

**Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova
Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”**

**Note de curs la *Boli Chirurgicale*
pentru studenții a.IV, Facultatea Medicină**

Sub red. Prof.Dr. Gh.Rojnoveanu

Chișinău, 2018

CZU:

Aprobat de Consiliul de Management al Calității al USMF „Nicolae Testemițanu”
din Republica Moldova, proces verbal nr. 4 din 5 mai 2018

Autori – Colectivul catedrei de Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”:

Prof.Dr. Gh.Rojnoveanu (sub red.), Academician al AȘM, Prof.Dr. Gh.Ghidirim, Conf.Dr. S.Revencu, Conf.Dr. S.Berliba, Conf.Dr. S.Ignatenco, Conf.Dr. Gh.Conțu, Conf.Dr. Ig.Mahovici, Conf.Dr. E.Beschieru, Conf.Dr. R.Scerbina, Conf.Dr. R.Gurghiș, Conf.Dr. M.Vozian, Conf.Dr. Ig.Maxim, Dr.șt.med., as.univ. St.Țîntari, Dr.șt.med., as.univ. I.Crăciun, Dr.șt.med., as.univ. S.Balan, As.univ. Liuba Strelțov, As.univ. Elina Șor, As.univ. Elena Pleșco, As.univ. V.Lescov

Recenzenți:

Eugen Guțu, Prof.Dr., șef de catedră, Catedra de Chirurgie generală-semiologie nr.3
Gheorghe Ciobanu, Prof.Dr., șef de catedră, Catedra Urgențe Medicale

Lucrarea metodică *Note de curs la Boli Chirurgicale* este conceput ca cadru informațional pentru studenții a.IV, Facultatea de Medicină pentru autoevaluările curente și examenul de promovare la disciplina *Boli chirurgicale*. Cu scopul facilitării procesului de pregătire către examen, ediția conține un sumar de informații incluzând într-o consecutivitate logică curriculumul disciplinei, lista competențelor practice, teste la tematica curriculumului anului IV, cele mai moderne clasificări la fiecare temă din curriculumul disciplinei, precum și subiectele pentru examenul de promovare la *Boli chirurgicale* pentru studenții anului IV.

Lucrarea este destinată și cadrului didactic al catedrei de Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi” ca suport metodologic și instructiv în predarea disciplinei *Boli chirurgicale*.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Note de curs la Boli Chirurgicale pentru studenții a.IV, Facultatea Medicină / Gh.Rojnoveanu (sub red.), Gh.Ghidirim ș.a.; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”. – Chișinău, CEP *Medicina*, 2018. – 308 p.

© CEP *Medicina*, 2018

© Gheorghe Rojnoveanu ș.a., 2018

PREFAȚĂ

Patologia chirurgicală de bază în sistemul universitar se studiază la catedra de Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi” în anul IV. Prin intermediul cursului de prelegeri și lucrărilor practice studenții studiază profund etiopatogenia, clasificarea, simptomatologia, diagnosticul pozitiv și diferențial, tratamentul afecțiunilor chirurgicale abdominale de bază conform programului.

Condiția obligatorie de studiu este însușirea materiei și a deprinderilor practice, care permit viitorului medic de a se orienta în situația de urgență, elaborând un algoritm adecvat de examinare și tratament. Rezultatul studierii cursului de boli chirurgicale este dezvoltarea la fiecare student a gândirii clinice la patul bolnavului, formulării diagnosticului, aprecierii tacticii chirurgicale, acumulării deprinderilor practice manuale, cunoașterea tehnicilor operatorii de bază. Pe tot parcursul anului de studii se efectuează controlul prin evaluare orală și prin testare a cunoștințelor teoretice și practice.

Suportul curricular este destinat studenților Facultății de Medicină anul IV, pentru autoevaluările și examenul de promovare la disciplina *Boli chirurgicale*. Cu scopul facilitării procesului de pregătire către examen, ediția conține un sumar de informații inclus într-o consecutivitate logică a curriculumului desfășurat, lista competențelor practice, teste la tematica programei anului IV, cele mai actuale clasificări la tematica abordată din curriculum, precum și subiectele pentru examenul de promovare la *Boli chirurgicale* pentru studenții anului IV.

Testele au fost selectate și ajustate curriculumului disciplinei *Boli chirurgicale*, astfel încât acestea, precum și celelalte materiale, să asigure suportul necesar studentului în pregătirea către lucrările practice și examen. Metoda actuala de testare, ajută și motivează studentul candidatul să se obișnuiască cu această modalitate de evaluare și să se autoverifice. În același timp, numărul de teste incluse poate ajuta la crearea unei baze de date, care la necesitate poate fi lărgită și reactualizată.

Deși tematica subiectelor este vastă, compartimentul de teste corespunde volumului bibliografic obligatoriu reflectat în curriculumul disciplinei *Boli chirurgicale* la anul IV, structura generala a colecției testelor cuprinde complement simplu (40%) și multiplu (60%) și răspunsuri corecte.

În același timp, studenții a.VI și rezidenții-chirurghi pot beneficia de aceste materiale pentru ași verifica cunoștințele și pentru pregătirile către examenele de Stat sau de absolvire.

În speranța că acest suport curricular va fi util, vom fi recunoscători tuturor colegilor și studenților pentru orice sugestie și propunere, întru îmbunătățirea și îmbogățirea acestuia în următoarele ediții.

Prof.Dr. Gh.Rojnoveanu

Cuvânt înainte pentru pedagogi

În cele ce urmează propunem pedagogilor ce predau *Bolile chirurgicale* studenților anului IV Facultatea de Medicină unele principii și metode, care ar facilita procesul de predare și înțelegere a temei sau a subiectului predat.

Vă atenționăm la unele repere privitor la aspectele metodologice ale lucrării practice, urmate de proiectul didactic al lucrării, strategii didactice și resurse educaționale, fiind prezentate și unele forme de organizare a acestora. Ulterior, propunem și un scenariu didactic al lucrării practice cu diverse tehnici de realizare a acesteia. Ca în final să punctăm pașii de finalizare a lucrării practice, și anume:

- Obținerea performanțelor prin evaluarea formativă a tuturor rezultatelor obținute de student pe parcursul lucrării practice.
- Concluziile finale.
- Asigurarea transferului (lucrul pentru acasă).

Aspecte metodologice ale lucrării practice

Principiile instruirii activ-formative sunt:

- Ce aud – uit.
- Ce aud și văd – îmi amintesc puțin.
- Ce aud, văd și întreb sau discut cu cineva – încep să înțeleg.
- Ce aud, văd, discut și fac – îmi însușesc și mă deprind.
- Ce predau altcuiva – învăț.
- Ceea ce pun în practică – mă transformă.

Proiectul didactic al lucrării practice

1. **Subiectul** – (De ex.: *Traumatismele abdominale*)
2. **Obiectivele operaționale:**

La sfârșitul lucrării practice studenții vor fi capabili:

Să cunoască noțiunile generale, clasificarea, etiologia, tactica diagnostico-curativă în traumatismele abdominale.

Să poată să examineze un bolnav cu traumatism, să acorde primul ajutor, să stabilească un diagnostic prezumtiv, să elaboreze un plan de examinare în funcție de hemodinamica traumatizatului, să interpreteze rezultatele investigațiilor și să determine tactica medico-chirurgicală ulterioară.

Să devină personalitate cu atitudine de compasiune față de un pacient cu traumatisme, necesitatea calităților de calm, competență de a lua decizii prompte, concrete, argumentate.

Strategii didactice și resurse educaționale

Forme de organizare:

- activitate frontală – interogare la subiect;
- activitate individuală – problemă de situație clinică, teste (20-30), curăția bolnavilor (în grupuri de 3-4 studenți), interpretarea rezultatelor investigațiilor paraclinice (clișee radiologice, imagini USG, clișee CT, protocoale FEGDS, rezultate generale și biochimice ale sângelui și urinei);
- activitate în grup – discuția problemelor de situație, discuția la patul bolnavului, analiza investigațiilor paraclinice și probelor biologice, examenul în comun al bolnavilor în departamentul de urgență, secția de reanimare și terapie intensivă, lucrul în sala de pansamente și tratamente, asistență la operații în sală.

Scenariul didactic al lucrării practice

- Captarea atenției (apelul, motto, un caz deosebit din experiență) – 5 min.
- Actualizarea cunoștințelor (neclaritățile la temă, cauza), ce se realizează prin tehnica didactică „**Știu, vreau să știu, învăț**” – 20 min.
- Anunțarea obiectivelor – 10 min.
- Evaluarea inițială (prin verificarea lucrului individual: problemă de situație clinică, teste, interpretarea investigațiilor paraclinice) – 45 min.
- Dirijarea învățării (prin toate strategiile didactice enumerate mai sus) – 100 min.

Aceasta se realizează prin următoarele tehnici:

- Tehnica „**Brainstorming**” („**Asalt de idei**”) – prin discuția comună la patul bolnavului, când fiecare student sugerează idei referitor anamnezei, circumstanțelor și mecanismului traumei, examenului obiectiv, diagnosticului prezumtiv;

- Tehnica „**Algoritm**” (succesivitatea examenului obiectiv, algoritmul investigațiilor paraclinice, elaborarea tacticii medico-chirurgicale);
 - Tehnica „**Graficul T**” (argumente „PRO” și „CONTRA” în cazul discuției problemelor de situație, testelor, investigațiilor paraclinice, tacticii de tratament);
 - Tehnica „**Dialog ghidat**” (în cadrul activității frontale prin interogare);
 - Tehnica „**Turnul Galeriei**” (evaluarea grupurilor între ele – după curăția bolnavului, la discuția investigațiilor paraclinice, problemei de situație clinică).
3. Obținerea performanțelor (prin evaluarea formativă a tuturor rezultatelor obținute de student pe parcursul lucrării practice) – 10 min.
 4. Concluziile – 10 min.
 5. Asigurarea transferului (lucrul pentru acasă) – 5 min.
 6. Pauze – 3 x 15 minute (după fiecare oră academică)

Bibliografie:

1. V.Guțu, V.Pâslaru ș.a. Tehnologii educaționale. Ghid metodologic. Chișinău, 1998.
2. I.Negură, I.Papuc, V.Pâslaru. Curriculum psihopedagogic universitar de bază. Chișinău, 2000.
3. V.Pâslaru, V.Guțu. Dezvoltarea și implementarea curriculumului în învățământ. Chișinău, 2000.

CURRICULUMUL DISCIPLINEI *Boli chirurgicale*

Facultatea	Medicină generală
Specialitatea	Boli chirurgicale
Catedra	Chirurgie nr.1 "Nicolae Anestiadi"
Anul	IV
Semestrul	VII
Curs	40 ore
Lecții practice	100 ore
Stagiul practic	44 ore
Lucrul individual	26 ore
Total (pe an)	210 ore (7 credite)

Notă explicativă

Patologia chirurgicală de bază în sistemul universitar se studiază la catedra de Chirurgie nr.1 "Nicolae Anestiadi" în anul IV (semestrele VII sau VIII). Prin intermediul cursului de prelegeri și lucrărilor practice studenții studiază profund etiopatogenia, clasificarea, simptomatologia, diagnosticul pozitiv și diferențial, tratamentul afecțiunilor chirurgicale abdominale de bază conform curriculumului.

Condiția obligatorie de studiu este însușirea materiei și a deprinderilor practice, care permit viitorului medic de a se orienta în situația de urgență, elaborând un algoritm adecvat de examinare și tratament de urgență.

După modulul de chirurgie la anul IV studentul trebuie **să cunoască:**

- problema social-economică a patologiilor chirurgicale abdominale și traumatismelor toracice și abdominale;
- frecvența, etiologia și patogenia bolilor chirurgicale abdominale, cât și traumatismelor abdominale și toracice;
- metodele contemporane de investigare (de urgență și programate) a patologiei chirurgicale;
- metodele contemporane de tratament ale bolilor chirurgicale intraabdominale și a traumatismelor abdominale și toracice;
- metodele de profilaxie a patologiilor cronice și acute ale organelor abdominale etc.

După modulul de *Boli chirurgicale* la anul IV studentul trebuie **să posede:**

- diagnosticul clinic al afecțiunilor chirurgicale ale organelor abdominale;
- alcătuirea algoritmului de investigare a bolnavului chirurgical atât în urgență, cât și programat;
- deprinderi practice necesare la examinarea pacientului și stabilirea diagnosticului;
- să determine indicațiile metodelor clasice de tratament a celor mai frecvente patologii chirurgicale;
- acordarea ajutorului medical de urgență în patologia chirurgicală urgentă și în traumatisme împreună cu medicii specialiști;
- deprinderile necesare pentru îngrijirea bolnavului chirurgical pre- și postoperator.

Rezultatul studierii cursului de boli chirurgicale este dezvoltarea la fiecare student a gândirii clinice la patul bolnavului, formulării diagnosticului, aprecierii tacticii chirurgicale, acumulării deprinderilor practice manuale, cunoașterea tehnicilor operatorii de bază. Pe tot parcursul anului de studii se efectuează controlul prin evaluare orală și prin testare a cunoștințelor teoretice și practice.

La finele modulului fiecare student valorifică o foaie de observație a unui bolnav, este supus unui examen, care include 3 etape: prezentarea de caz, testare și interviu oral, nota medie fiind apreciată conform coeficienților respectivi.

CURRICULUMUL DISCIPLINEI

1. Apendicita

Anatomia și fiziologia unghiului ileocecal. Apendicele vermicular: date anatomice și fiziologice. Apendicita acută: noțiune, epidemiologie, etiopatogenie, clasificare topografică, morfopatologică și clinică. Tabloul clinic, diagnosticul, diagnosticul diferențial. Particularitățile apendicitei acute în funcție de localizarea apendicelui vermicular (retrocecală, mezoceliacă, pelvină și subhepatică). Apendicita acută la copii, gravide, vârstnici. Tratamentul chirurgical: anestezia, accesul operatorii, procedee tehnice. Perioada pre- și postoperatorie.

Complicațiile apendicitei acute: evolutive – plastronul apendicular, peritonita, abcesele regionale și la distanță, pileflebita, septicemia; intraoperatorii – hemoragia, leziunea iatrogenă a viscerelor; postoperatorii – hemoragia intraabdominală, peritonita, abcesul mezoceliac, abcesul subfrenic, al spațiului Douglas, ocluzia intestinală precoce; de plagă – seromul, hematumul, flegmonul parietal, supurația. Erorile de diagnosticare și curative în apendicita acută.

Apendicita cronică: tabloul clinic, puncte dureroase, diagnosticul, diagnosticul diferențial, tratamentul.

2. Herniile peretelui abdominal

Noțiuni generale: hernie, eventrație, eviscerație. Elementele anatomice ale herniei. Etiopatogenia herniilor. Cauze locale și generale de dezvoltare a herniilor. Factorii predispozanți și favorizanți. Clasificarea herniilor, simptomatologia herniilor libere, diagnosticul și diagnosticul diferențial. Tratamentul: principii generale conservatoare și chirurgicale.

Complicațiile herniilor. Hernia ireductibilă: definiție, morfopatologie, forme clinico-evolutive. Tratamentul. Hernia strangulată: definiție, mecanisme de strangulare, morfopatologia herniei strangulate. Tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul. Particularitățile operației. Tactica medicală în caz de re poziție spontană sau forțată a herniei strangulate. Complicațiile evolutive ale herniei strangulate: ocluzia intestinală, peritonita, flegmonul sacului herniar, fistula intestinală. Strangulare atipică: parietală (Richter), retrogradă (Maydl), Littre. Hernia Brock. Particularități morfopatologice și clinice. Tactica chirurgicală.

Forme particulare de hernii. Herniile inghinale. Anatomia regiunii inghinale. Hernii inghinale directe și oblice. Hernia inghinală congenitală. Hernia inghinală prin alunecare: particularități morfopatologice, tabloul clinic și diagnosticul. Tactica chirurgicală. Procedee de hernioplastie: Spasocucotsky, Kimbarovsky, Martynov, Girard, Roux, Postempsky, Bassini, Lichtenstein etc.

