \*Dacă există suspiciunea clinică de ocluzie a colonului, explorarea de elecție este:

- (A) Colonoscopia
- (B) Radiografia abdominală
- (C) Examinarea CT
- (D) Examinarea RMN
- (E) Clisma cu substanță de contrast

345. Terapia inițială în ocluzia intestinului gros cuprinde:

- (A) Laparotomie cu rezecție colică acolo unde este necesar
- (B) Resuscitare volemică
- (C) Corectarea dezechilibrelor electrolitice
- (D) Antibiot terapie profilactică
- (E) Evaluare chirurgicală

346. Care din afirmațiile referitoare la volvulusul de sigmoid sunt adevărate?

- (A) Apare frecvent la pacienții tineri
- (B) Apare frecvent la pacienții cu demență
- (C) Apare frecvent la pacienții cu constipație
- (D) Tratamentul inițial este detorsionarea endoscopică
- (E) Rezecția de cec este cea mai eficientă metodă de prevenire a recurenței

347. Care din afirmațiile referitoare la volvulusul de cec sunt adevărate?

- (A) Manifestările sunt mai acute decât în volvulusul de sigmoid
- (B) Pe radiografia abdominală, intestinul subțire este destins, în timp ce colonul distal este aplatizat
- (C) De obicei, volvulusul de cec determină ocluzie la nivelul intestinului subțire și gros
- (D) Este recomandată detorsionarea endoscopică ca tratament inițial
- (E) Rezecția de cec este cea mai eficientă metodă de prevenire a recurenței

348. Argumentele pentru potențialul malign al adenoamelor (polipi ai colonului) includ:

- (A) Incidența ridicată a cancerului asociat cu polipii din sindromul polipozei adenomatoase familiale (PAF)
- (B) Incidența mai scăzută a cancerului la pacienții care consumă în mod regulat Aspirină
- (C) Apariția simultană a cancerelor și a polipilor la același pacient
- (D) Carcinogenii care produc atât adenoame, cât și cancere în același model experimental
- (E) Riscul redus de cancer asociat la cei la care polipii au fost rezecați

349. Care din următoarele afirmații referitoare la cancerul colorectal sunt adevărate?

- (A) Este al treilea cel mai frecvent tip de cancer
- (B) Majoritatea lor sunt sporadice, fără mutații genetice

- (C) Aspirina, când este consumată regulat, scade semnificativ riscul de apariție a cancerului de colon
  - (D) Majoritatea cancerelor colorectale apar pe partea dreaptă a colonului
  - (E) Incidența maximă a cancerelor de colon este la vârsta de 70 de ani
350. Caracteristicile pentru cancerul colonului drept sunt următoarele:
- (A) Tumorile sunt de obicei leziuni exofitice
  - (B) Se asociază frecvent cu anemie prin deficit de fier
  - (C) Se manifestă de obicei prin hemoragie rectală macroscopică
  - (D) Tulburări de tranzit intestinal cu meteorism și scaune creionate
  - (E) Tenesme
351. \*Dozarea antigenului carcinoembrionar (ACE) în cancerul colorectal este util pentru:
- (A) Diagnosticul pozitiv
  - (B) Diagnosticul diferențial cu alte neoplazii GI
  - (C) Urmărirea pacienților după rezecție, pentru a detecta recurența bolii
  - (D) Stabilirea tipului histopatologic al tumorii
  - (E) Screening la pacienții din grupa de risc mediu
352. Evaluarea de stadializare a cancerului rectal include:
- (A) CT toracic, abdominal și pelvin pentru a exclude boala metastatică la distanță
  - (B) Dozarea antigenului carcinoembrionar din sânge (CEA)
  - (C) IRM sau ecografie endorectală
  - (D) Colonoscopie
  - (E) Biopsie
353. Scopurile tratamentului neoadjuvant în cancerul rectal sunt:
- (A) De a reduce dimensiunea tumorii
  - (B) De a reduce riscul de complicații postoperatorii
  - (C) De a reduce riscul apariției recidivei la nivelul anastomozei
  - (D) De a crește durata de supraviețuire
  - (E) De a amâna operația
354. Care din următoarele afirmații referitoare la tratamentul neoadjuvant în cancerul colorectal sunt adevărate?
- (A) Tratamentul neoadjuvant este recomandat în cancerul de colon stenoizant
  - (B) Tratamentul neoadjuvant este recomandat în cancerul rectal la care IRM demonstrează invazia tumorală a peretelui T3 sau T4 sau ganglioni limfatici
  - (C) Durata tratamentului neoadjuvant este de 6 săptămâni
  - (D) Scopul tratamentului neoadjuvant este reducerea dimensiunilor tumorii
  - (E) Perioada de recuperare între tratament neoadjuvant și operație este de 2 săptămâni
355. Care sunt operațiile indicate când tumorul rectal invadează sfincterul anal?
- (A) Rezecția intersfincteriană
  - (B) Rezecția anterioară joasă cu anastomoză primară
  - (C) Rezecția abdomino-perineală
  - (D) Colostomia definitivă
  - (E) Plasarea de stent metalic endoscopic

356. \*Elementul cel mai important pentru prognosticul cancerului colorectal este:
- (A) Tipul histopatologic al tumorii
  - (B) Localizarea tumorii
  - (C) Vârsta pacientului
  - (D) Complicațiile tumorale
  - (E) Invazia limfoganglionară
357. Hemoroizii externi se caracterizează prin:
- (A) Sunt localizați deasupra linei pectinee
  - (B) Sângerează frecvent
  - (C) Sunt acoperiți de anoderm bogat inervat
  - (D) În stadii avansate prolabează
  - (E) Se pot complica cu tromboză
358. Din tratamentul hemoroizilor externi trombozați fac parte următoarele:
- (A) Excizia sub anestezie locală
  - (B) Creme și supozitoare
  - (C) Antiinflamatoarele non-steroidiene (AINS)
  - (D) Băi de șezut
  - (E) Pernele de șezut
359. Tratamentul corect al abceselor perianale în general constă în:
- (A) Tratamentul de primă intenție este drenajul chirurgical
  - (B) Incizia se efectuează la nivelul tegumentului perianal cât mai departe de marginea anală
  - (C) Pansamentul agresiv zilnic al plăgii de drenaj
  - (D) Antibioterapie în toate cazurile
  - (E) Proceduri de drenaj complexe, personalizate în abcesele, profunde și cele în potcoavă
360. Care din următoarele afirmații referitoare la fisura anală sunt adevărate ?
- (A) Localizarea cea mai frecventă este la nivelul liniei mediane anterioare
  - (B) Principalul simptom este durerea de obicei însoțită de rectoragie
  - (C) După aproximativ 8 săptămâni de la debut, fisura este considerată cronică
  - (D) Administrarea topică de blocați de calciu și nitrați s-a asociat cu rate de vindecare de 65-95%
  - (E) Intervenția chirurgicală de elecție este sfincterotomia internă laterală stângă
361. Factori care predispun la formarea de calculi biliari sunt:
- (A) Nuliparitatea
  - (B) Utilizarea contraceptivelor
  - (C) Creșterea ponderală rapidă
  - (D) Nutriția parenterală totală prelungită
  - (E) Boli hemolitice
362. \*Afecțiunile hemolitice și ciroza hepatică se asociază cu următorii tip de calculi biliari:
- (A) Calculii de colesterol
  - (B) Calculii micști