Hernia inghinală congenitală: tabloul clinic, particularitățile herniotomiei, operația Winkelmann.

Hernia femurală. Anatomie, etiopatogenie, tabloul clinic, diagnosticul, diagnosticul diferențial. Tratamentul: hernioplastia Rudji, Parlavecchio.

Herniile ombilicale. Herniile ombilicale la copii. Tabloul clinic, diagnosticul, evoluție. Tratamentul chirurgical: hernioplastia Lexer, Mayo, Sapejko. Particularitățile tratamentului herniei ombilicale la copii.

Herniile liniei albe. Considerații anatomice, tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul: metode de hernioplastie.

Herniile recidivante și postoperatorii: noțiune, cauzele de dezvoltare, tabloul clinic, indicații la operație, metodele chirurgicale de tratament. Noțiune de auto- și aloplastie.

3. Ocluzia intestinală

Ocluzia intestinală acută: noțiune, clasificarea. Ocluzia intestinală acută înaltă și joasă: tabloul clinic, metodele paraclinice (radiografia de ansamblu, irigoscopia, rectoromanoscopia, colonoscopia) de investigare ale ocluziei intestinale.

Fiziopatologia ocluziei intestinale mecanice: manifestări generale și locale. Dereglările bilanțului hidrosalinic și ale sistemului acido-bazic. Complicațiile evolutive.

Tratamentul medical (generalități) al ocluziei intestinale acute. Pregătirea preoperatorie, perioada intra- și postoperatorie. Metode de decompresie a tractului digestiv, de reechilibrare hidrosalină și a bilanțului acido-bazic. Criterii de viabilitate ale intestinului, indicații pentru rezecția de intestin, limitele rezecției intestinului în ocluzia intestinală.

Ocluzia intestinală mecanică prin obstrucție: noțiune, cauze de obstrucție (obstrucție intralumenală, compresie din exterior, afecțiuni parietale etc.). Tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul.

Ocluzia intestinală acută aderențială: simptomatologia, metode de diagnosticare. Tactica chirurgicală în ocluzia intestinală aderențială acută înaltă. Tratamentul conservativ și amploarea intervenției chirurgicale: visceroliza, transecția bridelor, rezecția de intestin, enterostomiile etc.

Ocluzia intestinală prin strangulare: definiție, forme clinice (volvulusul intestinal, nodulusul intestinal etc.). Simptomatologie, diagnosticul. Tactica chirurgicală.

Ocluzia intestinală mixtă: invaginația intestinală, hernia strangulată. Cauze, metode de investigare. Tabloul clinic, diagnosticul. Tactica și tehnici chirurgicale.

Ocluzia intestinală dinamică: spastică și paralică. Etiopatogenie. Tabloul clinic, diagnosticul diferențial. Tactica chirurgicală. Metodele de activare a intestinului.

Tema 4. Litiiza biliară și colecistita acută

Anatomia și fiziologia ficatului și căilor biliare. Clasificarea afecțiunilor căilor biliare. Metodele de examinare: clinice, de laborator, invazive și neinvazive.

Litiiza biliară: noțiune, mecanismele de formare a calculilor biliari. epidemiologie. Istoria naturală a bolii. Etiopatogenia litiizei biliare: teoria infecțioasă (Naunyn-Gilbert), teoria stazei (Aschoff), umorală, colesterinică, fizicochimică. Forme clinice ale colecistitei cronice calculoase. Opțiuni terapeutice (tratament conservativ, chirurgical etc.). Indicații către operație. Diagnosticul paraclinic al colecistitei cronice. Ultrasonografia abdominală în litiiza biliară: semnele ecografice în colecistita cronică, acută, și coledocolitiază. Tehnici operatorii. Metode intraoperatorii de investigare a căilor biliare. Chirurgia miniinvazivă a litiizei biliare.

Complicațiile litiizei veziculare: infecțioase, mecanice, degenerative.

Colecistita acută: clasificarea, tabloul clinic, metodele de investigație, diagnosticul diferențial. Tactica chirurgicală în colecistita acută. Pregătirea preoperatorie și procedee de colecistectomie în colecistita acută.

Empiemul și hidropsul veziculei biliare. Tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul.

Coledocolitiază. Istoria naturală a calculilor căii biliare principale. Diagnosticul imagistic, tomografia computerizată. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică. Opțiuni terapeutice. Rolul actual al chirurgiei miniinvazive.

Icterul mecanic: noțiune, etiologie, clasificare, fiziopatologie, tabloul clinic. Diagnosticul imagistic și biochimic. Diagnosticul diferențial al sindromului icteric (cancerul pancreasului cefalic, ampulomul, stenozele și stricturile coledociene, hepatita virală etc.). Particularitățile operațiilor la bolnavii cu icter mecanic. Metodele de drenare a căii biliare principale (Halstedt, Lane, Kehr, Robson-Vishnevsky). Anastomozele biliodigestive. Profilaxia hemoragiilor colemice.

Colangita acută: clasificare, tabloul clinic. Tratamentul.

Tema 5. Patologia chirurgicală a pancreasului

Anatomia și fiziologia pancreasului, relațiile anatomice cu căile biliare extrahepatice. Pancreas inelar, aberant.

Pancreatita acută: definiție, etiologie. Clasificarea pancreatitei acute. Fiziopatologia pancreatitei acute. Simptomatologia și diagnosticul pancreatitei acute în funcție de formele anatomo-patologice și evoluția clinică. Diagnosticul paraclinic al pancreatitei acute: rolul investigațiilor ecografice, endoscopice și de laborator. Diagnosticul diferențial al pancreatitei acute.

Tratamentul conservativ al pancreatitei acute: principiile de bază. Tratamentul chirurgical și endoscopic al pancreatitei acute în funcție de forma pancreatitei, fazele de evoluție și complicațiile acesteia. Indicații către operație în faza complicațiilor septico-purulente. Tratamentul conservator și intervențiile miniinvazive.

Complicațiile precoce ale pancreatitei acute. Sindromul de disfuncție multiplă de organe și sisteme de organe. Peritonita fermentativă. Șocul pancreatogen. Volumul și componența terapiei antișoc și de detoxicare. Parapancreatita: simptomatologie, diagnosticul și tratamentul. Indicații către operație, amploarea intervenției chirurgicale.

Complicațiile septico-purulente. Complicațiile tardive: pseudochistul, fistula pancreatică, diabetul zaharat etc. Diagnosticul, tabloul clinic, sindromul biochimic-umoral, diagnosticul diferențial.

Pancreatita acută postoperatorie: particularități clinico-evolutive. Tratamentul.

Pancreatita cronică: etiopatogenia, clasificarea, tabloul clinic, tratamentul.

Tema 6. Boala ulceroasă. Ulcerul gastric și duodenal

Considerente anatomo-fiziologice ale stomacului și duodenului. Metodele de investigare a bolnavilor cu patologia tractului digestiv superior. Clasificarea etiologică a afecțiunilor ulceroase a zonei ezofago-gastro-duodenale.

Boala ulceroasă. Cauze și condiții de apariție a ulcerului gastroduodenal. Teoriile infecțioase, de „stres” (Selye), cortico-viscerală, acido-peptică, vasculară etc. Fiziopatologia conceptului actual al bolii ulceroase. Factorii de agresiune acido-peptică. Rolul *Helicobacter pylori*. Factorii de protecție gastro-intestinală. Secreția gastrică: tipuri de secreție gastrică, metode de apreciere (pH-metria, testele Kay, Hollender etc.). Utilizarea rezultatelor aprecierii secreției gastrice ca indicații pentru efectuarea diferitelor metode de operații pe stomac.

Morfopatologia ulcerului gastroduodenal. Clasificarea morfologico-topografică a ulcerului gastric (Johnson) și duodenal. Tabloul clinic, formele clinice. Diagnosticul: examenul radiologic și endoscopic.

Principii terapeutice în ulcerul gastric și duodenal. Indicații către operație (absolute și relative). Tehnici operatorii: rezecția gastrică, vagotomia (tipurile), drenajul gastric (tipurile). Operații radicale și paliative în boala ulceroasă.

Complicațiile ulcerului gastroduodenal: perforația, penetrația, stenoza, hemoragia, degenerarea malignă a ulcerului. Ulcerul perforat: definiție, epidemiologie, clasificarea (Saveliev), tabloul clinic (semne cardinale, secundare, generale), diagnosticul. Obiectivele tratamentului chirurgical. Indicații pentru operații paliative și radicale. Perforațiile atipice ale ulcerului gastroduodenal. Particularitățile clinice, de diagnosticare. Alegerea procedurii operator în tratamentul chirurgical al ulcerului gastroduodenal perforat (operația Miculitz, Opper, Judd, rezecție gastrică). Metoda conservativă de tratament al ulcerului perforat (Taylor).

Ulcerul hemoragic: definiție, frecvență. Clasificarea hemoragiilor digestive superioare. Anatomia patologică. Fiziopatologia ulcerului hemoragic gastric și duodenal. Tabloul clinic, diagnosticul endoscopic (clasificarea Forrest) și radiologic. Gravitatea hemoragiei: principii de clasificare. Principiile terapiei hemostatice și de substituție. Tactica medico-chirurgicală. Indicații pentru tratamentul chirurgical.

Diagnosticul diferențial al hemoragiilor digestive superioare: gastrita erozivă, tumorile gastrice, hernia hiatală, hipertensiunea portală, hemoragia pulmonară, sindromul Mallory-Weiss, ulcerele simptomatice: medicamentoase, de stres, hepatogene, aterosclerotice etc. – particularități fiziopatologice și clinice, opțiuni

terapeutice. Tratamentul conservativ și chirurgical al hemoragiilor ulceroase. Metodele de hemostază endoscopică.

Stenoza ulceroasă: definiție, clasificare. Anatomia patologică. Fiziopatologia stenozei ulceroase. Modificările metabolice, hidroelectrolitice și acido-bazice. Sindromul Darrow. Tabloul clinic, diagnosticul imagistic și de laborator. Opțiuni terapeutice, indicații pentru tratamentul chirurgical. Pregătirea preoperatorie și alegerea metodelor de tratament chirurgical.

Ulcerul penetrant și ulcerul gigant gastroduodenal: particularitățile tabloului clinic, metodele de diagnosticare, indicații către operație, tratamentul chirurgical.

Degenerarea malignă al ulcerului, tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul.

Sindromul Zollinger-Ellison: etiopatogenie, diagnostic, tratament.

Complicațiile precoce postoperatorii în chirurgia ulcerului gastric și duodenal: dehiscența anastomozei gastrointestinale, dehiscența bontului duodenal, leziunile căilor biliare extrahepatice, hemoragiile intraabdominale, hemoragiile digestive postoperatorii, anastomozita, pancreatita acută. Simptomatologie, diagnosticul, tratamentul.

Tema 7. Traumatismele abdominale

Traumatismele abdominale: etiologie, clasificare, metode de investigare. Particularitățile examinării pacienților cu traumatisme asociate, în stare de soc, în coma cerebrală, în stare de ebrietate etc.

Traumatismele abdominale închise: etiologie, clasificarea, simptomatologie, metode de examinare în funcție de hemodinamica pacientului. Metodele clinice și paraclinice de examinare în traumatismele abdominale închise. Metodica efectuării laparocentezei și interpretarea rezultatelor obținute.

Leziunile peretelui abdominal: contuzii, plăgi nepenetrante, sindromul Reily etc. Particularitățile tabloului clinic, tactica chirurgicală.

Traumatismele abdominale cu leziuni ale organelor interne (diafragmei, stomacului, duodenului, pancreasului, intestinului, ficatului, splinei): particularități clinice, diagnosticul, tactica chirurgicală.

Traumatismele abdominale deschise (plăgi): etiologia, clasificarea, tabloul clinic, metode de investigare, tratamentul. Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii. Particularitățile de examinare a pacienților cu plăgi penetrante: revizia plăgii, vulnerografia, laparoscopia, pielografia, urografia etc.).

Traumatismele abdominale prin armă de foc: particularitățile tabloului clinic, metode de examinare și tactică chirurgicală. Particularitățile operației, profilaxia infecției anaerobe.

Rolul examenului radiologic, ultrasonografic, tomografic computerizat și de laborator în leziunile traumatice ale ficatului și splinei. Tratamentul nonoperator al acestor leziuni.

Traumatismele asociate: noțiuni, particularități de examinare și tactică chirurgicală.

Tema 8. Traumatismele toracice

Traumatismele toracelui: noțiuni generale, principiile de clasificare. Traumatismele toracice rapid letale: clasificarea, diagnosticul, tratamentul. Traumatisme toracice potențial letale: clasificarea, diagnosticul, tratamentul. Traumatismele toracice fără potențial letal: clasificarea, diagnosticul, tratamentul.

Pneumotorace, hemotorace: etiopatogenie, clasificarea, diagnosticul, conduita medico-chirurgicală. Toracostomia (drenarea cavității pleurale): indicații, metodologie. Indicații la toracotomie.

Tema 9. Peritonita

Definiție. Considerente anatomo-fiziologice. Clasificarea peritonitelor. Sursele de infectare a cavității peritoneale. Modificările anatomo-patologice în peritonita acută. Fiziopatologia peritonitei acute, dereglările absorbției peritoneale, consecințele parezei intestinale, toxemia, tulburările hidroelectrolitice și acido-bazice. Sindromul CID și sindromul insuficienței poliorganice.

Tabloul clinic evolutiv. Diagnosticul. Principiile tratamentului medico-chirurgical complex. Particularitățile intervenției chirurgicale în peritonite. Metodele de drenare ale cavității peritoneale, dializa peritoneală. „Abdomenul deschis” (laparostomia) în peritonita difuză: indicații, metodologie.

Rolul antibioterapiei. Terapia dereglărilor hemodinamice, de combatere a intoxicației și parezei intestinale.

Peritonitele localizate (abcesul subfrenic, subhepatic, al fundului de sac Douglas, mezoceliac etc.). Peritonitele postoperatorii: particularități clinice, profilaxia.

Peritonitele false. Peritonitele specifice.

Tema 10. Boala varicoasă și flebitele

Noțiuni de anatomie și fiziologie a sistemului venos. Clasificarea patologiei venoase. Boala varicoasă (varicele primare): etiopatogenie, fiziopatologie, semne clinice și evoluție. Diagnosticul: probele funcționale clinice: Sicard, Schwartz, Tredelenburg-Troianov. Explorarea sistemului venos profund: proba Perthes, Delbet, proba celor trei garouri. Diagnosticul paraclinic: doplerografia, flebografia, flebomanometria. Tratamentul conservator și chirurgical. Indicații pentru intervenție chirurgicală. Tehnici operatorii: Troianov-Tredelenburg, Babcock, Madelung, Șede-Koher, Narrath, Linton, Cockett etc.

Flebitele. Etiopatogenie, fiziopatologie. Stadii morfologice. Forme clinice. Flebitele superficiale și profunde. Flebita membrului superior (sindromul Paget-Schroetter). Flebita membrului inferior. Flebita venei cavă, segmentului ileo-femural. Complicațiile flebitei profunde: embolia pulmonară, gangrena venoasă, sindromul posttrombotic. Noțiuni generale. Tactica curativă.

Sindromul posttrombotic: etiopatogenia, clasificarea, tabloul clinic, tratamentul.

Tema 11. Lucrul practic. Curația bolnavilor

Lucrul în sălile de pansamente, operație. Studentul din prima zi de practică primește pentru curație un bolnav – pentru examinare, oformarea fișei de observație clinică. Lucrul practic se începe cu vizita bolnavilor – 20-30 min. Apoi studentul raportează, prezentând bolnavii grupei, participă în discuția cazului clinic.

Participarea studenților la pansamente, operații, proceduri, rezolvarea situațiilor clinice la tema discutată.

EVALUAREA CUNOȘTIȚELOR

Examenul include 3 etape: A – prezentarea de caz, B – testul cu grilă, C – examen oral

A. Prezentarea de caz

Prezentarea de caz clinic reprezintă un mod de evaluare a cunoștințelor și însușirea deprinderilor practice a studentului. Prezentarea de caz clinic este o formă de examen în situație reală (cu bolnav adevărat), care se caracterizează printr-o strictă limită de timp, adică colectarea de date clinice și paraclinice, timpul de sinteză pentru sistematizarea și pregătirea prezentării. Durata prezentării ocupă 20 minute.

Colectarea de date cuprinde anamneza, examenul fizic și solicitarea de analize de la comisia de examinare, constituită din doi colaboratori didactici.

Anamneza include obligatoriu: motivele internării, evoluția simptoamelor, evoluția bolii cronice, antecedentele personale, familiale, profesionale. Examenul fizic trebuie efectuat complet și se face pe segmente anatomice: examenul capului și a gâtului, toracelui, abdomenului, a sistemului osteoarticular, bolnavul fiind examinat în decubit dorsal și în ortostatism (dar nu obligatoriu).

Se solicită toate analizele care sunt considerate necesare pentru diagnostic. Pe tot parcursul acestei etape datele se notează. Timpul de sinteză și formularea prezentării cazului este de 20 min. Prezentarea propriu-zisă a cazului (20 min.) cuprinde un număr de capitole obligatorii conform standardului fișei de observație. După prezentarea datelor se recomandă exprimarea unei concluzii clinice.

Etapa următoare este diagnosticul diferențial pornind de la concluzia clinică și folosind investigațiile paraclinice. Urmează încheierea acestei etape de discuții prin exprimarea diagnosticului pozitiv.

Capitolele următoare pe scurt cuprind: evoluția bolii, complicațiile cele mai probabile și posibile, aspectele medico-chirurgicale, indicațiile medicale pe viitor (după examinare). Prezentarea de caz clinic este apreciată de către membrii comisiei prin nota respectivă în parte.

B. Examinarea în scris prin teste-grilă

- A. Studentul trebuie să fie admis la examen de către catedră.
- B. În matricula studentului (SIMU) trebuie să fie ștampila “Admis la examen”.
- C. Metoda de examinare.
 - 1) Setul de teste include 100 întrebări din programul studiat.

- 2) Fiecare student primește varianta individuală de teste.
 - 3) Pentru a da răspuns la întrebările-test studentul are la dispoziție 100 minute.
 - 4) Studentul specifică în grilă răspunsul (răspunsurile) corect (-e) conform instrucțiunii.
 - 5) După repartizarea testelor, se fixează începutul și sfârșitul examenului.
 - 6) Studentului nu i se permite să pună întrebări, să se consulte cu alt student, să facă însemnări în setul de teste.
 - 7) Studentul care a complectat grila, o semnează și prezintă testele și grila examinatorului. În grilă trebuie să fie fixată cod-broșura testului și numărul individual din matriculă.
 - 8) Pentru încălcarea regulamentului, studentul poate fi expulzat din sala de examinare, primind nota negativă.
 - 9) Controlul testelor se efectuează computerizat prin Test-Editor.
- D. Rezultatele se anunță în ziua examinării.
- E. Studentul care este nesatisfăcut de nota primită, poate interveni în comisia de contestare în 24 de ore pentru ași verifica grila cu răspunsuri.

C. Examenul interviul oral

Întrebările la examen sunt cunoscute la începutul semestrului. Biletul conține 4 întrebări din materialul studiat. După pregătire (30 de minute) studentul își expune oral răspunsul în fața comisiei de examinare formată din 2-3 examinatori.

Nota generală este apreciată cu coeficienții respectivi din toate notele pe etape.

TESTE PENTRU EVALUARE

Compartimentul de teste este integrat în bibliografia obligatorie care cuprinde curriculumul disciplinei *Boli chirurgicale* la anul IV, inclusiv și materialul prelegerilor la chirurgie. Suportul curricular include teste cu complement simplu (40%) și multiplu (60%), soluția (răspunsul) la fiecare test, fiind plasată după testele temei prezentate.

Prezentăm principiile de aplicabilitate indiferent de particularitatea fiecărui enunț. Cheia rezolvării testului este următoarea:

1. **Complement simplu.** Testul constă dintr-o întrebare simplă sau o afirmație urmată de 5 variante de răspuns, notate cu litere de la A la E, dintre care numai unul este corect.
2. **Complement multiplu.** Testul este asemănător cu situația precedentă, deosebindu-se doar prin numărul multiplu de răspunsuri corecte (maxim 4). În același timp, întrebarea nu specifică în mod deliberat numărul acestora, tocmai pentru a oferi studentului posibilitatea unei autoverificări mai aprofundate.

APENDICITA (teste)

1. CS Cel mai sugestiv semn în diagnosticul apendicitei acute este:

- A. Triada Dieulafoy
- B. Semnul Kocher
- C. Semnul Bartomier-Michelson
- D. Semnul Sitkovsky
- E. Semnul Blumberg

2. CS Notați care strat al peretelui apendicular este dotat cu un număr mare de foliculi, fapt pentru care apendicele a fost numit “amigdala abdominală”:

- A. Mucoasa
- B. Submucoasa
- C. Musculara
- D. Seroasa
- E. Toate răspunsurile sunt corecte.

3. CS Selectați afirmația corectă privind tratamentul plastronului apendicular în faza de infiltrație:

- A. Conservativ
- B. Chirurgical
- C. Medico-chirurgical
- D. Fizioterapeutic
- E. Toate răspunsurile sunt corecte

4. CS Calea de abord preferată în abcesul de sac Douglas este:
- A. Rectotomie
 - B. Laparotomie subombilicală
 - C. Laparotomie în fosa iliacă dreaptă
 - D. Prin laparotomie supra- și subombilicală
 - E. Laparotomie tip Kocher
5. CS Manevra Blumberg constă în:
- A. Durere provocată la palparea fosei iliace drepte
 - B. Durere în fosa iliacă dreaptă la extensia corpului
 - C. Durere în fosa iliacă dreaptă la tușeul rectal
 - D. Durere la decompresiunea bruscă în fosa iliacă dreaptă
 - E. Durere în fosa iliacă dreaptă la palpare în momentul flexiei membrului inferior drept
6. CS Semnul Kocher în cazul apendicitei acute semnifică debutul durerii în:
- A. Fosa iliacă dreaptă
 - B. Epigastru
 - C. Pe toată suprafața abdomenului
 - D. Fosa iliacă stângă
 - E. Hipogastru
7. CS Un apendice tensionat "măciucat" la vârf, cu seroasa mată și mezoul infiltrat indică un proces de:
- A. Apendicită acută catarală
 - B. Apendicită acută flegmonoasă
 - C. Apendicită cronică
 - D. Apendicită acută gangrenoasă
 - E. Apendicită acută perforativă
8. CM Cauze determinante în apendicita acută sunt:
- A. Infecția microbiană
 - B. Obturarea lumenului apendicelui vermicular
 - C. Localizarea apendicelui vermicular
 - D. Lungimea apendicelui vermicular
 - E. Diametrul apendicelui vermicular
9. CS Semnul funcțional cardinal al apendicitei acute este:
- A. Durerea abdominală
 - B. Inapetența
 - C. Greața.
 - D. Vărsăturile

E. Tulburările de tranzit intestinal

10. CS Referitor la frecvența apendicitei acute se pot afirma următoarele, CU EXCEPȚIA:

- A. E cea mai frecventă urgență abdominală
- B. Frecvența la vârstnici este mai mare
- C. În perioada pubertății și adolescenței sexul feminin pare a fi mai afectat
- D. Frecvența este mai redusă la nou născuți și sugari
- E. Frecvența maximă e în primele 3 decade de viață

11. CM Apendicita acută la copii până la 3 ani impune diagnosticul diferențial mai puțin cu:

- A. Tumorile cecului
- B. Adenita mezenterică
- C. Invaginația intestinală
- D. Gastroenterita
- E. Afecțiuni ale aparatului genital

12. CS În examinarea clinică a unui pacient cu apendicită acută, semnul Rovsing reprezintă:

- A. Apărare musculară localizată în fosa iliacă dreaptă
- B. Durere în fosa iliacă dreaptă la efectuarea tușeului rectal
- C. Durere ce apare în fosa iliacă dreaptă după decompresia bruscă a peretelui abdominal al acestei zone
- D. Durerea apărută în fosa iliacă dreaptă la compresia profundă a fosei iliace stângi
- E. Dispariția peristaltismului intestinal

13. CS La vârstnici tabloul clinic al apendicitei acute la debut este:

- A. Atenuat
- B. Brutal instalat
- C. În doi timpi
- D. Tipic pentru afecțiune
- E. Dominat de cefalee

14. CS La debutul apendicitei acute sediul durerii în 30% este în:

- A. Hipocondrul drept
- B. Epigastru
- C. Hipocondrul stâng
- D. Fosa iliacă dreaptă
- E. Fosa iliacă stângă

15. CS Plastronul apendicular este:

- A. Complicație evolutivă a apendicitei acute netratată inițial
- B. Leziune neoplazică

- C. Produs de boala Crohn
- D. Produs de perforația gastrică
- E. Produs de colecistita acută

16. CS Semnul Blumberg în apendicita acută se manifestă prin durere:

- A. La decompresiunea bruscă a peretelui abdominal în limitele fosei iliace drepte
- B. Provocată la palparea fosei iliace drepte
- C. În fosa iliacă dreaptă la extensia corpului
- D. La palpate în fosa iliacă dreaptă cu iradiere în epigastru
- E. În fosa iliacă dreaptă la insuflarea aerului în rect

17. CS Durerea periombilicală și simptomele Kummel, Krasnobaev sunt mai frecvente în apendicita acută:

- A. Subhepatică
- B. La bătrâni
- C. Retrocecală
- D. Mezoceliacă
- E. Pelvină

18. CS Cea mai sigură metodă de închidere a bontului apendicular după apendicectomie este:

- A. Ligaturarea cu catgut a bontului apendicular
- B. Invaginarea bontului apendicular în peretele cecului cu sutură "în bursă" și "Z"
- C. Invaginarea "în bursă" a bontului apendicular fără ligaturarea lui
- D. Ligaturarea cu catgut a bontului apendicular și invaginarea lui "în bursă" cu catgut atraumatic
- E. Ligaturarea cu catgut a bontului apendicular și invaginarea lui în peretele cecului cu fire izolate

19. CS În faza infiltrativă a plastronului apendicular atitudinea terapeutică se reduce la:

- A. Tratament conservativ (punga cu gheață, dietă, antibiotice, fizioterapie)
- B. Tratament chirurgical la tineri
- C. Tratament chirurgical la vârstnici
- D. Tratament chirurgical când procesul este situat în pelvis
- E. Tratament chirurgical când clinic nu se exclude un cancer al cecului

20. CS Semnul major precoce al apendicitei acute este:

- A. Anorexia
- B. Vomele
- C. Febra
- D. Diareea
- E. Durerile în fosa iliacă dreaptă

21. CS La copii mai frecvent apendicita acută necesită diferențiere cu:

- A. Ulcerul perforat
- B. Colecistita acută
- C. Toxicoinfecția alimentară
- D. Colica renală
- E. Pancreatita acută

22. CS Cea mai frecvent întâlnită poziție a apendicelui vermicular este:

- A. Laterală
- B. Descendentă
- C. Retrocecală
- D. Ascendentă
- E. Medială

23. CS Indicați calea de acces în apendicita acută cu peritonita difuză:

- A. Lenander
- B. McBurney
- C. Otto Gerhard Karl **Sprengel**
- D. Laparotomie medie-mediană
- E. Laparotomie medie inferioară

24. CS Apendicita acută la bătrâni impune tactica:

- A. Expectativă, pentru că frecvent se formează un plastron
- B. Intervenția chirurgicală de urgență
- C. Irigogafie pentru a exclude un cancer, frecvent întâlnit la această vârstă
- D. Tratamentul inițial al comorbidităților
- E. Tratamentul numai cu antibiotice

25. CS Drenarea optimală a cavității peritoneale după apendicectomie în apendicita distructivă, complicată cu peritonită purulentă locală este:

- A. Exteriorizarea drenului tubular prin contrapertură în afara plăgii
- B. Exteriorizarea drenului tubular prin plagă
- C. Aplicarea tamponului de tifon
- D. Drenarea ambelor fose iliace cu 2 tuburi de dren
- E. Drenarea nu se cere

26. CS Triada Dieulafoy în apendicita acută presupune:

- A. Durere în epigastru cu deplasare ulterioară în mediu peste 4-6 ore în fosa iliacă dreaptă, hiperestezie cutanată și apărare musculară în triunghiul Iacobovici
- B. Durere provocată la palpare, apărare musculară și hiperestezie cutanată în triunghiul Iacobovici

- C. Anorexie, durere provocată și apărare musculară în triunghiul Iacobovici
 - D. Durere provocată, hiperestezie cutanată în triunghiul Iacobovici, febră moderată
 - E. Rigiditatea musculară locală, hiperestezie superficială, simptome testiculare
27. CM Tactica medico-chirurgicală optimală în plastronul apendicular abcedat confirmat este:
- A. Terapie conservativă, inclusiv antibioticoterapie și fizioterapie
 - B. Drenarea extraperitoneală a abcesului (după Pirogov)
 - C. Drenarea abcesului sub controlul ecografiei
 - D. Drenarea abcesului prin laparotomie mediană inferioară
 - E. Drenarea abcesului prin incizie oblică tip McBurney
28. CS Cea mai argumentată teorie a originii apendicitei acute este:
- A. Infecțioasă
 - B. Polietimologică
 - C. Mecanică
 - D. Cortico-viscerală
 - E. Chimică
29. CS Durerea la palparea abdomenului în apendicita acută cel mai frecvent se localizează în:
- A. Punctul Sonnenburg
 - B. Triunghiul Wenglovschi
 - C. Punctul McBurney
 - D. Triunghiul Iacobovici
 - E. Punctul Lanz
30. CS Indicați cea mai frecventă forma morfologică a apendicitei acute:
- A. Catarală
 - B. Empiem apendicular
 - C. Gangrenoasă
 - D. Perforativă
 - E. Flegmonoasă
31. CM Urmărirea evoluției plastronului apendicular se face prin examinarea clinică și paraclinică. Selectați-le.
- A. Termometria
 - B. Leucocitoza în dinamică
 - C. Determinarea în dinamică a fosfatazei alcaline
 - D. Ultrasonografia abdominală în dinamică
 - E. Evoluția dimensiunilor formațiunii inflamatorii
32. CM Tabloul clinic al apendicitei acute la debut, include:

- A. Febra și vomeele anticipează durerea în abdomen
 - B. Vomele, ce apar în scurt timp după apariția durerilor în abdomen
 - C. Senzația de greață se atestă după apariția durerilor în abdomen
 - D. Oprirea gazelor, balonarea abdomenului
 - E. Poate fi diaree
33. CM Marcați laturile triunghiului Iacobovici:
- A. Linia bispinală
 - B. Linia mediană subombilicală
 - C. Marginea externă a mușchiului rect abdominal
 - D. Treimea externă dreaptă a liniei bispinale
 - E. Linia spino-ombilicală dreaptă
34. CM Ce afirmații sunt corecte referitor la apendicita acută cu localizare în sacul herniar:
- A. Apendicele inflammat este depistat în sacul herniar inghinal
 - B. Simulează o hernie strangulată
 - C. Poartă denumirea de hernia Littre
 - D. Poate evolua în flegmon al sacului herniar
 - E. Poartă denumirea de hernia Amyand
35. CM Plastronul apendicular se poate manifesta prin următoarele semne:
- A. Formațiune indoloră în fosa iliacă dreaptă
 - B. Alterarea stării generale este însoțită de diaree
 - C. Dureri la palpare în fosa iliacă dreaptă
 - D. Prezența fluctuenței în fosa iliacă dreaptă
 - E. Formațiune doloară cu contur neregulat situată în fosa iliacă dreaptă
36. CM Care dintre următoarele simptome corespund tabloului clinic al apendicitei acute?
- A. Durere epigastrică
 - B. Durere spontană și provocată în fosa iliacă dreaptă
 - C. Greață și vărsături
 - D. Dureri abdominale colicative generalizate
 - E. Scaune diareice repetate care ușurează starea bolnavului
37. CM În apendicita acută constatată se impun următoarele manipulații medico-chirurgicale:
- A. Medicație laxativă
 - B. Clismele evacuatorii
 - C. Antibiotice cu spectru larg
 - D. Intervenție chirurgicală
 - E. Apendicectomia laparoscopică