- (C) Calculi pigmentari negri
  - (D) Calculii pigmentari bruni
  - (E) Nămolul biliar
363. Analizele de laborator în icterul obstructiv arată următoarele:
- (A) Creșterea bilirubinei neconjugate
  - (B) Creșterea fosfatazei alcaline (FA)
  - (C) Creșterea gama-glutamil transferazei (GGT)
  - (D) Creșterea urobilinogenului în urină
  - (E) Creșterea INR (international normalized ratio)
364. Care din afirmațiile referitoare la colangiografia transhepatică percutană (PTC, percutaneous transhepatic cholangiography) sunt adevărate?
- (A) Impune prezența unui endoscopist cu experiență
  - (B) Este utilă în special pentru vizualizarea arborelui biliar proximal
  - (C) Poate fi folosită pentru obținerea diagnosticului citologic
  - (D) Poate fi folosită pentru extragerea calculilor și pentru plasarea unui tub de dren
  - (E) Ductele biliare dilatate facilitează această procedură
365. Bacteriile asociate în mod frecvent cu colecistita acută sunt:
- (A) Staphylococcus aureus
  - (B) Escherichia coli
  - (C) Klebsiella pneumoniae
  - (D) Streptococcus faecalis
  - (E) Pseudomonas aeruginosa
366. Ce este adevărat despre durerea din pancreatita acută?
- (A) Este de tip colicativ
  - (B) Iradiază posterior
  - (C) Este atenuată de poziția șezândă
  - (D) Este exacerbată de poziția șezândă
  - (E) Este asociată cu grețuri și vărsături
367. \*Principala cauză de mortalitate în pancreatita acută este reprezentată de:
- (A) Formarea de pseudochiste pancreatice
  - (B) Formarea de colecții fluide acute
  - (C) Infecția necrozelor pancreatice
  - (D) Tromboza de venă splenică
  - (E) Tromboza de venă portă
368. Drenajul chirurgical al unui pseudochist pancreatic este indicat când:
- (A) Este asimptomatic
  - (B) Are efect de masă cauzând efecte obstructive
  - (C) Persistă mai mult de 1 an
  - (D) Nu are tendință de creștere
  - (E) Are peste 5 cm diametru
369. Tratamentul chirurgical al unui pseudochist pancreatic comunicant este reprezentat de:

- (A) Drenajul extern
  - (B) Drenaj intern în stomac
  - (C) Drenaj intern în duoden
  - (D) Montarea unei anse intestinale Roux
  - (E) Drenaj percutanat
370. Procedura „Puestow” reprezintă:
- (A) Pancreaticojejunostomia laterală
  - (B) Duodenopancreatectomia cefalică
  - (C) O procedură de decompresie ductală internă
  - (D) O procedură de rezecție
  - (E) O procedură care determină ameliorarea de durată a durerii din pancreatita cronică
371. Despre hemangiomul hepatic sunt adevărate următoarele afirmații:
- (A) Este o tumoră de natură malignă
  - (B) Este cea mai frecventă tumoră hepatică benignă
  - (C) Este de 5 ori mai frecventă la femei
  - (D) Majoritatea pacienților sunt asimptomatici
  - (E) Ocazional, pacienții cu hemangioame hepatice voluminoase pot prezenta durere abdominală
372. În hiperplazia nodulară focală (HNF), sunt adevărate următoarele afirmații:
- (A) Este o leziune benignă
  - (B) Are potențial malign
  - (C) Aspectul de “spițe de roată” apare în utilizarea ultrasonografiei Doppler
  - (D) Cea mai eficientă metodă imagistică în descrierea leziunii este CT-ul
  - (E) Creșterea sa este modificată prin utilizarea contraceptivelor hormonale sau orale
373. \*Majoritatea tumorilor metastatice identificate în ficat sunt de origine:
- (A) Mamară
  - (B) Gastrointestinală
  - (C) Uterină
  - (D) Ovariană
  - (E) Renală
374. În cazul pacienților cu metastaze hepatice de cancer colorectal, cele mai bune rezultate ale rezecției hepatice se obțin atunci când:
- (A) Există mai puține leziuni și mai mici
  - (B) Leziunile prezintă o progresie rapidă
  - (C) Pacienții au niveluri scăzute de antigen carcinoembrionar
  - (D) Nu există boală extrahepatică secundară
  - (E) Există mai mult de 1 an fără boală
375. Alegeți răspunsurile corecte referitoare la chisturile hepatice simple:
- (A) Sunt rare
  - (B) Majoritatea sunt de mici dimensiuni
  - (C) Comunică cu arborele biliar

- (D) Au conținut seros clar
  - (E) Atunci când sunt multiple sunt dispuse aleator în ficat
376. Otita externă localizată:
- (A) Se mai numește și foliculita conductului auditiv extern
  - (B) Poate fi cauzată de traumă locală
  - (C) Este însoțită de durere intensă
  - (D) Durerea nu se intensifică la mobilizarea pavilionului auricular
  - (E) Nu necesită drenaj
377. \*Otita externă nu este:
- (A) Un proces inflamator difuz care afectează întregul conduct auditiv extern
  - (B) Cauzată de traumatism la nivelul tegumentului conductului auditiv extern
  - (C) O infecție care poate să apară în urma expunerii la secreții purulente din cadrul unei otite medii supurate
  - (D) Cauzată cel mai frecvent de Candida albicans
  - (E) Cauzată cel mai frecvent de Pseudomonas
378. Otita externă necrotizantă:
- (A) Mai demult denumit "otita externă malignă"
  - (B) Este o osteomielită al osului temporal și bazei de craniu
  - (C) Mortalitatea este scăzută
  - (D) Necesită tratament agresiv de lungă durată cu antibiotice topice și sistemice
  - (E) Infecția răspunde bine la tratament topic
379. Cei mai frecvenți agenți implicați în otita medie acută:
- (A) Streptococcus pneumoniae
  - (B) Haemophilus influenzae
  - (C) Streptococcus  $\beta$ -haemolyticus
  - (D) E. Coli
  - (E) Numai bacterii anaerobe
380. Tratamentul otitei medii acute:
- (A) De primă intenție se administrează Amoxicilină în doze mari
  - (B) În caz de alergie la peniciline, se poate utiliza Azitromicina, Claritromicina sau Eritromicina
  - (C) Antibioticul nu se înlocuiește dacă infecția persistă mai mult de trei zile
  - (D) În caz de eșec terapeutic, tratamentul oral se poate înlocui cu Ceftriaxonă administrată parenteral
  - (E) Timpanocenteza se practică des
381. Factori de risc pentru apariția otitei medii seroase cronice la copii:
- (A) Sexul masculin
  - (B) Infecție recentă de tract respirator superior
  - (C) Prezența fumului de țigară în casă
  - (D) Alăptare la sân
  - (E) Copil unic în familie
382. Otita medie seroasă cronică:
- (A) Observare timp de 3 luni
  - (B) Tratament antibiotic și antiinflamator

- (C) Se recomandă utilizarea decongestionantelor nazale
  - (D) Dacă nu se rezolvă spontan după trei luni, se recomandă miringotomie și inserție de tub de ventilație
  - (E) Dacă se complică cu perforația membranei timpanice, se recomandă tratament chirurgical
383. Sinuzita acută:
- (A) Apare cel mai frecvent în cadrul infecțiilor bacteriene ale căilor respiratorii inferioare
  - (B) Nu poate fi o complicație a rinitei alergice
  - (C) Apare cel mai frecvent în cadrul infecțiilor virale ale căilor respiratorii superioare
  - (D) Reprezintă o complicație a răcelii banale
  - (E) Apare în urma blocajului ostiumului sinus al cauzat de edem inflamator
384. Simptomele sinuzitei acute sunt:
- (A) Durere periorbitală, durere facială, cefalee
  - (B) Febră
  - (C) Rinoree purulentă
  - (D) Hipoacuzie de transmisie
  - (E) Hiposmie
385. Organismele cauzatoare de sinuzită acută cel mai frecvent întâlnite sunt:
- (A) Streptococcus pneumoniae
  - (B) Mycobacterium tuberculosis
  - (C) Haemophilus influenzae
  - (D) Moraxella catarrhalis
  - (E) Bordetella pertussis
386. \*Tratamentul sinuzitei acute nu include:
- (A) Antibiototerapie timp de 7-14 zile
  - (B) Amoxicilină-clavulanat, Cefuroximă, Claritromicină
  - (C) Decongestionante sistemice
  - (D) Terapie antivirală
  - (E) Analgezice, comprese calde
387. Următoarele caracterizează simptomele sinuzitei cronice:
- (A) Presiune facială
  - (B) Obstrucție nazală
  - (C) Durere profundă, nepulsatilă
  - (D) Nu se întâlnește hiposmie
  - (E) Durere superficială și pulsatilă
388. \*Tratamentul sinuzitei cronice nu include:
- (A) Spray-uri nazale steroizide
  - (B) Creșterea consumului de lichide
  - (C) Expectoranți
  - (D) Tratament antibiotic la cei care au beneficiat de tratament prelungit cu un antibiotic rezistent la beta-lactamază
  - (E) Oprirea fumatului
389. Sinuzita cronică:

- (A) Poate asocia infecție anaerobă
- (B) Complexul ostio-meatal reprezintă cea mai frecventă localizare a inflamației
- (C) Nu există tratament medicamentos
- (D) Tratamentul chirurgical constă în tonsilectomie
- (E) Tratamentul chirurgical se concentrează asupra meatului superior

390. În sinuzita cronică:

- (A) Hipoventilația interferează cu mecanismele de autoapărare de la nivelul sinusurilor
- (B) Secrețiile acumulate în sinusuri provoacă inflamație cronică
- (C) Se observă hiperplazia glandelor seromucoase
- (D) Celulele etmoidale posterioare sunt afectate cel mai des
- (E) Blocajul meatului inferior provoacă majoritatea sinuzitelor cronice

391. O fractură transversală apare în urma unui :

- (A) Traumatism prin rotație
- (B) Traumatism prin torsiune
- (C) Traumatism cu energie mare
- (D) Traumatism cu energie redusă
- (E) În urma unei avulsii ligamentare

392. O fractură spiroidă are următoarele caracteristici:

- (A) Este produs de un traumatism cu energie mare
- (B) Este produs de un traumatism cu energie redusă
- (C) Produse de un traumatism prin rotație
- (D) Au tendința de a se scurta după deplasare
- (E) Produse de un traumatism prin torsiune

393. Care sunt 2 dintre cele mai importante caracteristici ale unei fracturi:

- (A) Durerea la palpare
- (B) Este fractură deschisă
- (C) Deformarea regiunii
- (D) Elemente neuro-vasculare compromise
- (E) Crepitația

394. O evaluare radiologică completă include următoarele:

- (A) Două incidențe radiografice
- (B) Trebuie vizualizată doar articulația proximală,
- (C) Trebuie vizualizate articulațiile distale și proximale
- (D) Fracturile pelviene care produc leziuni asociate
- (E) Radiografia coloanei cervicale este necesară în leziunile faciale

395. \*Formarea calusului dur include :

- (A) Remodelare osoasă
- (B) Formarea hematomului
- (C) Formarea osului imatur sau fibros

- (D) Remodelarea și resorbția calusului,
- (E) Transformarea osului fibros în os lamelar

396. \*Remodelarea osoasă include :

- (A) Formarea hematomului
- (B) Transformarea osului fibros în os lamelar
- (C) Formarea osului imatur sau fibros
- (D) Reconstituirea cavității medulare
- (E) Inflamație și proliferare celulară

397. Care din următoarele afirmații sunt adevărate în cazul imobilizării unei fracturi :

- (A) Se imobilizează articulația subiacentă
- (B) Se imobilizează articulația supraiacentă
- (C) Se verifică structurile vasculare distal de fractură
- (D) Se verifică structurile nervoase distal de fractură
- (E) Nici una dintre afirmații nu este corectă

398. Dispozitivele de fixare internă includ :

- (A) Orteze funcționale
- (B) Tije centromedulare
- (C) Tracțiune trans-scheletică
- (D) Plăci și șuruburi
- (E) Broșe

399. Complicațiile locale ale unei fracturi sunt :

- (A) Tromboza venoasă
- (B) Pseudartroza
- (C) Calus vicios
- (D) Tetanos
- (E) Necroza vasculară

400. Complicațiile sistemice ale unei fracturi sunt:

- (A) Calus vicios
- (B) Gangrena gazoasă
- (C) Întârzierea în consolidare
- (D) Embolia grăsoasă
- (E) Șocul

401. Următoarele afirmații sunt adevărate în ceea ce privește tratamentul chirurgical al hiperplaziei benigne de prostată (HBP):

- (A) Riscul de incontinență după operație este scăzut (1% până la 2%)

- (B) Abordul chirurgical deschis / robotic este de obicei indicat în cazul pacienților cu HBP de dimensiuni mici (<100 g) de prostată
  - (C) În timpul intervenției chirurgicale pentru HBP, capsula prostatei este îndepărtată
  - (D) Disfuncția sexuală asociată procedurii apare la <5% dintre pacienți
  - (E) Abordul transuretral este cel mai des folosit
402. Care dintre următoarele afirmații sunt false cu privire la examinarea digitală a prostatei, în hiperplazia benignă de prostată (HBP):
- (A) Relevă adesea creșterea palpabilă a acesteia
  - (B) Nu există asimetrie a prostatei
  - (C) HBP are în mod caracteristic un contur neted
  - (D) Caracteristic HBP este consistența dură a prostatei
  - (E) Există cazuri în care creșterea semnificativă a prostatei este asimptomatică
403. Următoarele afirmații sunt adevărate în ceea ce privește tabloul clinic și evaluarea în cancerul de prostată:
- (A) Majoritatea bărbaților cu cancer de prostată în stadiu incipient prezintă simptome specifice bolii
  - (B) Tușeul rectal este o metodă de examinare importantă pentru detectarea carcinomului prostatic
  - (C) Carcinomul prostatic se regăsește în proporție de 20-25% în rândul pacienților cu un nivel al PSA-ului considerat „normal”
  - (D) Nivelul PSA-ului poate fi crescut în cazul bărbaților cu HBP, carcinom prostatic, dar nu la bărbații cu prostatită
  - (E) PSA-ul seric este specific cancerului de prostată
404. \*Următoarea afirmație este falsă cu privire la tratamentul cancerului de prostată în stadiu metastatic:
- (A) Administrarea orală de estrogeni nu este însoțită de efecte secundare de tip cardiovascular
  - (B) Radioterapia în focar poate fi eficace în cazurile cu metastaze osoase izolate
  - (C) Suprimarea testosteronului seric poate fi realizată prin orhiectomie chirurgicală bilaterală
  - (D) Analogii de LHRH, reduc semnificativ producția și concentrația serică ale testosteronului , pînă la valori similare cu cele obținute în urma castrării chirurgicale, încă din prima lună de tratament
  - (E) Terapiile androgenice de linia a doua au dovedit o eficacitate moderată în cancerul de prostată rezistent la castrare
405. În cazul pacienților suspectați cu carcinom prostatic:
- (A) Cea mai bună examinare imagistică este TRUS
  - (B) Ecografia transrectală (TRUS) este utilizată ca test de screening
  - (C) TRUS nu poate diferenția anatomia specifică fiecărei zone a prostatei