38. CS Abcesul apendicular cel mai frecvent este localizat:
- A. Mezoceliac
 - B. Pelvin
 - C. Subhepatic
 - D. Retrocecal
 - E. Între ansele intestinului subțire
39. CM Peritonita generalizată de origine apendiculară se caracterizează prin:
- A. Stare generală alterată
 - B. Tranzit intestinal dereglat
 - C. Febră
 - D. Leucocitoza 15-20.000
 - E. Dureri abdominale cu iradiere posterioară
40. CM Indicați semnele clinice ale apendicitei acute la adult la debutul bolii:
- A. Durere în fosa iliacă dreaptă
 - B. Inapetență precoce
 - C. Febra mai mare de 39°C
 - D. Limba saburată
 - E. Oprirea tranzitului intestinal
41. CM Indicați variantele posibile de evoluție a plastronului apendicular:
- A. Peritonită generalizată în *doi timpi*
 - B. Favorabilă în urma tratamentului medical
 - C. Abcedare
 - D. Întotdeauna regresează spontan
 - E. Fistulizare
42. CM Formele morfopatologice ale apendicitei acute sunt:
- A. Catarală
 - B. Toxică
 - C. Gangrenoasă
 - D. Flegmonoasă
 - E. Chistică
43. CS Tușeul rectal efectuat la bolnavul cu apendicita acută poate releva următorul semn:
- A. Mendelson
 - B. Rovsing
 - C. Blumberg
 - D. Kulenkampff

E. Dieulafoy

44. CM Diagnosticul diferențial al apendicitei acute la copil se face cu:

- A. Gastroenterita acută
- B. Adenita mezenterică
- C. Invaginația intestinală
- D. Omfalocel
- E. Infecția urinară

45. CM Selectați variantele corecte de poziționare ale apendicelui vermicular:

- A. Retrocecală
- B. Mezoceliacă
- C. Retrogastrică
- D. Pelvină
- E. Juxtapancreatică

46. CM Indicați semnele clinice ale plastronului apendicular în faza infiltrativă:

- A. Leucocitoză
- B. Tumoră dureroasă, cu contururi difuze, care apare la a 3-5 zi de la debutul bolii
- C. Semnul Blumberg pozitiv în fosa iliacă dreaptă
- D. Fenomenul de fluctuență în fosa iliacă dreaptă
- E. Febră

47. CM Care dintre următoarele afirmații referitor la apendicita acută este adevărată:

- A. Durerea în fosa iliacă dreaptă
- B. Febra este un semn caracteristic la bătrâni
- C. Leucocitoza este întotdeauna prezentă
- D. Pulsul este diminuat
- E. Poate evolua în peritonită

48. CM Apendicită acută cu peritonită generalizată cere diferențiere cu:

- A. Ocluzia intestinală
- B. Nefrolitiaza
- C. Tromboza vaselor mezenterice
- D. Pancreatita acută
- E. Ulcerul perforat atipic

49. CM Indicați afirmațiile corecte care caracterizează apendicita acută subhepatică:

- A. Se poate manifesta ca o colică renală
- B. Mai frecventă este prezentă la adulți
- C. Poate fi însoțită de subicter

D. Apărarea musculară și durerea maximă sunt localizate în regiunea subhepatică

E. Evoluează ca o colecistită acută

50. CM Diagnosticul diferențial al apendicitei acute la maturi se face cu:

A. Ulcerul gastroduodenal perforat

B. Sindromul Mallory-Weiss

C. Toxicoinfecția alimentară

D. Pancreatita acută

E. Colica renală

51. CM Apendicita acută la bătrâni prezintă următoarele semne:

A. Debutul zgomotos și evoluare rapidă

B. Contractură musculară slabă

C. Durere provocată de palpare în fosa iliacă dreaptă

D. Meteorism însoțit de dureri abdominale

E. Leucocitoză moderată cu devierea formulei leucocitare în stânga

52. CM Pot simula apendicita acută retrocecală următoarele afecțiuni:

A. Colecistita acută

B. Abcesul paranefral

C. Inflamația diverticulului Meckel

D. Hidronefroza pe dreapta

E. Pielita

53. CM Indicați afirmațiile incorecte referitor la plastronul apendicular abcedat:

A. Apendicectomia este obligatorie

B. Se practică apendicectomia de urgență

C. Se înlătură apendicele numai dacă este amputat

D. Nu se practică intervenție chirurgicală

E. Se face numai tratament conservativ, inclusiv antibioticoterapie, fizioterapie

54. CM Specificați 2 factori mai importanți și mai constanți în declanșarea apendicitei acute:

A. Nervos

B. Vascular

C. Infecțios

D. Chimic

E. Obstructiv

55. CM Particularitățile apendicitei acute la gravide sunt următoarele:

A. Contractura musculară este slab pronunțată

B. Se întâlnește mai frecvent în jumătatea a doua a sarcinii

- C. Sunt frecvente formele distructive
- D. Durerea și voma sunt confundate cu cele din cauza sarcinii
- E. De mare valoare diagnostică sunt semnele Bartomier-Michelson, Obraztsov, Cope

56. CM Pot simula apendicita acută pelviană următoarele afecțiuni:

- A. Pionefroza
- B. Inflamația diverticulului Meckel
- C. Sarcina ectopică
- D. Anexita
- E. Abcesul mușchiului psoas

57. CM Selectați semnele utile pentru diferențierea apendicitei acute de afecțiunile genitale acute la femei:

- A. Semnul Promtov
- B. Semnul Dieulafoy
- C. Semnul Jendrinsky
- D. Semnul Kulenkampff
- E. Semnul Bartomier-Michelson

58. CM Plastronul apendicular poate evolua spre:

- A. Rezorbție
- B. Abcedare
- C. Peritonită generalizată fără a mai trece prin faza de abcedare
- D. Peritonită în *doi timpi*
- E. Fistualizare

59. CM Care dintre examenele de laborator sunt recomandate în diagnosticul apendicitei acute?

- A. Leucograma
- B. Glicemia
- C. Sedimentul urinei
- D. Probele hepatice
- E. Fosfotaza alcalină

60. CS Care dintre factorii implicați în declanșarea apendicitei acute este cel mai important?

- A. Spasmul sau tromboza a.apendiculare
- B. Excesul de proteine în rația alimentară
- C. Infecțiile intestinale și generale
- D. Obstrucția apendicelui
- E. Particularitățile regiunii ileocecoapendiculare

61. CM Selectați metodele utile pentru precizarea diagnosticului de apendicita acută:

- A. Scintigrafia cu leucocite marcate cu Tc

- B. Ultrasonografia abdominală
- C. Laparoscopia
- D. CT abdominală
- E. Radiografia abdominală

62. CM Indicați măsurile de pregătire preoperatorie a bolnavului cu apendicită acută complicată cu peritonită difuză:

- A. Reechilibrare volemică
- B. Clister evacuator
- C. Administrarea laxativelor
- D. Decompresie nasogastrică
- E. Antibioterapie

63. CM Indicați abordurile chirurgicale în cazul apendicitei acute necomplicate:

- A. Bisubcostală
- B. McBurney
- C. Laparotomie medie inferioară
- D. Laparoscopică
- E. Laparotomie medie mediană

64. CS În cazul suspectării unui plastron apendicular fără semne de reacție peritoneală la o stare generală satisfăcătoare ce soluție presupuneți?

- A. Expectativă sub tratament medical
- B. Tratament conservator urmat de apendicectomie imediat după stingerea procesului inflamator
- C. Laparotomie cu drenarea cavității peritoneale
- D. Intervenție cu drenaj spre exterior a abcesului periapendicular
- E. Apendicectomie

65. CS La a 6 zi după o intervenție pentru apendicită acută perforativă cu peritonită generalizată, starea se alterează progresiv: apare stază gastrică, febră hectică, $Le > 20\ 000$ cu deviere, fără schimbări la tușul rectal și radiografia toracică. Ce complicație presupuneți?

- A. Ileus paralytic
- B. Ocluzie intestinală aderențială
- C. Abces rezidual
- D. Peritonită terțiară
- E. Septicemie

66. CM Care sunt cele mai frecvente complicații după apendicectomie?

- A. Hemoragia intraabdominală
- B. Ocluzia intestinală dinamică

- C. Fistula stercorală
- D. Supurarea plăgii
- E. Trombembolia arterei pulmonare

67. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la apendicectomia laparoscopică:

- A. Se exclud erorile diagnostice
- B. Operația se efectuează cu anestezie locală
- C. Reducerea complicațiilor
- D. Efect cosmetic
- E. Micșorarea perioadei de spitalizare și recuperare a pacientului

68. CS. Care va fi tactica în semestrul II de sarcină, dacă apendicită acută este confirmată?

- A. Expectativă
- B. Supraveghere cu repetarea explorărilor de laborator la fiecare 6 ore
- C. Laparoscopie
- D. Apendicectomie
- E. Externare cu supraveghere

69. CM În cadrul apendicitei acute peritonita acută secundară apare datorită:

- A. Instituirii tratamentului medicamentos
- B. Unei reactivități bune a organismului
- C. Virulenței scăzute a germenilor
- D. Propagării infecției de la un apendice inflammat
- E. Fistulizarea în cavitatea abdominală a unui plastron apendicular

70. CM Diagnosticul diferențial al apendicitei acute se face cu:

- A. Adenita inghinală
- B. Tuberculoza pulmonară
- C. Colecistita acută
- D. Diverculita Meckel
- E. Invaginația intestinală

71. CM Afecțiunile ginecologice ce pot mima apendicita acută sunt:

- A. Boala inflamatorie pelvină
- B. Fibromionul pelvin necomplicat
- C. Torsiunea de ovar
- D. Ruptura chistului ovarian
- E. Sarcina ectopică

72. CM În cazul plastronului apendicular conduita terapeutică este:

- A. Aplicarea unei pungi cu gheață local

- B. Antibioterapia
- C. Reechilibrarea hidroelectrolitică
- D. Repaus la pat și regim alimentar hidric
- E. Bolnavul va fi urmărit în condiții de ambulator și operat peste 3 săptămâni

73. CM Apendicita acută este cauzată mai frecvent de următorii agenți microbieni:

- A. *Pseudomonas aeruginosa*
- B. *Klebsiella pneumoniae*
- C. *Bacteroides fragilis*
- D. *Streptococcus viridans*
- E. *Escherichia coli*

74. CM. Enumerați caracteristicile durerii în apendicita acută:

- A. Este colicativă
- B. Tusea accentuează durerea
- C. Este pulsatilă
- D. Inițial poate fi resimțită în epigastru sau periombilical
- E. Are debut brusc

75. CM Indicați afirmațiile corecte în plastronul apendicular:

- A. Apendicectomia se realizează la 3-6 săptămâni după ce febra dispare
- B. Pacientul trebuie internat, ținut sub supraveghere și instituit tratament medical
- C. Lipsește procesul septic
- D. Evoluează datorită virulenței scăzute a germenilor și reactivității bune a organismului
- E. Apare mai frecvent peste 3 zile de la debut

76. CM Chirurgia laparoscopică în apendicita acută are următoarele caracteristici comparativ cu cea clasică:

- A. Este inferioară celei clasice
- B. Restabilirea rapidă a pacientului
- C. Spitalizarea scurtă
- D. Durerea postoperatorie redusă
- E. Rata mai mare de complicații de plagă

77. CM În apendicele vermicular se produce un hormon, care contribuie:

- A. La reglarea funcției sfincterului Oddi
- B. La funcția aparatului sfincterian al intestinului
- C. La evacuarea bilei
- D. La peristaltismul intestinal
- E. Nu se produce nici un hormon

78. CS Cauza apariției semnului Kocher este:

- A. Obliterarea apendicelui
- B. Gastrita cronică
- C. Reacțiile vegetative reflectorii
- D. Antecedente de colică apendiculară
- E. Deplasarea lichidului inflamator din epigastru spre fosa iliacă dreaptă

79. CS La debutul apendicitei acute voma este cauzată de:

- A. Iritarea nervului splanhnic
- B. Distensia intestinului
- C. Încălcarea dietei
- D. Perforarea apendicelui
- E. Rezultatul iritării peritoneului

80. CS Punctul de durere maximă McBurney este situat:

- A. La frontiera dintre treimea mediană și cea medie a liniei, care unește spina iliacă cu ombilicul
- B. La frontiera dintre treimea laterală și cea medie a liniei bispinale
- C. La frontiera dintre treimea laterală și cea medie a liniei, care unește spina iliacă cu ombilicul
- D. La intersecția liniei bispinale și a marginii laterale a mușchiului drept abdominal
- E. La intersecția liniei pararectale cu linia bispinală

81. CS Punctul de durere maximă Morris-Kummel este situat:

- A. La frontiera dintre treimea mediană și cea medie a liniei, care unește spina iliacă cu ombilicul
- B. La frontiera dintre treimea laterală și cea medie a liniei bispinale
- C. La frontiera dintre treimea laterală și cea medie a liniei, care unește spina iliacă cu ombilicul
- D. La intersecția liniei bispinale și a marginii laterale a mușchiului drept abdominal
- E. La intersecția liniei medioclaviculare cu linia bispinală

82. CS Punctul de durere maximă Lanz este situat:

- A. La frontiera dintre treimea medială și cea medie a liniei, care unește spina iliacă cu ombilicul
- B. La frontiera dintre treimea laterală dreaptă și cea medie a liniei bispinale
- C. La frontiera dintre treimea laterală și cea medie a liniei, care unește spina iliacă cu ombilicul
- D. La intersecția liniei bispinale și a marginii laterale a mușchiului drept abdominal
- E. La intersecția liniei albe cu linia bispinală

83. CS Palparea peretelui abdominal cu compresia lentă, urmată de decompresia bruscă, ce provoacă accentuarea durerii este semnul:

- A. Rovsing
- B. Blumberg
- C. Voskresensky
- D. Sitkovsky

E. Bartomier-Michelson

84. CS Apariția durerii în fosa iliacă dreaptă la trecerea bolnavului în decubit pe stânga, constituie semnul:
- A. Rovsing
 - B. Blumberg
 - C. Voskresensky
 - D. Sitkovsky
 - E. Bartomier-Michelson
85. CS Ce semn este prezent, dacă palparea fosei iliace drepte în decubit lateral pe stânga provoacă dureri violente:
- A. Rovsing
 - B. Blumberg
 - C. Voskresensky
 - D. Sitkovsky
 - E. Bartomier-Michelson
86. CS Numiți autorul semnului care prevede: ridicarea piciorului drept sub un unghi de 90° cu palparea simultană a fosei iliace drepte provoacă dureri violente:
- A. Rovsing
 - B. Blumberg
 - C. Voskresensky
 - D. Sitkovsky
 - E. Obraztsov
87. CS Apendicita acută la copii are următoarele particularități:
- A. Se desfășoară lent, cu dureri abdominale moderate, cu temperatură subfebrilă
 - B. Se desfășoară zgomotos, cu vomă repetată, temperatură 38-39°, dureri abdominale violente
 - C. Se desfășoară clasic
 - D. Se manifestă prin dureri în regiunea lombară
 - E. Cel mai frecvent se întâlnește la sugari
88. CM Cauzele evoluării rapide a apendicitei acute la copii este:
- A. Reactivitatea scăzută a organismului
 - B. Reactivitatea mărită a organismului
 - C. Adresarea tardivă
 - D. Omentul mare e slab dezvoltat
 - E. Flora microbiană e mai virulentă
89. CM Formele distructive ale apendicitei acute sunt mai caracteristice la bătrâni deoarece:
- A. Reactivitatea organismului este scăzută

- B. Reactivitatea organismului este mărită
- C. Este prezent factorul vascular
- D. Omentul mare este slab dezvoltat
- E. Flora microbiană este mai virulentă

90. CS Semnele clinice sunt puțin evidente, nu există apărare musculară abdominală sau e puțin pronunțată, sunt pozitive semnele Iaure-Rozanov, Giordano. Aceste particularități sunt caracteristice pentru:

- A. Apendicita acută pelvină
- B. Apendicita acută mezoceliacă
- C. Apendicita acută retrocecală
- D. Apendicita acută subhepatică
- E. Apendicita acută tipică

91. CM Ulcerul perforat se deosebește de apendicita acută prin prezența:

- A. Semnului Levi-Dorn
- B. Durerilor în regiunea iliacă dreaptă
- C. Antecedentelor ulcerose
- D. Pneumotoracelui
- E. Vomei

92. CM Colica nefritică se deosebește de apendicita acută prin lipsa:

- A. Poziției antalgice
- B. Grețurilor și vomei
- C. Semnului Spasokukotsky
- D. Microhematuriei
- E. Semnului Blumberg

93. CM Apoplexia ovariană se deosebește de apendicita acută prin:

- A. Prezența palidității tergumentelor
- B. Prezența febrei
- C. Corelarea cu fazele ciclului menstrual
- D. Prezența hipotensiunii
- E. Apariția lipotemiei

94. CM Pancreatita acută se deosebește de apendicita acută prin:

- A. Durere “în centura”
- B. Prezența leucocitozei
- C. Prezența amilazemiei
- D. Este declansată de masa copioasă
- E. Grețuri, vome repetate la debutul bolii

95. CM Apendicectomia e contraindicată în:
- A. Prezența patologiei asociate grave
 - B. Plastronul apendicular
 - C. Colica apendiculară
 - D. Lipsa poliței de asigurare
 - E. Sarcină
96. CS Indicați timpul optimal pentru apendicectomie în cazul unui plastron apendicular:
- A. Peste 3 luni după debutul bolii
 - B. După ameliorarea stării pacientului
 - C. În timpul depistării infiltratului
 - D. Peste 6 luni după debutul bolii
 - E. Peste 3 săptămâni
97. CS Care este durata de resorbție a plastronului apendicular:
- A. 1-2 săptămâni
 - B. 4-6 săptămâni
 - C. 9 luni
 - D. Până la 6 luni
 - E. Până la 1 an
98. CS Indicația absolută pentru laparotomia mediană în caz de apendicită acută este:
- A. Plastronul apendicular
 - B. Apendicita acută la gravide
 - C. Peritonita difuză
 - D. Peritonită locală
 - E. Apendicita acută la sugari
99. CS Anexita acută se deosebește clinic de apendicită prin următoarele semne, CU EXCEPȚIA:
- A. Semnului Promtov
 - B. Anamnezei ginecologice agravate
 - C. Eliminărilor vaginale purulente
 - D. Semnului Jendrinsky
 - E. Semnului Kocher
100. CM Abcesul apendicular poate fi tratat:
- A. Numai cu antibiotice
 - B. Chirurgical
 - C. Drenarea ecoghidată și apendicectomie “la rece”
 - D. Apendicectomie de urgență

E. Nu necesită tratament chirurgical

101. CM Care dintre următoarele nu sunt complicații ale apendicitei acute:

A. Pielonefrita

B. Peritonita

C. Plastronul apendicular

D. Tromboflebita venei portae

E. Flebotromboza venei femurale pe dreapta

102. CM Plastronul apendicular poate evolua în:

A. Flebotromboza venei femurale pe dreapta

B. Apendicită cronică

C. Abcedare

D. Cancer de colon

E. Peritonita în 2 timpi

103. CS Laparotomia medio-mediană în apendicita acută este indicată:

A. În plastronul apendicular

B. În apendicita retrocecală

C. În cazul abcedării plastronului apendicular retrocecal

D. În peritonita difuză

E. La vârstnici

104. CS După apendicectomie drenul se menține:

A. Cât se menține febra

B. Până se înlătură suturile

C. Cât este revărsat patologic din cavitatea peritoneală

D. Până la externare

E. Cât este conținut seros din cavitatea peritoneală

105. CM Indicați variantele posibile de localizare retrocecală a apendicelui vermicular:

A. Descendentă

B. Retroperitoneală

C. Intramurală

D. Laterală

E. Intraperitoneală

106. CM Apendicele normal la ecografie se vizualizează ca structură tubulară:

A. Închisă la un capăt

B. Ușor compresibilă, indoloră

C. Necompresibilă

- D. Cu diametrul sub sau egal cu 5 mm
- E. Cu diametrul mai mare sau egal cu 6 mm

107. CM Tabloul clinic al apendicitei acute depinde de următorii factori:

- A. Vârsta pacientului
- B. Sexul
- C. Antecedentele personale patologice
- D. Poziția anatomică a apendicelui inflammat
- E. Faza procesului inflamator din apendice

108. CM Abscesele intraabdominale secundare perforației apendicelui vermicular mai frecvent se localizează în:

- A. Fosa iliacă dreaptă
- B. Flexura colică stângă
- C. Sacul Douglas
- D. Spațiul subhepatic
- E. Între ansele intestinale

109. CM Cauzele de obstrucție a apendicelui vermicular sunt:

- A. Compresia extrinsecă
- B. Hipertrofia țesutului limfoid
- C. Sâmburi, semințe
- D. Ascaride
- E. Coproliți

110. CM Indicații afecțiunile ginecologice care necesită diferențiere cu apendicita acută:

- A. Salpingooforita
- B. Fibromul uterin intramural
- C. Chistul ovarian torsionat
- D. Sarcina ectopica
- E. Ruptura foliculului *de Graaf*

111. CM Complicațiile tardive după apendicectomie sunt:

- A. Maladia aderențială
- B. Dehiscenta bontului apendicular
- C. Pileflebita
- D. Fistula stercorală
- E. Hernia postoperatorie

112. CS În cazul plastronului apendicular se recomandă efectuarea apendicectomiei după stingerea episodului acut la:

- A. 7-8 luni
- B. 3 luni
- C. 8-10 luni
- D. 1-2 luni
- E. 1-2 săptămâni

113. CS Principala cauză a apendicitei acute este:

- A. Alimentația bogată în proteine
- B. Ischemia apendicelui
- C. Tuberculoza apendicelui vermicular
- D. Infecția microbiană
- E. Infecția virală

114. CS Selectați afirmația corectă ce caracterizează apendicita acută:

- A. Prevalență identică pe sexe
- B. Frecvență maximă între 10 și 20 de ani
- C. Are o ușoară preponderență la bătrâni
- D. Survine frecvent între 5 și 10 ani
- E. Este o urgență chirurgicală abdominală cel mai des întâlnită

115. CS Selectați afirmația corectă a referitor la semnul Blumberg în apendicita acută:

- A. Zonă cu hipersensibilitate cutanată
- B. Apărare musculară în fosa iliacă dreaptă
- C. Acutizarea durerii în fosa iliacă dreaptă la decompresiunea bruscă a abdomenului
- D. Mobilizare retrogradă a gazelor prin colon care realizează o distensie dureroasă a cecului
- E. Dispariția reflexelor cutanate în fosa iliacă dreaptă și partea dreaptă a abdomenului

116. CS Diagnosticul diferențial al apendicitei acute include următoarele afecțiuni urologice, CU EXCEPȚIA:

- A. Glomerulonefritei
- B. Carbunculului renal pe dreapta
- C. Pielonefritei
- D. Uretritei
- E. Colicii renale pe dreapta

117. CM În apendicita acută triada Dieulafoy include:

- A. Frisonul
- B. Durerea locală
- C. Apărarea musculară în fosa iliacă dreaptă
- D. Febra

- E. Hiperestezia cutanată
118. CM În apendicita acută apărarea musculară se caracterizează prin următoarele afirmații:
- A. Este însoțită de diminuarea reflexelor cutanate în fosa iliacă stângă
 - B. La decompresia bruscă a peretelui abdominal durerea diminuează
 - C. Indică prezența peritonitei acute
 - D. Inițial este generalizată, în timp localizându-se la nivelul fosei iliace drepte
 - E. Inițial este localizată în fosa iliacă dreaptă, cu tendință spre generalizare pe toată suprafața peretelui abdominal
119. CM Diagnosticul diferential al apendicitei acute se face cu:
- A. Adenita inghinală
 - B. Hernia inghinală liberă
 - C. Colecistita acută
 - D. Diverticulita Meckel
 - E. Invaginația intestinală
120. CM Selectați afecțiunile ginecologice ce pot mima o apendicită acută:
- A. Boala inflamatorie pelvină
 - B. Fibromul uterin necomplicat
 - C. Torsiunea chistului ovarian
 - D. Ruptura chistului ovarian
 - E. Sarcina ectopică
121. CS Simptomatologia apendicitei acute depinde de:
- A. Sexul pacientului
 - B. Etiologia bolii
 - C. Etnia pacientului
 - D. Comorbiditățile pacientului
 - E. Localizarea apendicelui
122. CM Pentru apendicita acută NU sunt caracteristice următoarele semne:
- A. Temperatură între 37 și 38°C
 - B. Febra anticipează durerea
 - C. Tahicardia este invers proporțională cu gravitatea infecției și temperatura
 - D. Frisonul și febra peste 38°C apare în caz de perforație apendiculară
 - E. Temperatura se menține de obicei sub 37°C
123. CM Triada Dieulafoy include următoarele semne, cu excepția:
- A. Distensiei abdominale
 - B. Apărării musculare abdominale generalizate

C. Apărării musculare în fosa iliacă dreaptă

D. Hipersteziei cutanate locale

E. Durerii locale

124. CM Selectați metodele imagistice de diagnostic în apendicita acută:

A. Tomografia computerizată (are specificitate de 85%)

B. Ecografia abdominală

C. Examenul baritat al colonului

D. Radiografia pe gol a abdomenului

E. Proba Schwartz

125. CM Selectați afirmațiile corecte în conduita plastronului apendicular:

A. Apendicectomia se realizează la 3-6 săptămâni după ce dispare febra

B. Pacientul necesită spitalizare, monitorizare clinică și tratament medical

C. Intervenție chirurgicală de urgență

D. Nu necesită tratament

E. Tratament chirurgical la abcedarea plastronului

126. CM Indicați afirmațiile corecte referitor la tratamentul apendicitei acute:

A. Abordul laparoscopic face posibilă diagnosticarea și rezolvarea cazului

B. Conduită nonoperatorie

C. Se poate realiza clasic sau miniminvasiv

D. Intervenția chirurgicală presupune ligaturarea și secționarea mezoului apendicular, ligaturarea cu fir resorbabil și secționarea apendicelui la bază, invaginarea bontului apendicular "în bursă" cu fir neresorbabil

E. Este, de regulă, medicamentos

127. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la tratamentul plastronului apendicular:

A. Se tratează fără terapie antibacterială

B. Se recomandă puna cu gheață la debut

C. Necesită reechilibrare hidroelectrolitică

D. Apendicectomia se face de urgență

E. Rar se recomandă spitalizarea pacientului

128. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la investigațiile paraclinice în apendicita acută:

A. TC abdominală se indică în toate cazurile

B. Ecografia abdominală este utilă în algoritmul diagnostic

C. Nivelul leucocitelor în sânge

D. Sedimentul urinar

E. Laparoscopia este obligatorie

129. CS. Apendicita acută gangrenoasă se dezvoltă:

- A. La copiii cu vârstă până la 2 ani datorită reactivității scăzute
 - B. La bătrânii cu tare asociate
 - C. Datorită trombozei vaselor mezoapendiculare, care duce la necroza peretelui apendicelui
 - D. Mai des la gravide datorită imunității scăzute
 - E. Nu există cauze concrete de apariție a apendicitei gangrenoase
130. CS Selectați afirmațiile corecte referitor la apendicita acută la gravide:
- A. Mai des apare cu o lună înainte de naștere
 - B. Se dezvoltă la gravidele multipare
 - C. În timpul sarcinii apendicita nu se dezvoltă
 - D. Apare datorită creșterii în volum a uterului
 - E. Se dezvoltă mai des în prima jumătate a sarcinii
131. CM Indicați corect etapele apendicectomiei în apendicita cronică:
- A. Prin abordul McBurney se deplasează cecul și apendicele în plagă
 - B. Ligaturarea cu fir neresorbabil și secționarea mezoului apendicular
 - C. Ligaturarea cu fir resorbabil și secționarea apendicelui la bază
 - D. Înfundarea bontului apendicular în bursa legată cu fir neresorbabil
 - E. Drenarea cavității peritoneale
132. CS. Punctul de durere maximă Sonnenburg este situat:
- A. La frontiera dintre treimea mediană și cea medie a liniei, care unește spina iliacă cu ombilicul
 - B. La frontiera dintre treimea laterală dreaptă și cea medie a liniei bispinale
 - C. La frontiera dintre treimea laterală și cea medie a liniei, care unește spina iliacă cu ombilicul
 - D. La intersecția liniei bispinale și a marginii laterale a mușchiului drept abdominal
 - E. La intersecția liniei albe cu linia bispinală
133. CS Indicați afirmația care nu este caracteristică diverticulului Meckel?
- A. Localizarea în partea ascendentă a intestinului gros
 - B. Există la 2-3% din populație
 - C. Este localizat la 60-70 cm de unghiul ileocecal
 - D. Conține toate straturile peretelui intestinal
 - E. Poate conține țesut heterotopic al pancreasului sau stomacului
134. CS La un pacient de 40 de ani la a doua zi după apendicectomie, efectuată pentru apendicită gangrenoasă, au apărut: pareză intestinală, frisoane, febră, durere în partea dreaptă a abdomenului, icter, ficat mărit în dimensiuni. Semne de iritare peritoneală lipsesc. Indicați complicația posibilă.
- A. Peritonita
 - B. Abces subdiafragmatic
 - C. Abces interintestinal

D. Pileflebita

E. Abces subepatic

135. CS Care dintre afirmații nu reprezintă indicație pentru tratament chirurgical în apendicita acută:

A. Peritonita difuză

B. Sarcina de 37-38 săptămâni

C. Infarctul miocardic acut

D. Plastronul apendicular în faza infiltrativă

E. Abcedarea plastronului apendicular

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

HERNIILE (teste)

1. CS Care dintre următoarele afirmații caracterizează hernia inghinală directă:
 - A. Nu coboară niciodată în scrot
 - B. Este congenitală
 - C. Este mai frecvent unilaterală
 - D. Se strangulează foarte frecvent
 - E. Este o hernie de efort
2. CS Strangularea diverticului Meckel poartă denumirea de hernie:
 - A. Richter
 - B. Maydl
 - C. Littre
 - D. Hesselbach
 - E. Brock
3. CS Peretele posterior al canalului inghinal este reprezentat de:
 - A. Fascia transversalis
 - B. Oblicul intern
 - C. Tendonul conjunct
 - D. Arcada crurală
 - E. Oblicul extern
4. CM. Care hernii mai frecvent se strangulează?
 - A. Femurală
 - B. Ombilicală
 - C. Inghinală directă
 - D. Inghinală oblică la bărbați
 - E. A liniei albe la copii
5. CS Strangularea parietală antimezocolică este hernia:
 - A. Brock
 - B. Gheselbach
 - C. Maydl
 - D. Richter
 - E. Littre
6. CS Colul sacului herniei femurale tipice se găsește:
 - A. Anterior de arcada crurală
 - B. Medial de vasele femurale
 - C. Lateral de vasele femurale
 - D. Posterior de vasele femurale

- E. Medial de ligamentul Cooper
7. CM În stadiul de ischemie a unei hernii strangulate găsim următoarele semne:
- A. Ansa aferentă dilatată și cianotică
 - B. Tromboza venelor mezoului
 - C. Peretele intestinului îngroșat cu false membrane pe seroasă
 - D. În sacul herniar este prezent lichid purulent, fecaloid
 - E. Ansa eferentă palidă, colabată
8. CM Tranzitul intestinal este păstrat în următoarele forme ale herniilor strangulate:
- A. Hernia Littre
 - B. Hernia Maydl
 - C. Hernia Brock
 - D. Hernia Gheselbah
 - E. Hernia Richter
9. CS Sacul herniar lipsește în hernia:
- A. Inghinală congenitală
 - B. Ombilicală
 - C. Inghinală prin clivaj
 - D. Perineală
 - E. Diafragmală posttraumatică
10. CM Pseudostrangularea la un purtător de hernie se manifestă în următoarele situații:
- A. Colecistita acută gangrenoasă cu peritonită difuză
 - B. Pancreatita pseudotumorală
 - C. Ulcerul gastroduodenal perforat
 - D. Apendicita acută perforativă
 - E. Perforația atipică a ulcerului duodenal
11. CM Tratatamentul conservativ (bandajul) al herniei este indicat:
- A. În caz de refuz categoric al pacientului la operație
 - B. În hernia reponibilă
 - C. Când intervenția chirurgicală este contraindicată
 - D. În herniile ireductibile
 - E. În hernia inghinală strangulată la vâstnic
12. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la herniile inghinale oblice:
- A. Sacul herniar poate coborî în scrot
 - B. Sacul se extinde anterio-medial de cordonul spermatic
 - C. Sacul se află medial de vasele epigastrice inferioare
 - D. Sacul se extinde lateral de cordonul spermatic

- E. Este mai rar bilaterală decât cea directă
13. CM Dacă la deschiderea sacului herniar vom depista o ansă de culoare roșie închisă, dilatată cu seroasa fără luciu și cu sufuziuni în regiunea șanțului de strangulare, vom constata:
- A. Stadiul de congestie
 - B. Stadiul de ischemie
 - C. Stadiul de gangrenă
 - D. Stadiul de perforație
 - E. Reversibilitatea schimbărilor morfopatologice
14. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la herniile strangulate:
- A. Toate sunt asociate cu stoparea tranzitului intestinal
 - B. Hernia femurală are o rată de strangulare mai mare decât a liniei Spiegel
 - C. Strangularea la copii lipsește
 - D. Hernia Brock nu se caracterizează prin ischemie
 - E. În hernia Maydl suferă numai ansa aferentă
15. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la hernia inghinală prin alunecare pe stânga:
- A. Porțile herniare sunt mari
 - B. Conține întotdeauna numai intestin subțire
 - C. Colonul sigmoid este un perete al sacului herniar
 - D. Nu strangulează niciodată
 - E. Este însoțită de dereglare a micțiunii
16. CM În herniile inghinale directe scopul major al operației este plastia peretelui posterior al canalului inghinal. Dintre cele enumerate mai frecvent sunt folosite procedeele:
- A. Bassini
 - B. Girard-Spasokukotsky
 - C. Postempsky
 - D. Kimbarovsky
 - E. Martynov
17. CS În tratamentul herniilor femurale care procedeu de plastie prevede consolidarea peretelui posterior al canalului inghinal?
- A. Rudji
 - B. Postempsky
 - C. Rudji-Parlavecchio
 - D. Lexer
 - E. Bassini
18. CS În herniile ombilicale la copii cu inel herniar până la 3 cm mai preferabilă este metoda de plastie:

- A. Mayo
 - B. Bassini
 - C. Sapejko
 - D. Lexer
 - E. Martynov
19. CM Indicați care pot fi complicațiile herniilor:
- A. Coprostaza
 - B. Prostatita
 - C. Strangularea
 - D. Flegmonul sacului herniar
 - E. Ireductibilitatea
20. CM În hernia strangulată Richter constatăm:
- A. Tranzit intestinal păstrat
 - B. Vărsături
 - C. Tumoră ireductibilă la nivelul zonei herniare respective
 - D. Oprirea tranzitului intestinal
 - E. Febră la debut
21. CM Indicați două semne ale herniei inghinale congenitale:
- A. Nu coboară nici odată în scrot
 - B. Se întâlnește numai la copii
 - C. Porțile herniare sunt mari
 - D. Evoluează într-o hernie inghino-scrotală
 - E. Sacul herniar conține testicul
22. CM Care organe cel mai frecvent herniază:
- A. Vezica urinară
 - B. Epiploonul
 - C. Colonul ascendent
 - D. Intestinul subțire
 - E. Prostata
23. CM Durerea într-o hernie reponibilă poate fi:
- A. Sub forma de greutate sau jenă dureroasă
 - B. Violentă
 - C. Colicativă
 - D. Se accentuează la efort fizic
 - E. Poate absentă
24. CM Diagnosticul diferențial al herniei inghino-scrotale se face cu:

- A. Hidrocelul
 - B. Varicocelel
 - C. Bubonocelul
 - D. Tumora epididimo-testiculară
 - E. Adenopatia inghinală
25. CM Alegeți trei semne clinice ale herniei inghinale directe:
- A. Coboară în scrot
 - B. Prezintă o tumoră de formă rotundă
 - C. Nu coboară în scrot
 - D. Mai frecvent apare la tineri
 - E. Frecvent este bilaterală
26. CM Alegeți afirmațiile corecte referitoare la hernia inghinală reponibilă oblică:
- A. Poate coborî în scrot
 - B. pulsația arterei epigastrice se află lateral de sacul herniar
 - C. pulsația arterei epigastrice e situată medial de sacul herniar
 - D. Expansiune la tuse
 - E. Cordonul spermatic de obicei este localizat lateral de sacul herniar
27. CM Care dintre variantele enumerate sunt hernii externe?
- A. Hernia femurală
 - B. Hernia ombilicală
 - C. Hernia diafragmală
 - D. Hernia lombară
 - E. Hernia inghino-scrotală
28. CM Care sunt semnele unei hernii strangulate ombilicale cu interesarea unei anse intestinale?
- A. Tumoră herniară tensionată și dureroasă
 - B. Oprirea tranzitului pentru materii și gaze
 - C. Ireductibilitate apărută brusc
 - D. Durere la nivelul cordonului spermatic
 - E. Vărsături
29. CM Care situații nu se încadrează în hernia Maydl?
- A. Strangularea retrogradă în "W"
 - B. Sacul herniar la deschidere conține două anse intestinale strangulate
 - C. Hernierea diverticului Meckel
 - D. Hernierea apendicelui vermicular
 - E. Strangularea parietală a intestinului
30. CM Care dintre tipurile de hernii poate interesa mai multe anse intestinale?

- A. Hernia Littre
 - B. Hernia Richter
 - C. Hernia femurală
 - D. Hernia Maydl
 - E. Hernia ventrală
31. CM Care dintre gesturi prezintă riscuri și erori în hernia strangulată?
- A. Palparea tumorii herniare
 - B. Intervenția chirurgicală programată
 - C. Reducerea prin taxis
 - D. Tușeul rectal sau vaginal
 - E. Eliberarea la domiciliu din secția de internare a bolnavului după reducerea spontană a herniei
32. CM Care dintre gesturi pot prezenta riscuri în hernia ireponibilă?
- A. Palparea tumorii herniare
 - B. Intervenția chirurgicală de urgență
 - C. Reducerea prin taxis
 - D. Bandajul compresiv al porții herniare
 - E. Radiografia abdominală de ansamblu
33. CM Procedeele chirurgicale de refacere a peretelui abdominal în herniile ombilicale la adult includ:
- A. Rezecția organelor din sacul herniar
 - B. Rezecția sacului herniar
 - C. Sutura colului sacului herniar
 - D. Hernioplastia Mayo
 - E. Aloplastia
34. CM Care sunt etapele tratamentului chirurgical în herniile reponibile?
- A. Mobilizarea sacului herniar
 - B. Repunerea conținutului sacului herniar
 - C. Rezecția parțială a epiploonului
 - D. Rezecția segmentară de intestin
 - E. Plastia porții herniare
35. CM În clasificarea herniilor inghinale hernia directă este o:
- A. Hernie inghinală congenitală
 - B. Hernie externă
 - C. Hernie internă
 - D. Hernie veritabilă (adevărată)
 - E. Hernie care nu coboară în scrot

36. CS Aforismul renumit “În fiecare caz de ocluzie intestinală să fie examinate porțile herniare în căutarea herniilor strangulate” îi aparține lui:
- A. Iudin
 - B. Spasokukotsky
 - C. Kukudjanov
 - D. Mondor
 - E. Bassini
37. CS Aoplastia Lichtenstein în tratamentul chirurgical al herniei inghinale prevede consolidarea peretelui canalului inghinal:
- A. Anterior
 - B. Posterior
 - C. Superior
 - D. Inferior
 - E. Lateral
38. CM Aoplastia Lichtenstein este utilizată în tratamentul chirurgical al herniilor:
- A. Ombilicale
 - B. Femurale
 - C. Inghinale
 - D. Liniei albe
 - E. Diafragmale posttraumatice
39. CM Sacul herniar lipsește în:
- A. Hernia inghinală congenitală
 - B. Exomfal
 - C. Hernia inghinală prin clivaj
 - D. Hernia perineală
 - E. Hernia diafragmală posttraumatică
40. CS Tratamentul conservativ al herniilor este indicat în caz de:
- A. Hernie ombilicală la nou născut
 - B. Hernie inghinală directă
 - C. Bubonocel
 - D. Hernie inghinală oblică intracanaliculară
 - E. Exomfal
41. CS Dintre cele enumerate indicați procedeul de plastie cel mai frecvent utilizat în tratamentul herniilor inghinale oblice:
- A. Bassini
 - B. Girard-Spasokukotsky

- C. Postempsky
 - D. Kukudjanov
 - E. Martynov
42. CS Metoda ortopedică de lichidare a herniei este indicată în:
- A. Hernii ireductibile
 - B. Hernii reductibile
 - C. Hernii ombilicale la nou-născuți
 - D. Hernii mici femurale
 - E. Hernii ombilicale la adulți
43. CS Diferențierea clinică a herniei inghinale de cea femurală se face în raport cu situarea defectului parietal față de:
- A. Ligamentul Gimbernati
 - B. Linia Malgaigne
 - C. Ligamentul Cooper
 - D. Funiculul spermatic
 - E. Vasele epigastrice
44. CM Orificiul intern al canalului femural este delimitat de:
- A. Vena femurală
 - B. Ligamentul Cooper
 - C. Ligamentul Gimbernati
 - D. Ligamentul Poupart
 - E. Ligamentul ombilical median
45. CS Apariția herniilor dobândite se datorează:
- A. Numai creșterii presiunii intraabdominale
 - B. Numai scăderii rezistenței peretelui abdominal
 - C. Creșterii presiunii intraabdominale și scăderii rezistenței peretelui abdominal
 - D. Factorului ereditar
 - E. Creșterii rezistenței peretelui abdominal
46. CS În oricare hernie deosebim:
- A. Poarta herniară, corpul herniei, conținutul herniei
 - B. Sacul herniar, conținutul herniei, colul herniar
 - C. Poarta herniară, conținutul herniei, sacul herniar
 - D. Gură, col, corp și fund
 - E. Col, corp, fund și conținutul herniei
47. CS Indicați organul care nu poate hernia:
- A. Intestinul subțire

- B. Intestinul gros
 - C. Stomacul
 - D. Pancreasul
 - E. Vezica urinară
48. CS Care hernii se numesc false?
- A. În care lipsește sacul herniar
 - B. În care lipsește conținutul sacului herniar
 - C. În care lipsește poarta herniară
 - D. În care lipsește poarta și sacul herniar
 - E. În care lipsește sacul și conținutul sacului herniar
49. CS Purtătorii de hernii acuză dureri:
- A. În locul ieșirii herniei, pe traiectul sacului herniar, în adâncul abdomenului
 - B. În locul ieșirii herniei, în adâncul abdomenului, în regiunea lombară
 - C. În adâncul abdomenului, în locul ieșirii herniei, în regiunea fundului sacului herniar
 - D. În locul ieșirii herniei, în abdomen, în organele genitale
 - E. În locul ieșirii herniei și în regiunea lombară
50. CM Indicați metodele paraclinice utilizate în diagnosticul herniilor ventrale voluminoase:
- A. Examinarea tranzitului intestinal prin pasaj baritat
 - B. Cistografia
 - C. Irigoscopia și irigografia
 - D. Laparoscopia
 - E. Fibroesofagogastroscoopia
51. CM Stadiul de congestie a intestinului strangulat se caracterizează prin:
- A. Oprirea circulației venoase
 - B. Distensie paralitică a ansei intestinale aferente
 - C. Edemul pereților intestinului
 - D. Tromboza sistemului venos
 - E. Hipersecreție în lumenul intestinului și transudație în sacul herniar
52. CS Herniile inghinale sunt situate în triunghiul:
- A. Petit
 - B. Venglovski
 - C. Iacobovici
 - D. Mayo-Robson
 - E. Mondor
53. CM Unul din pereții sacului herniei inghinale prin clivaj îl constituie:
- A. Vezica urinară

- B. Intestinul subțire
 - C. Cecul
 - D. Omentul mare
 - E. Uterul cu anexele sale
54. CS Orificiul intern al canalului femural este format din:
- A. Anterior - lig. Poupart, posterior - creasta pectiniană a ramurii orizontale a pubisului acoperită de lig. Cooper, medial - lig. lacunar Gimbernati și lateral - vena femurală
 - B. Anterior - lig. Poupart, posterior - lig. Gimbernati, medial - lig. Cooper, lateral - vena femurală
 - C. Anterior - lig. Poupart, posterior - lig. Cooper, medial - vena femurală, lateral - lig. Gimbernati
 - D. Anterior - lig. Poupart, posterior - lig. Gimbernati, lateral - lig. Cooper, medial - vena femurală
 - E. Posterior - lig. Poupart, anterior - lig. Gimbernati, lateral - lig. Cooper, medial - vena femurală
55. CS Indicați cea mai frecventă complicație a herniilor:
- A. Ireductibilitatea
 - B. Inflamația
 - C. Coprostaza
 - D. Strangularea
 - E. Tuberculoza sacului herniar
56. CS Când în sacul herniar depistăm 2 anse intestinale strangulate, iar a treia se află în cavitatea abdominală, este vorba de hernia:
- A. Richter
 - B. Littre
 - C. Brock
 - D. Maydl
 - E. Gheselbah
57. CS Strangularea intrasaculară are loc mai frecvent în:
- A. Herniile mari ombilicale
 - B. Herniile inghinale oblice
 - C. Herniile femurale
 - D. Herniile mici ombilicale și a liniei albe
 - E. Herniile liniei Spiegel
58. CS La cine mai frecvent se întâlnește strangularea stercorală?
- A. La adolescenți

- B. La femei
 - C. La bătrâni
 - D. La maturi
 - E. La copii
59. CS Unde sunt localizate mai frecvent herniile liniei albe:
- A. Mai sus de ombilic
 - B. Mai jos de ombilic
 - C. Mai sus de linia Malgaigne
 - D. Pe linia Spiegel
 - E. Pe linia Douglas
60. CS Strangularea stercorală are loc în herniile cu porțile:
- A. Largi
 - B. Înguste
 - C. Formate din țesut muscular
 - D. Congenitale
 - E. Formate din țesut conjunctiv
61. CS Operația Winckelmann este indicată:
- A. În hernia Gheselebah
 - B. În hernia femorală strangulată
 - C. În hernia congenitală inghinală oblică
 - D. În herniile voluminoase ombilicale
 - E. În hernia congenitală inghinală directă
62. CM Indicați procedeele de plastie a peretelui posterior al canalului inghinal:
- A. Bassini
 - B. Girard-Spasokukotsky
 - C. Postempsky
 - D. Martynov
 - E. Lichtenstein
63. CM Indicați procedeele în tratamentul herniilor femurale prin abord inghinal:
- A. Bassini
 - B. Rudji
 - C. Parlavecchio
 - D. Kukudjanov
 - E. Kimbarovsky
64. CM Indicați procedeele de plastie utilizate în tratamentul herniilor ombilicale:
- A. Roux-Oppel