- (D) Ecografia transrectală (TRUS) este folosită pentru a ghida puncția-biopsie în cazul bărbaților cu formațiuni prostatice suspecte decelate la tușeul rectal sau cu valori anormale ale PSA
- (E) În timpul biopsiei de prostată, de regulă se recoltează 16 fragmente
406. Pacient în vârstă de 47 de ani din mediul urban, de profesie inginer, se prezintă cu o placă hiperpigmentată, neomogenă, asimetrică, cu diametrele de 20 x 30 mm, localizată plantar, nedureroasă, ce a apărut în urmă cu 6 luni. Se recomandă:
- (A) Biopsie incizională și examen histopatologic
  - (B) Biopsie excizională și examen histopatologic
  - (C) Fotoprotecție și reevaluare dermatoscopică la 6 luni
  - (D) Electrocauterizarea cât mai rapidă a leziunii
  - (E) Efectuarea investigațiilor suplimentare pentru decelarea eventualelor metastaze (PET/CT, RMN, ganglion sentinela, etc)
407. Pacientă de sex feminin în vârstă de 65 de ani, de profesie agronom, din mediul rural, se prezintă în clinică cu numeroase pete și papule eritemato-scuamoase cu margini rău delimitate, cu suprafață rugoasă, neinfiltrete, localizate pe față și dosul mâinilor, asimptomatice. Se recomandă:
- (A) Creme cu fotoprotecție solară
  - (B) Unguente cu dermatocorticoizi
  - (C) Creme cu dermatocorticoizi
  - (D) Creme cu 5- fluorouracil
  - (E) Crioterapia
408. Care din următoarele afirmații sunt corecte în cazul carcinomului bazocelular:
- (A) Clinic prezintă papule perlate
  - (B) Este cel mai frecvent tip de cancer cutanat
  - (C) Metastazează adesea
  - (D) Tratamentul constă doar în excizia chirurgicală a leziunii
  - (E) Poate beneficia și de crioterapie
409. \*Pacient în vârstă de 51 de ani, din mediul rural, se prezintă în clinică cu o placă eritematoasă acoperită cu scuame, cu ulceratie centrală, cu margini indurate, nedureroasă, localizată la nivelul buzei inferioare. Pacientul descrie că buza inferioară este de mult timp uscată și aspră, iar ulceratia a debutat în urmă cu circa 1 an. La examenul clinic se evidențiază adenopatie submandibulară bilaterală, nedureroasă. Cel mai probabil diagnostic este:
- (A) Carcinom bazocelular
  - (B) Melanom
  - (C) Keratoza actinică
  - (D) Carcinom scuamocelular
  - (E) Cheilită actinică

410. Pacient în vârstă de 48 de ani se prezintă în clinică cu pete și papule eritemato-scuamoase cu margini rău delimitate, nedureroase localizate pe zonele fotoexpușe respectiv față și dosul mâinilor. La examenul clinic se remarcă că una dintre leziuni este de mai mari dimensiuni, infiltrată cu o ulceratie centrală. Se recomandă:
- (A) Crioterapie și creme cu fotoprotecție pentru leziunile neinfiltrate și neulcerate
  - (B) Excizia chirurgicală a leziunii infiltrate, suspiciunând un diagnostic de carcinom spinocelular dezvoltat prin transformarea malignă a unei keratoze actinice
  - (C) Excizia chirurgicală a leziunii infiltrate, suspiciunând un diagnostic de melanom nodular dezvoltat prin transformarea malignă a unei keratoze actinice
  - (D) Crioterapie și creme cu fotoprotecție pentru toate leziunile
  - (E) Utilizarea dermatocorticoizilor
411. Canalul arterial persistent (PCA) se caracterizează prin:
- (A) Eșec al închiderii canalului arterial după naștere
  - (B) Șunt dreapta- stânga
  - (C) Indometacinul induce închiderea canalului
  - (D) Cianoză după naștere
  - (E) ECG – deviație axială dreaptă
412. În cazul unui copil cu tetralogie Fallot tratamentul poate cuprinde:
- (A) Prostaglandină E
  - (B) Indometacin
  - (C) Propranolol
  - (D) Morfină
  - (E) Septostomie atrială cu balon
413. \*Afirmatiile adevărate despre boala Kawasaki sunt următoarele, cu excepția:
- (A) Este cea mai comună vasculită la copil
  - (B) Febra durează >5 zile
  - (C) Examenul fizic evidențiază prezența unui rash maculopapular
  - (D) În evoluție pot apărea anevrisme coronariene
  - (E) Cel mai adesea este întâlnită la copiii mici
414. Simptomatologia întâlnită în crup cuprinde:
- (A) Tuse lătrătoare
  - (B) Dispnee expiratorie
  - (C) Edem subglotic
  - (D) Stridor de repaus
  - (E) Febră înaltă (hiperpirexie)
415. Alegeți afirmațiile corecte:
- (A) Apneea poate fi singura manifestare a pertusisului la sugar
  - (B) Hiperensiunea pulmonară este o complicație a tusei convulsive
  - (C) Semnul degetului mare sau semnul vâlculei este caracteristic pentru epiglotită
  - (D) Radiografia gâtului arată îngustarea căilor aeriene subglotice (semnul turlei) în crup
  - (E) Radiografia toracică care evidențiază atelectazie bilaterală cu aspect de sticlă mată și scăderea volumelor pulmonare este caracteristică pentru bronșiolită

416. Următoarele afecțiuni se asociază cu un risc crescut de apariție a astmului în perioada copilăriei:
- (A) Sindromul de aspirație de meconiu
  - (B) Fibroza chistică
  - (C) Sindromul de detresă respiratorie a nou-născutului
  - (D) Tusea convulsivă
  - (E) Bronșiolita
417. Alegeți afirmațiile false despre diverticulul Meckel:
- (A) Este de 2 ori mai frecvent la fete decât la băieți
  - (B) Apare la o distanță de aproximativ 60 cm de valva ileocecală
  - (C) Sunt implicate 2 tipuri de țesut ectopic (gastric, pancreatic)
  - (D) Este găsit în 10% din populație
  - (E) Cele mai multe complicații apar înaintea vârstei de 2 ani
418. Opțiunile terapeutice în icterul neonatal, în funcție de severitate, constau din:
- (A) Dietă hipercalorică
  - (B) Fototerapie
  - (C) Exsanguinotransfuzie
  - (D) Imunoglobuline intravenos
  - (E) Antibiotic
419. \*Printre cauzele hepatice de icter neonatal se regăsesc:
- (A) Deficit de glucozo-6-fosfat dehidrogenază (G6PD)
  - (B) Hemoragie
  - (C) Sindrom Gilbert
  - (D) Incompatibilitate materno-fetală ABO
  - (E) Eșec al alimentației naturale
420. În cazul valvei uretrale posterioare se pot decela:
- (A) Obstrucția vezicii urinare
  - (B) Jet urinar slab
  - (C) Infecție de tract urinar
  - (D) Distensie abdominală
  - (E) Sac scrotal gol
421. Opțiunile terapeutice în enurezis constau din:
- (A) Educație
  - (B) Alarme pentru enuresis
  - (C) Antibiotic
  - (D) Modificări dietetice
  - (E) Desmopresină sau Imipramină
422. \*Un băiat de 5 ani este evaluat de medicul de familie pentru următoarele acuze: scădere ponderală, grețuri, vărsături, disurie. Examenul fizic evidențiază prezența unei mase

abdominale, valori tensionale crescute, febră. Diagnosticul cel mai probabil în acest moment este:

- (A) Deschiderea anormală de uretră
- (B) Tumoră Wilms
- (C) Cancer testicular
- (D) Malrotație cu volvulus
- (E) Criptorhidie

423. Investigațiile imagistice la un copil cu valvă de uretră posterioară pot evidenția:

- (A) Îngroșarea pereților vezicii urinare
- (B) Hidronefroză bilaterală
- (C) Megaureter
- (D) Scurtarea uretrei posterioare
- (E) Dilatarea uretrei posterioare în timpul micțiunii

424. Deficiența de glucozo-6-fosfatază se caracterizează prin:

- (A) Splenomegalie
- (B) Hipoglicemie
- (C) Convulsii
- (D) Față cu aspect de păpușă
- (E) Hipotonie

425. În cazul unui sugar cu hipotiroidism congenital se pot întâlni:

- (A) Alimentație deficitară
- (B) Fontanelă mare care rămâne deschisă
- (C) Macroglosie
- (D) Icter
- (E) Mialgii

426. Anomaliile de laborator decelate în cazul unui copil cu deficit de glucozo-6-fosfatază sunt următoarele, cu excepția:

- (A) Acid uric crescut
- (B) Acid lactic crescut
- (C) Lipide crescute
- (D) Hiperbilirubinemie indirectă
- (E) Nivele normale ale glicemiei

427. \*Copil de sex masculin, în vârstă de 4 ani este adus de mamă la medic pentru fatigabilitate și dispnee la efort. APP evidențiază numeroase infecții până în acest moment. Examenul fizic evidențiază statură mică, pete café au lait, anomalii ale policelui, organe genitale de aspect normal și dezvoltare intelectuală corespunzătoare. Ecografia evidențiază rinichi în potcoavă. Hemoleucograma evidențiază pancitopenie. Care este diagnosticul cel mai probabil?

- (A) Rabdomiosarcom
- (B) Boala Tay–Sachs
- (C) Purpura Henoch–Schönlein
- (D) Anemia Diamond–Blackfan
- (E) Anemia Fanconi

428. Fetiță în vârstă de 3 ani este adusă la camera de gardă pentru: febră, scaune diareice, disensie și dureri abdominale. Fetița este cunoscută cu sindrom Turner. Vaccinările au fost efectuate conform calendarului. Evaluarea funcțiilor vitale evidențiază: frecvența cardiacă 100/min, TA 120/75 mm Hg, frecvența respiratorie 24/min, saturația O<sub>2</sub> 98%, temperatură 38.3°C., Membrane timpanice de aspect normal, faringe de aspect normal, reflexul pupilar prezent bilateral, fără semne de redoare de ceafă, fără semne de iritație meningească, timp de recolorare capilară sub 2 secunde. Examenul fizic a evidențiat prezența unei mase abdominale, hepatomegalie, paloare și echimoze periorbitale. Ce investigații considerați că sunt necesare în acest caz?:
- (A) Hemoleucogramă
  - (B) Acid vanilmandelic și homovanilic în urina colectată pe 24 de ore
  - (C) Radiografie abdominală
  - (D) Autoanticorpi împotriva celulelor endoteliale
  - (E) Nu sunt necesare alte teste
429. Sugar de sex feminin, în vârstă de 9 luni este adus la camera de gardă după un episod de "tremurături" generalizate, cu durată de aproximativ 10 minute, urmat de "somnolență". Vaccinările sunt efectuate conform calendarului. Mama relatează că sugarul s-a alimentat normal, reacționează corespunzător și nu are antecedente medicale. În momentul examinării sugarul este vesel și alert. Prezintă rinoree seroasă, hiperemie faingiană, tuse, wheezing, raluri, în rest relații normale. Membranele timpanice sunt de aspect normal, faringe de aspect normal, reflexul pupilar prezent bilateral, fără semne de redoare de ceafă, fără semne de iritație meningească, timp de recolorare capilară sub 2 secunde. Semnele vitale sunt următoarele: frecvența cardiacă 120 / min, tensiunea arterială 75/50 mm Hg, frecvența respiratorie este 27 / min, saturația 98%, temperatura 39 ° C. Care sunt diagnosticele cel mai probabile în acest caz?
- (A) Epiglotita
  - (B) Convulsii febrile complexe
  - (C) Bronșiolita
  - (D) Botulism
  - (E) Convulsii febrile simple
430. Factorii de risc în apariția defectelor de tub neural sunt considerați:
- (A) Utilizarea de anticonvulsivante
  - (B) Aport deficitar de folat în timpul sarcinii
  - (C) Diabet zaharat
  - (D) Activitate scăzută a hexozaminidazei A
  - (E) Folat seric matern scăzut
431. În cazul unui copil cu suspiciune de retinoblastom evaluarea oftalmologică evidențiază:
- (A) Reflexe roșii luminoase slabe
  - (B) Pete roșii-cireșii pe retină
  - (C) Mase retiniene albe
  - (D) Icter scleral
  - (E) Edem papilar
432. Factorii etiologici ai amenoreei primare sunt:
- (A) Disfuncția hipotalamică sau hipofizară

- (B) Oprirea funcției ovariene înainte de vârsta de 40 de ani
  - (C) Anomalii anatomice
  - (D) Anomalii cromozomiale
  - (E) Nivele crescute de estrogeni
433. \*Primul pas în managementul oricărui tip de amenoree este:
- (A) Ecografia pelvină
  - (B) RMN pelvin
  - (C) CT pelvin
  - (D) Test de sarcină-evaluarea beta-hCG
  - (E) Examinare clinică vaginală
434. În privința infertilității asociate endometriotei, următoarele afirmații sunt adevărate:
- (A) Endometrioza reprezintă cea mai frecventă cauză de infertilitate la femeie
  - (B) Danazolul este prima linie de tratament
  - (C) Uneori în ciuda tratamentului medical sau chirurgical sarcina nu se instalează
  - (D) Progestagenii sunt prima opțiune de tratament
  - (E) Ablajia laproscopică permite îndepărtarea leziunilor și ameliorarea fertilității
435. Sindromul de ovar micropolichistic (SOPC) se caracterizează prin:
- (A) Anovulație sau oligoovulație
  - (B) Hiperandrogenism
  - (C) Hipoestrogenism
  - (D) Ovary de tip micropolichistic
  - (E) Exces de LH
436. În privința Sindromului de ovar micropolichistic următoarele afirmații sunt adevărate:
- (A) Este cea mai frecventă sursă de hiperandrogenism la femei
  - (B) Pacientele cu SOPC au risc crescut de cancer endometrial
  - (C) Hirsutismul se datorează excesului de progesteron
  - (D) Tratamentul de primă intenție este cel chirurgical de extirpare a chisturilor
  - (E) Se asociază cu tratamente cu agoniști de GnRH la pubertate
437. Sindromul de șoc toxic este:
- (A) reacție sistemică severă la exotoxina produsă de Staphylococcus aureus
  - (B) reacție sistemică severă la exotoxina produsă de Clostridium botulinum
  - (C) Asociat cu utilizarea prelungită a tampoanelor intravaginale
  - (D) Asociat cu histerectomia vaginală
  - (E) Asociat cu infecțiile postpartum sau postabortum
438. Vaginita este o infecție vaginală cauzată de proliferarea următoarelor microorganisme:

- (A) *Gardnerella vaginalis*
- (B) *Bacteroides species*
- (C) *E.coli*
- (D) *Trichomonas vaginalis*
- (E) *Candida albicans*

439. \*Tratamentul de primă intenție în vaginita cu *Gardnerella vaginalis* este:

- (A) Penicilina G
- (B) Eritromicină
- (C) Metronidazol
- (D) Clotrimazol
- (E) Ampicilină

440. Tratamentul antibiotic în sindromul de șoc toxic cuprinde:

- (A) Clindamicină
- (B) Beta-lactamine penicilino-rezistente
- (C) Vancomicină
- (D) Clotrimazol
- (E) Timidazol

441. Privitor la strategia de tratament a vaginitei, următoarele afirmații sunt adevărate:

- (A) Tratamentul partnerilor este necesar în caz de *Gardnerella vaginalis*
- (B) Tratamentul partnerilor nu este necesar în caz de *Gardnerella vaginalis*
- (C) Tratamentul partnerilor este necesar în caz de *Candida albicans*
- (D) Tratamentul partnerilor nu este necesar în caz de *Candida albicans*
- (E) Tratamentul partnerilor este necesar în caz de *Trichomonas vaginalis*

442. Boala inflamatorie pelvină este caracterizată prin:

- (A) Infecție progresivă cu *N.gonorrhoeae* și *Chlamydia*
- (B) Infecția duce la afectarea ovarelor, uterului, trompelor uterine sau a cavității peritoneale
- (C) Se asociază cu consumul de contraceptive orale
- (D) Se asociază cu sindromul de ovar micropolichistic
- (E) Leucocite crescute, VSH crescut, durere la nivelul abdomenului inferior, febră

443. Suspiciunea de abces tubo-ovarian la o pacientă cu BIP și semne de sepsis sau peritonită implică:

- (A) Internarea pacientei
- (B) Reechilibrare hidro-electrolitică pe cale iv
- (C) Antibioterapie pe cale iv
- (D) Drenajul chirurgical
- (E) Chiuretaj uterin

444. Complicațiile PID sunt:

- (A) Infertilitate
- (B) Abces tubo-ovarian
- (C) Risc de sarcină extrauterină
- (D) Avort de trimestrul II (tardiv)
- (E) Aderențe pelvine

445. \*Sifilisul este o afecțiune cauzată de:

- (A) Bacteroides species
- (B) Escherichia coli
- (C) Treponema pallidum
- (D) Human papilloma virus
- (E) Chlamidya trachomatis

446. Infecția cu Human Papillomavirus se asociază cu:

- (A) Condiloame genitale
- (B) Naștere prematură
- (C) Ruptură prematură a membranelor amniotice
- (D) Cancer de col uterin
- (E) Cancer ovarian

447. Tratamentul fibromului uterin cu agoniști de GnRH:

- (A) Duce la reducerea sângerării uterine
- (B) Reduce dimensiunea fibromului
- (C) Este recomandat doar ca terapie temporară
- (D) Se asociază cu meno-metroragii importante
- (E) Se asociază cu degenerescență malignă

448. Strategiile de tratament în cancerul de endometru includ:

- (A) Histerectomie totală cu anexectomie bilaterală
- (B) Radioterapie adjuvantă
- (C) Chimioterapie
- (D) Extirparea nodulilor limfatici
- (E) Miomectomie

449. Cancerul de col uterin:

- (A) Este de obicei asimptomatic în stadii incipiente
- (B) Se asociază cu posibilă sângerare vaginală postcoitală sau spontană
- (C) Se detectează de obicei ecografic
- (D) Cancerul invaziv poate fi observat la inspecția colului uterin
- (E) Se asociază cu durere pelvină și secreție cervicală

450. Factori de risc pentru cancerul de ovar sunt:
- (A) Istoric familial de cancer de ovar
  - (B) Utilizarea de contraceptive orale
  - (C) Mutațiile genelor BRCA1 sau BRCA 2
  - (D) Obezitatea
  - (E) Diabetul zaharat
451. \*Screening-ul cancerului de col uterin prin test Pap trebuie oferit:
- (A) Tuturor femeilor cu vârsta între 21-65 ani
  - (B) Tuturor femeilor cu vârsta între 30-65 ani
  - (C) Doar femeilor aflate la menopauză
  - (D) Doar femeilor care utilizează contraceptive orale
  - (E) Doar femeilor cu fibrom uterin
452. Abcesul mamar este:
- (A) O infecție locală a țesutului mamar cauzată de *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* sau bacterii anaerobe
  - (B) Majoritatea sunt legate de alăptare
  - (C) Apare mai frecvent la fumătoare
  - (D) Se asociază cu mutațiile BRCA 1 și BRCA 2
  - (E) Apare mai frecvent după operație cezariană
453. Auto-examinarea sânilor efectuată lunar, după menstruație:
- (A) Este cea mai bună metodă de a distinge între leziunile evolutive și variațiile lunare ale țesutului mamar
  - (B) Nu se asociază cu reducerea mortalității prin cancer mamar
  - (C) Poate înlocui mamografia
  - (D) Are eficacitate similară ecografiei mamare
  - (E) Este superioară examinării anuale RMN
454. \*Localizarea cea mai frecventă a cancerului mamar este:
- (A) Axila
  - (B) Cadranul supero-extern
  - (C) Cadranul supero-intern
  - (D) Cadranul infero-extern
  - (E) Cadranul infero-intern
455. Factori de risc pentru cancerul mamar sunt:
- (A) Istoric familial de cancer mamar
  - (B) Mutațiile genelor BRCA 1 sau BRCA 2
  - (C) Terapia hormonală de substituție
  - (D) Multiparitatea

(E) Obezitatea

456. Factori de prognostic negativ în cancerul mamar sunt:

- (A) Tumoră de dimensiune mare
- (B) Limfonoduli axilari pozitivi
- (C) Papilomul intraductal
- (D) Fibroadenomul
- (E) Abcesul mamar

457. Etape ale dezvoltării embrionare și fetale sunt:

- (A) Nașterea
- (B) Pătrunderea blastocistului în cavitatea uterină
- (C) Trăvialul
- (D) Implantarea embrionului
- (E) Formarea sistemului cardiovascular

458. Despre regula lui Naegele putem afirma următoarele:

- (A) Este utilă pentru stabilirea momentului nidației
- (B) Apreciază cu exactitate absolută vârsta sarcinii
- (C) Data probabilă a nașterii se calculează pornind de la data ultimei menstruații, adăugând 7 zile, adăugând 3 luni și scăzând un an
- (D) Data probabilă a nașterii se calculează pornind de la data ultimei menstruații, adăugând 7 zile, scăzând 3 luni și adăugând un an
- (E) Este utilă pentru a estima data nașterii

459. \*Care dintre următoarele sisteme nu este afectat în fiziologia maternă din timpul sarcinii?