- B. Lexer
 - C. Kukudjanov
 - D. Mayo
 - E. Sapejko
65. CS Care procedeu prevede plastia transversală a porții herniare în hernia ombilicală:
- A. Lexer
 - B. Sapejko
 - C. Kukudjanov
 - D. Mayo
 - E. Roux-Oppel
66. CM Ce include etapa a doua în cura herniei reponibile:
- A. Rezeția sacului herniar
 - B. Mobilizarea sacului herniar
 - C. Deschiderea sacului herniar
 - D. Rezeția parțială de epiploon
 - E. Refacerea peretelui abdominal
67. CS Plastia porții herniale după Parlavecchio prevede:
- A. Sutura mușchilor oblic abdominal intern și transvers la ligamentul Cooper și Poupart
 - B. Sutura ligamentului Poupart la ligamentul Cooper prin abord femural
 - C. Sutura ligamentului Poupart la ligamentul Cooper prin abord inghinal
 - D. Sutura marginii laterale a tecii mușchiului rect abdominal la ligamentul Cooper și Poupart
 - E. Sutura mușchiului transvers abdominal la ligamentul Cooper și Poupart
68. CS Peretele anterior al canalului inghinal este format de:
- A. Fascia transversală
 - B. Ligamentul Poupart
 - C. Aponevroza mușchiului oblic extern
 - D. Mușchiul oblic intern
 - E. Teaca mușchiului rect abdominal
69. CM Care hernii nu pot fi congenitale:
- A. Hernia inghinală oblică la bărbați
 - B. Hernia femurală la femei
 - C. Hernia inghinală oblică la nou-născut
 - D. Hernia diafragmală posttraumatică
 - E. Hernia inghinală directă
70. CM Ce afirmații referitoare la hernia femurală nu sunt corecte:
- A. Poate fi găsită mai des după strangulare

- B. Se întâlnește mai des la femeile obeze
 - C. Sacul herniar se află lateral de vena femurală
 - D. Este localizată mai jos de linia Malgaigne
 - E. Herniază prin foseta laterală
71. CM Care dintre afirmațiile enumerate nu sunt caracteristice pentru hernia inghinală directă:
- A. Mai des se strangulează
 - B. Niciodată nu coboară în scrot
 - C. Poate fi congenitală
 - D. Este o hernie de slăbiciune
 - E. Mai des este bilaterală
72. CM Indicați cu ce maladii cere diferențiere hernia inghinală:
- A. Hidrocelul
 - B. Varicocelul
 - C. Chistul și lipomul cordonului spermatic
 - D. Testicolul ectopic
 - E. Dilatarea varicoasă a crosei v.safene magna
73. CM Conform principiului etiopatogenetic deosebim hernii:
- A. Congenitale și dobândite
 - B. Ombilicale și epigastrale
 - C. Postoperatorii și posttraumatice
 - D. Recidivante și patologice
 - E. Reductibile și ireductibile
74. CS Dintre formele prezentate cel mai frecvent strangulează hernia:
- A. Femurală
 - B. Ombilicală
 - C. Inghinală directă
 - D. Inghinală oblică la bărbați
 - E. Liniei albe la copii
75. CM Viscerele cele mai frecvent strangulate în hernii sunt:
- A. Vezica urinară
 - B. Epiploonul
 - C. Colonul ascendent
 - D. Intestinul subțire
 - E. Apendicele
76. CM Selectați afirmațiile corecte caracteristice herniei strangulate la debut:
- A. În toate cazurile sunt asociate cu stoparea tranzitului intestinal

- B. Durere bruscă, violentă în regiunea herniei
 - C. Ireductibilitate rapidă a herniei
 - D. Creșterea rapidă a volumului herniei și tensionarea tegumentelor
 - E. În strangularea Maydl suferă numai ansele centrale
77. CM Herniile, din punct de vedere anatomo-topografic, pot fi:
- A. Inghinale
 - B. Congenitale
 - C. Ombilicale
 - D. Femurale
 - E. A liniilor Douglas, Spiegel
78. CM Selectați complicațiile rar întâlnite a herniilor:
- A. Tuberculoza herniară
 - B. Strangularea
 - C. Traumatismul herniei
 - D. Corpi străini ai herniei
 - E. Malignizarea
79. CM Care hernii sunt rar întâlnite:
- A. A liniei Douglas
 - B. Epigastrale
 - C. Perineale
 - D. A triunghiului Petit
 - E. A spațiului Grynfelt
80. CM Alegeți factorii care provoacă apariția herniilor postoperatorii:
- A. Supurația plăgii
 - B. Abuzul alimentar
 - C. Efortul fizic major
 - D. Reacția scăzută de regenerare a țesuturilor
 - E. Hemoragia în plagă în timpul operației primare
81. CS Modificările patologice maxime pe ansa intestinală strangulată este localizată:
- A. Pe ansa aferentă
 - B. Pe ansa centrală
 - C. Pe ansa eferentă
 - D. La nivelul șanțului de strangulare
 - E. Pe ansa aferentă și centrală
82. CS O hernie strangulată se operează:
- A. Ca urgență imediată

- B. Ca urgență amânată
 - C. Nu are nici o importanță momentul operației
 - D. Nu se operează
 - E. Când starea pacientului se ameliorează
83. CS În strangularea Richter diagnosticată târziu, evoluția este:
- A. Favorabilă
 - B. Spre ocluzie intestinală
 - C. Spre gangrena și perforația intestinului
 - D. Spre peritonită criptogenă
 - E. Spre retenție de urină
84. CM După semnele clinice herniile pot fi:
- A. Simple, reductibile (libere)
 - B. Congenitale
 - C. Ireductibile
 - D. Strangulate
 - E. Dobândite
85. CM Eviscerația abdominală poate fi cauzată de:
- A. Meteorism postoperator
 - B. Insuficiență renală
 - C. Pneumonie postoperatorie
 - D. Insuficiență cardiovasculară
 - E. Supurația plăgii postoperatorii
86. CM Leziunile vizibile în herniile strangulate sunt localizate:
- A. Pe ansa aferentă
 - B. Pe ansa centrală
 - C. Pe ansa eferentă
 - D. La nivelul șanțului de strangulare
 - E. Pe ansa aferentă și eferentă
87. CM Care dintre următorii factori determină apariția herniei:
- A. Constipația
 - B. Ascita
 - C. Bronșitele și pneumoniile cronice
 - D. Incontinența urinară
 - E. Sarcinile repetate
88. CM Ce afirmații sunt comune pentru herniile Maydl și Brock:
- A. Dureri la nivelul herniei

- B. Tumora herniară este indoloră
 - C. Aceste complicații sunt prezente la purtătorii de hernie
 - D. Oprirea tranzitului intestinal pentru materii și gaze
 - E. Sunt prezente durerile colicative
89. CS Procedul Lichtenstein este utilizat pentru consolidarea peretelui canalului inghinal:
- A. Anterior
 - B. Posterior
 - C. Lateral
 - D. Medial
 - E. Nu este utilizat în cura herniei inghinale
90. CS În care hernie strangulată sunt prezente semnele ocluziei intestinale:
- A. Richter
 - B. Littre
 - C. Brock
 - D. Maydl
 - E. Amyand
91. CM Care examinări paraclinice pot fi utilizate în herniile ventrale pentru aprecierea conținutului sacului herniar:
- A. Radiografia pe gol a abdomenului
 - B. Pasajul intestinal baritat
 - C. Irigografia
 - D. Cistografia
 - E. Laparoscopia
92. CS Strangularea Richter mai des se întâlnește în hernia:
- A. Femurală
 - B. Ombilicală
 - C. Liniei albe
 - D. Inghinală oblică externă
 - E. Inghinală directă
93. CM Indicați herniile situate superior de linia Malgaigne:
- A. Obturatorie
 - B. Inghinală oblică
 - C. Inghinală directă
 - D. Perineală
 - E. Femurală
94. CS Semnul patognomonic Moure-Martin-Gregoire este caracteristic pentru hernia:

- A. Ombilicală
 - B. Epigastrică
 - C. Inghinală oblică
 - D. Inghinală directă
 - E. Femurală
95. CM Care sunt condițiile anatomice și funcționale ce determină mecanismul producerii strangulării unei hernii:
- A. Prezența orificiului herniar
 - B. Prezența efortului brusc
 - C. Micșorarea presiunii abdominale
 - D. Încetarea bruscă a efortului
 - E. Relaxarea diafragmului
96. CM Indicați corect formele de strangulare a herniilor:
- A. Hernia Miculicz
 - B. Hernia Littre
 - C. Hernia Spiegel
 - D. Hernia Maydl
 - E. Hernia Brock
97. CS Indicați procedeul cel mai frecvent utilizat în tratamentul herniilor inghinale oblice:
- A. Bassini
 - B. Girard-Spasocucotsky
 - C. Postempsky
 - D. Martynov
 - E. Roux-Oppel
98. CS Apendicită acută diagnosticată în sacul herniar reprezintă hernia:
- A. Richter
 - B. Maydl
 - C. Littre
 - D. Amyand
 - E. Brock
99. CM Care din următoarele afirmații corespund herniei inghinale oblice:
- A. Nu coboară în scrot
 - B. Poate fi congenitală
 - C. Mai frecvent este bilaterală
 - D. Este întâlnită numai la femei
 - E. Este întâlnită mai frecvent la bărbați

100. CS Strangularea de tip Richter apare de obicei la pacienții cu:

- A. Poarta herniară de dimensiuni mici
- B. Poarta herniară de dimensiuni mari
- C. Poarta herniară gigantă
- D. În herniile cu pierdere a domiciliului
- E. Poarta herniară de dimensiuni medii

101. CS Care dintre patologiile enumerate contribuie la apariția herniilor inghinale?

- A. Insuficiența renală acută
- B. Ulcerul gastro-duodenal perforat
- C. Bronșita cronică obstructivă
- D. Infarctul miocardic
- E. Apendicita acută perforativă

102. CS Cel mai important factor de apariție a herniilor postoperatorii este:

- A. Pareza intestinală postoperatorie
- B. Cicatrizarea secundară a plăgii postoperatorii
- C. Înălțurarea precoce a sondei nazogastrice de decompresie
- D. Apariția aderențelor în cavitatea abdominală
- E. Vârsta înaintată a pacientului

103. CS Care este indicația absolută pentru intervenția chirurgicală de urgență la repunerea spontană a herniei strangulate?

- A. Apariția diareei
- B. Apariția semnelor peritoneale
- C. Creșterea tensiunii arteriale
- D. Scăderea tensiunii arteriale
- E. Apariția tahicardiei

104. CM După repunerea spontană a herniei strangulate este necesară:

- A. Monitorizarea în dinamică a pacientului
- B. Efectuarea de urgență a laparoscopiei diagnostice
- C. Laparotomia de urgență
- D. Herniotomia programată în lipsa semnelor peritoneale
- E. Herniotomia de urgență

105. CM Care sunt măsurile prioritare în cazul unei hernii strangulate cu o durată mai mare de 24 ore?

- A. Baia caldă
- B. Analgezicele cu scop de re poziționare a herniei
- C. Intervenția chirurgicală de urgență
- D. Reechilibrarea hidroelectrolitică pre- și postoperatorie

- E. Antibioticoterapia pre- și postoperatorie pentru profilaxia complicațiilor evolutive
106. CS Care hernie nu poate fi externă:
- A. Hernia inghinală oblică la bărbați
 - B. Hernia femurală la femei
 - C. Hernia oblică la nou-născut
 - D. Hernia diafragmală posttraumatică
 - E. Hernia inghinală directă
107. CS În herniile prin alunecare sacul herniar:
- A. Este reprezentat în totalitate de foița peritoneală parietală
 - B. Este format parțial de un viscer retroperitoneal
 - C. Lipsește
 - D. Are formă tubulară
 - E. În 90% nu are peritoneu
108. CS Indicați cea mai gravă complicație a herniilor:
- A. Ireductibilitatea
 - B. Inflamația
 - C. Coprostaza
 - D. Strangularea
 - E. Tuberculoza sacului herniar
109. CS Selectați denumirea corectă de hernie, ce se caracterizează prin strangularea parietală antimezocolică:
- A. Littre
 - B. Richter
 - C. Brock
 - D. Diafragmală
 - E. Multicamerală
110. CM Enumerați cele trei semne ce caracterizează hernia inghinală congenitală:
- A. Porțile sunt mari
 - B. Sacul herniar conține testiculul
 - C. Se întâlnește la femei
 - D. Evoluează în hernie inghino-scrotală
 - E. Se accentuează la efort fizic

Herniile (răspusuri):

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

OCLUZIA INTESTINALĂ (teste)

1. CS Durerea în ocluzia intestinală prin strangulare poate fi:
 - A. Continuă, puternică, dramatică
 - B. Colicativă
 - C. Doar o senzație de vagă durere difuză
 - D. Intermitentă sub formă de "colici de luptă"
 - E. Nu este specifică
2. CS În ocluzia intestinală semnul Schlinge se caracterizează prin:
 - A. Prezența clapotajului de asupra ansei balonate
 - B. Zgomotul picăturii în cădere
 - C. Timpanism pronunțat de asupra asimetriei
 - D. Prezența ampulei rectale lărgite și goale
 - E. Prezența hiperperistaltismului prin zgomote vii, frecvente care se aud la distanță
3. CS În debutul ocluziei intestinale o distensie generalizată a anselor intestinale fără imagini hidroaerice la examenul radiologic mărturisește despre:
 - A. Ocluzia intestinală dinamică
 - B. Volvulusul sigmoidian
 - C. Hernia inghinală strangulată
 - D. Sindromul Bouveret
 - E. Ocluzie provocată de cancerul de cec
4. CM Despre eficacitatea tratamentului complex al ileusului dinamic ne mărturisește, în primul rând:
 - A. Lipsa febrei
 - B. Încălzirea tegumentelor
 - C. Dispariția eliminărilor de stază pe sonda nasogastrică
 - D. Restabilirea peristaltismului
 - E. Normalizarea leucocitelor
5. CS Ocluzia pe intestinul subțire este prezentată radiologic prin:
 - A. Evidențierea haustrațiilor
 - B. Multiple imagini hidroaerice localizate central
 - C. Imagini hidroaerice localizate lateral
 - D. Aspect de "anvelopă de bicicletă"
 - E. Pneumoperitoneum
6. CS Simptomul major de diferențiere între deshidratarea intracelulară și cea extracelulară este:
 - A. Hipotonia arterială
 - B. Setea chinuitoare

- C. Tahicardia
 - D. Meteorismul pronunțat
 - E. Oliguria
7. CS Semnul Sklearov în ocluzia intestinală se caracterizează prin:
- A. Timpanism pronunțat de asupra locului asimetric
 - B. Rezistența elastică a peretelui abdominal
 - C. Balonare asimetrică a abdomenului
 - D. Prezența clapotajului de asupra ansei balonate
 - E. Zgomotul “picăturii în cădere”
8. CM Sarcinile principale în tratamentul ocluziei intestinale mecanice sunt următoarele:
- A. Înlăturarea cauzei ocluziei
 - B. Antibioticoterapia
 - C. Restabilirea peristaltismului intestinal
 - D. Reducerea distensiei intestinale
 - E. Reechilibrarea hidroelectrolitică
9. CS Durerea abdominală paroxistică însoțită de vărsături, formațiune tumorală alungită paraombilicală și eliminări rectale sangvinolente, întâlnite la un copil, sugerează diagnosticul de:
- A. Apendicită acută pelviană
 - B. Enterocolită acută
 - C. Dezinterie
 - D. Invaginație intestinală
 - E. Volvulus de intestin subțire
10. CS Cea mai frecventă cauză a ocluziei intestinale la distanță la un bolnav laparotomizat este:
- A. Invaginația
 - B. Ileusul biliar
 - C. Bridele, aderențele
 - D. Corpii străini postoperatorii
 - E. Stenoza intestinală postoperatorie
11. CS Care semn caracterizează ileusul mecanic pe colonul ascendent:
- A. Semnul Bayer
 - B. Vărsăturile abundente
 - C. Oprirea completă a tranzitului intestinal pentru materii și gaze
 - D. Semnul Konig
 - E. Semnul Bouveret
12. CS Imagini hidroaerice mari, puține la număr și localizate lateral în asociere cu leucocitoză până la

15.000 sunt caracteristice mai mult pentru:

- A. Volvulusul sigmoidian
- B. Ocluzia prin obstrucție pe intestinul gros
- C. Ocluzia pe intestinul subțire
- D. Hernia inghinală strangulată
- E. Infarctul enteromezenteric