- (A) Sistemul cardiovascular
- (B) Sistemul endocrin
- (C) Sistemul nervos central
- (D) Sistemul renal
- (E) Sistemul gastrointestinal

460. Care dintre următoarele semne și simptome gastrointestinale fac parte din modificările fiziologice normale de sarcină?

- (A) Meteorism abdominal
- (B) Sialoree
- (C) Motilitate gastrică scăzută
- (D) Astenie
- (E) Grețuri și vărsături

461. În sarcină, la nivelul sistemului cardiovascular apar următoarele modificări fiziologice:

- (A) Debitul cardiac crește cu 40%

- (B) Crește cererea de oxigen miocardic
- (C) Crește tensiunea arterială sistolică și diastolică
- (D) Zgomotele cardiace sunt diminuate
- (E) Uterul determină ascensionarea ușoară a cordului

462. \*Cea mai precisă metodă pentru estimarea vârstei gestaționale în primul trimestru este reprezentată de:

- (A) Măsurarea ultrasonografică a lungimii cranio-caudale
- (B) Măsurarea ultrasonografică a lungimii femurului
- (C) Determinarea înălțimii fundului uterin
- (D) Aprecierea acesteia conform datei ultimei menstruații
- (E) Măsurarea ultrasonografică a diametrului biparietal

463. Măsurarea înălțimii fundului uterin prezintă următoarele caracteristici:

- (A) Poate fi utilizată după 16 săptămâni
- (B) Nu poate fi utilizată pentru estimarea vârstei gestaționale
- (C) Estimează vârsta gestațională cu o precizie de  $\pm 5$  zile
- (D) Estimează vârsta gestațională cu o precizie de  $\pm 3$  săptămâni
- (E) Fibroamele uterine și obezitatea maternă afectează precizia măsurătorii

464. Precizia estimării ecografice a vârstei gestaționale în primul trimestru de sarcină are următoarele caracteristici:

- (A) În săptămânile 7-10 de sarcină acuratețea estimării este de  $\pm 1-2$  săptămâni
- (B) Până în săptămâna 7 de sarcină lungimea cranio-caudală este cea mai precisă metodă de determinare a vârstei gestaționale
- (C) În săptămânile 7-14 de sarcină acuratețea estimării este de  $\pm 2-5$  zile
- (D) După săptămâna 20 acuratețea estimării este  $\pm 3$  săptămâni
- (E) Nu este indicată evaluarea ecografică a sarcinii în primul trimestru

465. Pentru estimarea vârstei gestaționale în al doilea trimestru de sarcină vom utiliza următorii parametri:

- (A) Circumferința craniană
- (B) Circumferința abdominală
- (C) Lungimea femurului
- (D) Diametrul biparietal
- (E) Lungimea cranio-caudală

466. În al doilea trimestru de sarcină vârsta gestațională poate fi estimată prin:

- (A) Măsurarea fundului uterin după 20 de săptămâni
- (B) Măsurarea circumferinței abdominale și a lungimii femurului
- (C) Măsurarea diametrului biparietal și a circumferinței craniene
- (D) Măsurarea lungimii cranio-caudale
- (E) Măsurarea velocimetriei Doppler

467. În timpul sarcinii considerăm creșterea greutateii materne ca fiind ideală în următoarele situații:
- (A) 20 kg în cazul unui IMC mai mare de 26
  - (B) 12-18 kg pentru femeile cu un IMC mai mic de 19.8
  - (C) 30 kg pentru femeile cu un IMC mai mic de 19.8
  - (D) 6-11 kg pentru femeile cu un IMC mai mare de 26
  - (E) Nu există recomandări pentru o creștere ideală în timpul sarcinii
468. În timpul vizitelor prenatale manevrele Leopold se efectuează în următoarele situații:
- (A) În primul trimestru de sarcină
  - (B) Pentru a determina prezența fetală
  - (C) În al treilea trimestru de sarcină
  - (D) Pentru a evalua starea de bine fetal
  - (E) La fiecare vizită prenatală
469. \*Analize uzuale pentru screening-ul efectuat în timpul sarcinii între 24-28 săptămâni sunt:
- (A) Testul de încărcare orală cu glucoză
  - (B) Citologie Pap
  - (C) Grup de sânge și Rh
  - (D) Amniocenteză
  - (E) Cvadruplu test
470. Amniocenteza se recomandă a fi efectuată în următoarele situații:
- (A) Screening cvadruplu anormal
  - (B) Femei cu vârsta peste 35 ani
  - (C) La toate femeile gravide la 16-18 săptămâni de gestație
  - (D) La pacientele care doresc testare non-invazivă
  - (E) Tuturor pacientelor anemice
471. Biopsia de vilozități coriale are următoarele caracteristici:
- (A) Se efectuează la 16 săptămâni de gestație
  - (B) Presupune aspirația transabdominală cu ac a lichidului amniotic
  - (C) Constă în măsurarea ecografică a vilozităților coriale
  - (D) Este utilizată pentru determinarea precoce a anomaliilor cromozomiale
  - (E) Se poate realiza transabdominal sau transcervical
472. Factori de risc ai diabetului zaharat gestațional sunt:
- (A) IMC mai mic de 19.6
  - (B) Hipotensiunea arterială
  - (C) Tratamentul cronic cu AINS
  - (D) Sindromul ovarelor polichistice (SOPC)
  - (E) Antecedente heredo-colaterale de diabet zaharat

473. \*Complicații fetale posibile ale diabetului zaharat gestațional sunt reprezentate de:

- (A) Macrosomie
- (B) Sindrom de detresă respiratorie
- (C) Dezvoltare neurologică întârziată
- (D) Hipoglicemie
- (E) Hipocalcemie

474. Complicații materne posibile ale diabetului zaharat pregestațional sunt:

- (A) Defecte cardiace fetale
- (B) Restricție de creștere fetală intrauterină (RCIU)
- (C) Preeclampsie
- (D) Cetoacidoză diabetică
- (E) Retinopatie

475. Care din următoarele afirmații definesc preeclampsia:

- (A) Este o consecință a hipotensiunii arteriale
- (B) Apare în urma tratamentului cu Aspenter 100 mg pe zi în timpul sarcinii
- (C) Este consecința hipertensiunii induse de sarcină
- (D) Apare uzual după 20 săptămâni de gestație
- (E) Se asociază cu proteinurie

476. Sunt considerate medicamente cu risc teratogen:

- (A) Drotaverine
- (B) Paracetamol
- (C) Penicilinele
- (D) Fluorochinolonele
- (E) Acidul valproic

477. Care din următoarele semne și simptome pot să apară în cazul unei sarcini ectopice:

- (A) Dureri abdominale
- (B) Sângerare pe cale vaginală
- (C) Hipertermie
- (D) Hipertensiune arterială
- (E) Semne de iritație peritoneală

478. \*Cauze ale avortului spontan din al doilea trimestru sunt:

- (A) Incontința cervico-istmică
- (B) Tratamentul cu Nifedipină
- (C) Hipotensiunea maternă
- (D) Utilizarea ovulelor vaginale cu progesteron
- (E) Tratamentul cu Atosiban

479. Restricția de creștere intrauterină de tip simetric are următoarele caracteristici:

- (A) Apare în 80% din cazuri
- (B) Se manifestă prin scăderea globală în dimensiuni a fătului
- (C) Este consecința infecțiilor congenitale
- (D) Este consecința anomaliilor cromozomiale
- (E) Apare precoce în sarcină

480. Complicații posibile ale placentei praevia sunt:

- (A) Sarcina ectopică
- (B) Suprapurtarea cronologică
- (C) Hemoragia masivă
- (D) Vasa praevia
- (E) Decesul matern

481. Tratamentul în caz de abruptio placentae constă în:

- (A) Tratament cu Atosiban
- (B) Naștere prin operație cezariană
- (C) Tratament cu Nifedipină
- (D) Repaus la pat pentru pacientele cu decolare de 1/3 din suprafața placentară
- (E) Transfuzie de sânge

482. Nu aparțin categoriei alte tulburări psihotice:

- (A) Tulburarea dismorfică corporală
- (B) Tulburarea delirantă
- (C) Tulburarea schizoafectivă
- (D) Tulburările disociative
- (E) Tulburarea ciclotimică

483. \*Capacitatea de funcționare se referă în general la:

- (A) Circumstanțe legate de abuz
- (B) Circumstanțe legate de neglijare
- (C) Abilitatea pacientului de a îndeplini activitățile normale ale vieții cotidiene
- (D) Problemele relaționale între parteneri
- (E) Problemele legate de educație în familie

484. Următoarele, despre Sindromul Neuroleptic Malign, sunt adevarate:

- (A) Factor declanșator: agenți antimuscarinici
- (B) Evoluție: rapid rezolutivă
- (C) Status mental: neliniște, agitație
- (D) Status mental: confuzie, halucinații
- (E) Factor declanșator: antivomitiv

485. Prognostic mai prost în schizofrenie au:
- (A) Pacienții la care predomină simptomele pozitive
  - (B) Pacienții cu debut brusc
  - (C) Pacienții la care predomină simptomele negative
  - (D) Pacienții cu subtipul paranoid
  - (E) Pacienții cu rețea de suport social slabă
486. Diagnosticul în schizofrenie:
- (A) Necesită afectarea funcționării sociale pentru < 6 luni
  - (B) Necesită afectarea funcționării sociale pentru > 6 luni
  - (C) Prezența a doua sau mai multe simptome cel puțin 1 lună de zile
  - (D) Prezența obligatorie a simptomelor prodromale
  - (E) Prezența conștiinței bolii
487. Tulburarea depresivă persistentă:
- (A) Este o depresie majoră cu simptome atipice
  - (B) Se datorează unei condiții medicale
  - (C) Diagnosticul necesită existența ciclotimiei pe o perioadă de 2 ani
  - (D) Poate include depresia majoră cronică
  - (E) Poate include depresia ușoară cronică, ce nu întrunește criteriile pentru tulburare depresivă majoră (TDM)
488. Subtipuri de Tulburare depresivă majoră (TDM) sunt:
- (A) Distimia cu discomfort anxios
  - (B) Tulburarea depresivă majoră (TDM) cu simptome psihotice
  - (C) Tulburarea depresivă majoră (TDM) indusă de substanțe
  - (D) Tulburarea disforică premenstruală
  - (E) Tulburarea depresivă majoră (TDM) cu ritmicitate sezonieră
489. Efectele adverse ale litiului (Li) sunt:
- (A) Scăderea ponderală
  - (B) Diabetul insipid nefrogen
  - (C) Diabetul zaharat tip 2
  - (D) Hipotiroidism
  - (E) Anomalia Ebstein
490. Următoarele afirmații despre SSRI sunt false:
- (A) Nu produc sindrom serotoninergic
  - (B) Inhibă recaptarea presinaptică a serotoninei
  - (C) Supradozarea lor poate fi fatală datorită alungirii intervalului QTc
  - (D) Tratament de prima linie pentru depresie, anxietate
  - (E) Necesită 3-4 săptămâni de administrare pentru a se obține efectul

491. \*Episodului hipomaniacal îi sunt caracteristice:
- (A) Produce o afectare semnificativă a capacității de funcționare
  - (B) Dispoziția elevată cu o durată de cel puțin o săptămână
  - (C) Dispoziția iritabilă cu o durată de cel puțin o săptămână
  - (D) Un simptom de manie
  - (E) Dispoziția elevată ce durează cel puțin 4 zile
492. \*Un investigator studiază dacă este asociată tensiunea arterială inițială în departamentul de urgență cu risc crescut de deces după accident vascular cerebral. Măsurătorile tensiunii arteriale ale tuturor pacienților care s-au prezentat la UPU cu accident vascular ischemic acut sunt înregistrate și pacienții sunt urmăriți 90 de zile. Care dintre următoarele descrie cel mai bine tipul de studiu?
- (A) Studiu caz-control
  - (B) Studiu controlat randomizat
  - (C) Studiu de cohortă
  - (D) Meta-analiza
  - (E) Studiu cross sectional
493. În care situații prevalența unei boli poate să fie mai mică decât incidența acesteia?
- (A) Vindecarea rapidă după aplicarea tratamentului
  - (B) Număr redus de cazuri noi
  - (C) Număr redus de pacienți care se vindecă completamente
  - (D) Deces instalat la interval scurt după debutul bolii
  - (E) Apariția unui remediu nou care contribuie la prelungirea vieții bolnavilor
494. Dintre avantajele studiilor epidemiologice transversale fac parte:
- (A) Sunt ușor de realizat și au costuri reduse
  - (B) Permit aprecierea problemelor de sănătate și stabilirea priorităților în acțiunile de intervenție
  - (C) Permit stabilirea temporalității referitor la expunere și boală
  - (D) Pot servi ca prim pas în descrierea izbucnirilor epidemiologice de cauză necunoscută
  - (E) Sunt utile în evaluarea incidenței bolilor rare
495. În cadrul stabilirii testelor de diagnostic:
- (A) Sensibilitatea reprezintă probabilitatea ca un test screening să fie pozitiv la pacienții care au boala
  - (B) Testele de confirmare sunt folosite pentru a valida faptul ca un pacient cu test pozitiv are într-adevăr boala
  - (C) Cele mai acceptabile teste de conformitate au de obicei specificitatea >85%
  - (D) Rezultatele fals negative nu apar la pacienții care nu au boala și cu test negativ
  - (E) Semnificația statistică este diferența nedetectabilă dintre grupuri
496. Legat de drepturile pacienților, următoarele afirmații sunt adevărate:
- (A) Pacientul trebuie făcut conștient că, anumite boli sau afecțiuni, trebuie raportate
  - (B) Poate informațiile referitoare la pacient trebuie să fie păstrate private între medic și pacient

- (C) Confidențialitatea este obligatorie atunci când pacientul permite medicului să împărtășească informații altor persoane desemnate
- (D) Înainte de orice procedură sau terapie, pacientul nu trebuie informat cu privire la indicațiile, riscurile și beneficiile potențiale ale unui tratament propus
- (E) Pacientul poate consimți o decizie terapeutică, fără să înțeleagă situația sa medicală