13. CS Durerea în ocluzia intestinală mecanică prin obstrucție este:

- A. Vagă
- B. Continuă
- C. Colicativă (paroxistică)
- D. Tranzitorie
- E. Arzătoare

14. CM Semnele clinice ale deshidratării extracelulare sunt următoarele:

- A. Uscăciunea și paliditatea tegumentelor
- B. Limba uscată și saburată
- C. Setea chinuitoare
- D. Grețurile și voma
- E. Hipotonia arterială, tahicardia

15. CS Indicați ileusul dinamic prezent în pleurezii, fracturi vertebrale, hematom retroperitoneal:

- A. Toxic
- B. Reflexogen
- C. Metabolic
- D. Neurogen
- E. Spastic

16. CS În caz de necroză a ansei intestinale în ocluzia pe intestinul subțire limita rezecției pe ansa eferentă de la marginea vizibilă a necrozei se va efectua la:

- A. 30 - 40 cm
- B. 10 - 15 cm
- C. 15 - 20 cm
- D. 5 - 10 cm
- E. 40 - 50 cm

17. CS Ileusul biliar este o ocluzie prin:

- A. Invaginație
- B. Volvulus
- C. Compresiune

- D. Obstrucție
 - E. Spasmare a muscularei intestinului
18. CM La constituirea sectorului III lichidian patologic în ocluzia intestinală contribuie următoarele fenomene:
- A. Transudarea lichidului în lumenul intestinului de asupra obstacolului
 - B. Staza gastrică
 - C. Transudarea lichidului în peretele intestinului
 - D. Absorbția excesivă în intestinul mai jos de obstacol
 - E. Transudarea lichidului în cavitatea peritoneală
19. CS La devolvularea intestinului subțire s-a constatat necroza unui segment al ileonului. Limita rezeceției ansei necrotizate în direcția cranială (ansa aferentă) va trece la distanța de la marginea vizibilă a necrozei:
- A. 10 - 15 cm
 - B. 20 - 30 cm
 - C. 5 - 10 cm
 - D. 30 - 40 cm
 - E. 15 - 20 cm
20. CS Semnul König este caracteristic pentru perioada precoce a ocluziei intestinale și se manifestă prin:
- A. Zgomotul "picăturii în cădere"
 - B. Distensia cecului
 - C. Peristaltism intestinal vizibil la inspecție
 - D. Selențium abdominal
 - E. Meteorism abdominal asimetric
21. CS Imaginile hidroaerice centrale sunt caracteristice pentru:
- A. Sindromul Bouveret
 - B. Ocluzia prin cancer al sigmoidului
 - C. Ocluzia pe intestinul subțire
 - D. Pancreatita acută
 - E. Stenoza pilorică
22. CM Cele mai informative metode în diagnosticul ocluziei mecanice pe intestinul subțire sunt:
- A. Proba Schwartz
 - B. Ultrasonografia abdominală
 - C. Irigoscopia
 - D. Laparoscopia

- E. Radiografia abdominală de ansamblu
23. CS În ocluzia pe intestinul gros cea mai eficace metodă de diagnostic este:
- A. Proba Schwartz
 - B. Irigografia
 - C. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - D. Tomografia computerizată
 - E. Laparoscopia
24. CS Semnul Bayer se manifestă prin:
- A. Balonarea simetrică a abdomenului
 - B. Balonarea asimetrică pe flancul lateral drept al abdomenului
 - C. Zgomote hidroaerice pe flancul stâng
 - D. Balonarea asimetrică a abdomenului cu axa orientată dinspre fosa iliacă stângă spre hipocondrul drept
 - E. Eliminări sangvinolente din rect
25. CS Sindromul Bouveret se caracterizează prin vărsături insistente, alterarea stării generale a bolnavului și se întâlnește în:
- A. Infarctul mezenteric
 - B. Cancerul cecului
 - C. Ileusul biliar
 - D. Ileusul postoperator
 - E. Hernia strangulată
26. CM Indicați cele 2 măsuri ce se efectuează pre-, intra- și postoperator în tratamentul ocluziei intestinale mecanice:
- A. Suprimarea cauzei
 - B. Restabilirea funcției de absorbție a intestinului
 - C. Reducerea distensiei intestinale
 - D. Reechilibrarea hidroelectrolitică
 - E. Asanarea și drenarea cavității abdominale
27. CM În care ocluzie intestinală, de la debut se afectează vascularizarea segmentului implicat în procesul patologic?
- A. Volvulusul
 - B. Invaginația
 - C. Corpri străini intralumenali
 - D. Strangularea
 - E. Leziunile parietale inflamatorii specifice

28. CM În care ocluzie intestinală este prezent componentul ischemic:
- A. Ocluzia prin invaginație
 - B. Ocluzia prin volvulus
 - C. Ileusul biliar
 - D. Hernia strangulată
 - E. Ocluzia prin trihobezoari
29. CM Fiind o ocluzie intestinală joasă, volvulusul sigmoidian:
- A. Este precedat frecvent de colici sau crize subocluzive
 - B. Debutează brusc cu dureri în fosa iliacă stângă și distensie abdominală asimetrică
 - C. Tranzitul intestinal este întrerupt de la debutul bolii
 - D. Examenul radiologic al abdomenului arată o imagine aerică cu aspect de "anvelopă de bicicletă"
 - E. Provoacă vome frecvente
30. CM Care dintre următoarele cauze pot determina un ileus paralytic?
- A. Fitobezoarul
 - B. Colica nefretică
 - C. Peritonita
 - D. Volvulusul sigmoidian
 - E. Abcesul retroperitoneal
31. CM Principalele îngrijiri postoperatorii ale bolnavului cu ocluzie intestinală sunt:
- A. Reechilibrarea hidroelectrolitică
 - B. Analgezia
 - C. Imobilizarea la pat
 - D. Alimentarea precoce enterală
 - E. Stimularea peristaltismului intestinal
32. CM În ocluzia intestinală înaltă gazele se acumulează în lumenul intestinal:
- A. 70% din aerul înghițit
 - B. 100% în urma proceselor de fermentație a florei microbiene și reacțiilor biochimice ale sucurilor digestive
 - C. 70% în urma proceselor de fermentație a florei microbiene
 - D. 30% în urma reacțiilor biochimice ale sucurilor digestive
 - E. 30% în urma proceselor de fermentație a florei microbiene și reacțiilor biochimice ale sucurilor digestive
33. CM Decompresia intestinului balonat în ocluzia intestinală mecanică este utilă deoarece:
- A. Reduce ischemia intestinului

- B. Îndepărtează toxinele luminale
 - C. Previne sindromul Mendelson
 - D. Alterează pierderile ionilor de clor
 - E. Reduce pierderile de lichide
34. CM Indicați semnele radiologice caracteristice pentru ocluzia intestinală mecanică precoce înaltă:
- A. Imagini hidroaerice Kloiber
 - B. Pneumoperitoneum
 - C. Prezența arcadelor și tuburilor de orgă
 - D. Prezența plicelor semilunare
 - E. Prezența plicelor Kerkring
35. CM Ce semne caracterizează volvulusul sigmoidian:
- A. Oprirea completă a tranzitului intestinal pentru materii și gaze
 - B. Febra
 - C. Sânge la tușeul rectal
 - D. Prezența semnului Hocvag-Grekov
 - E. Asimetria abdomenului
36. CM Ce metode se vor utiliza pentru diagnosticarea ocluziei intestinale joase:
- A. Radiografia abdominală pe gol
 - B. Proba Schwartz
 - C. Rectoromanoscopia
 - D. FEGDS
 - E. Irigografia
37. CM Care afirmații de mai jos caracterizează ileusul biliar?
- A. Este o complicație a litiazei biliare
 - B. Se caracterizează prin semnele unei ocluzii intestinale prin obstrucție
 - C. Se poate manifesta prin aerobilie
 - D. Se confirmă prin irigografie
 - E. Este o atonie a vezicii biliare
38. CM Ocluzia intestinală mecanică joasă se caracterizează prin:
- A. Întreruperea precoce a tranzitului intestinal pentru materii și gaze
 - B. Febră
 - C. Vărsături precoce
 - D. Starea generală se menține satisfăcătoare timp îndelungat
 - E. Pneumoperitoneum
39. CM Care tipuri de ocluzie intestinală se poate rezolva conservativ?

- A. Ocluzia intestinală stercorală
 - B. Ocluzia prin strangulare
 - C. Ileusul biliar
 - D. Ocluzia aderențială
 - E. Ileusul postoperator
40. CS Indicați presiunea intraintestinală în normă:
- A. 2-4 cm H₂O
 - B. 6-8 cm H₂O
 - C. 10-12 cm H₂O
 - D. 14-16 cm H₂O
 - E. 18-20 cm H₂O
41. CS Care este cea mai frecventă cauză de ocluzie intestinală la batrâni:
- A. Fecaloamele
 - B. Neoplasmul de colon stâng
 - C. Invaginația
 - D. Neoplasmul de colon drept
 - E. Volvulusul de intestin subțire
42. CS La ce presiune intraluminală peretele intestinal devine permeabil pentru microbi și toxinele acestora care pot provoca șocul endotoxic:
- A. 10-15 cm H₂O
 - B. 20-25 cm H₂O
 - C. 30-40 cm H₂O
 - D. 50-60 cm H₂O
 - E. 65-70 cm H₂O
43. CS La ce nivel pe tubul digestiv în ocluzia intestinală lipsește meteorismul abdominal?
- A. În apropierea ligamentului Treitz
 - B. În zona de trecere a jejunului în ileon
 - C. În zona ileocecală
 - D. În zona unghiului lienal al colonului
 - E. În zona rectosigmoidiană la nivelul diafragmei pelviene
44. CS Indicați semnele radiologice ce confirmă ocluzia intestinală înaltă:
- A. Imagini hidroaerice localizate în regiunea centrală a abdomenului
 - B. Imagini hidroaerice rare cu diametrul transversal mare, localizate în regiunea periferică a abdomenului
 - C. Diametrul transversal al imaginilor hidroaerice este mic

- D. Imaginile hidroaerice sunt aranjate în „trepte de scară”
 - E. Prezența plicelor semilunare
45. CS. Care dintre tipurile de medicamente pot determina apariția ocluziei intestinale dinamice?
- A. Diureticele
 - B. Cardiotonicele
 - C. Drogurile
 - D. Laxativele
 - E. Cefalosporinele
46. CS. Diverticulul Meckel poate provoca următorul tip de ocluzie intestinală:
- A. Ocluzie dinamică
 - B. Volvulus de sigmoid
 - C. Ileus biliar
 - D. Ocluzie intestinală mecanică
 - E. Ocluzie intestinală joasă
47. CM. Ecografia abdominală în ocluzia intestinală înaltă prin obstrucție poate furniza următoarea informație:
- A. Balonarea anselor intestinale
 - B. Prezența pneumoperitoneului
 - C. Peristaltism paradoxal pendulat
 - D. Prezența plicelor semilunare
 - E. Edem parietal al anselor intestinale
48. CM. Indicați criteriile ultrasonografice ale ocluziei intestinale mecanice înalte:
- A. Observația simultană a segmentelor intestinale balonate și colabate
 - B. Lichid peritoneal liber
 - C. Masă peristaltică lichidiană
 - D. Prezența plicelor semilunare
 - E. Prezența fecaloamelor
49. CS. Întreruperea tranzitului intestinal pentru materii și gaze în ocluzia intestinală este:
- A. Precoce în ocluziile intestinale joase
 - B. Precoce în ocluziile intestinale înalte
 - C. Precoce în ileusul biliar
 - D. Tardivă în ocluzia intestinală la nivelul rectului
 - E. Nu este caracteristică
50. CM. Semnele clinice în ocluzia intestinală sunt:
- A. Durerea abdominală colicativă

- B. Voma
 - C. Oprirea tranzitului de materii și gaze
 - D. Meteorismul abdominal
 - E. Imaginile hidroaerice
51. CM. Examenul radiologic pe gol al abdomenului în ocluzia intestinală mecanică înaltă precoce prezintă:
- A. Imagini hidroaerice
 - B. Pneumoperitoneum
 - C. Distensia gazoasă a anselor intestinale
 - D. Imagini hidroaerice în ”trepte de scară”
 - E. Lichid liber în cavitatea peritoneală
52. CM Examenul radiologic pe gol al abdomenului în ocluzia intestinală înaltă precoce prin obstrucție prezintă:
- A. Distensie gazoasă a intestinului subțire
 - B. Imagini hidroaerice
 - C. Pneumoperitoneum
 - D. Aerobilie
 - E. Vizualizarea plicelor semilunare
53. CM. Decompresia intestinului balonat în ocluzia intestinală mecanică este utilă deoarece:
- A. Reduce ischemia intestinului
 - B. Îndepărtează toxinele lumenale
 - C. Facilitează instalarea peritonitei
 - D. Reduce riscul complicațiilor pulmonare
 - E. Previne sindromul Mendelson
54. CM. Cauzele ocluziei intestinale joase la vârstnici pot fi:
- A. Tromboza mezenterică
 - B. Cancerul de colon
 - C. Ileusul biliar
 - D. Volvulusul sigmoidian
 - E. Coprostaza
55. CM. Vărsăturile apar tardiv în evoluția ocluziilor intestinale:
- A. Înalte
 - B. Cauzate de calcul biliar
 - C. Paralitice
 - D. Joase

E. Prin invaginație

56. CM. Ocluziile non-ischemice sunt:

- A. Prin fitobezuar
- B. Prin obstrucție
- C. Prin strangulare
- D. Prin corp străin
- E. Prin compresie extrinsecă

57. CS În ocluzia intestinală prin strangulare poate fi încadrată ocluzia cauzată de:

- A. Tumoră retroperitoneală
- B. Invaginație
- C. Stenoză inflamatorie
- D. Atrezie
- E. Ileus paralytic

58. CM Indicați semnele clinice ale fazei terminale a ocluziei intestinale:

- A. Durerile abdominale diminuează
- B. Vărsături fecaloide
- C. Oligurie
- D. Peristaltism intestinal accentuat
- E. Hipotonie arterială

59. CS O femeie de 75 ani, care în antecedente a suportat intervenție chirurgicală pe abdomen, se prezintă de urgență pentru dureri abdominale și vărsături. Examenul radiologic denotă ocluzia pe intestinul subțire. Care este cauza mai probabilă a ocluziei în acest caz?

- A. Aderențe, bride
- B. Boala Crohn
- C. Tumoră a intestinului subțire
- D. Hernie inghinală strangulată
- E. Diverticulită

60. CS Indicați cea mai frecventă cauză de ocluzie intestinală mecanică la adult:

- A. Invaginația
- B. Volvulusul
- C. Hernia strangulată
- D. Ileusul biliar
- E. Fitobezoarul

61. CS Cea mai frecventă cauză de ocluzie intestinală la un bolnav laparotomizat este:

- A. Invaginația

- B. Ileusul biliar
 - C. Brida postoperatorie
 - D. Fitobezoarul
 - E. Volvulusul
62. CS Invaginația intestinală diagnosticată precoce la adult, se caracterizează prin următoarele semne, exceptând:
- A. Grețuri, vărsături
 - B. Dureri abdominale colicative
 - C. Contractură musculară
 - D. Tumoră palpabilă
 - E. Sânge la tușeul rectal
63. CS Ce afirmație referitoare la invaginația intestinală este corectă?
- A. Constă în torsionarea ansei pe o bridă
 - B. Nu afectează vascularizarea segmentului invaginat
 - C. Este cea mai frecventă la pacienții cu vârstă înaintată
 - D. Este mai frecventă la copii
 - E. Examenul radiologic nu constată patologie
64. CM Care dintre afirmațiile referitoare la ocluziile prin invaginație sunt adevărate:
- A. Sunt ocluzii dinamice
 - B. Sunt ocluzii prin obstrucție
 - C. Sunt favorizate de un mezou scurt
 - D. Apar datorită hiperperistaltismului intestinal
 - E. Prespune telescoparea segmentului intestinal
65. CS Extravazarea de lichide ce însoțește ocluzia intestinală nu se produce în:
- A. Lumenul intestinal
 - B. Peretele intestinal
 - C. Spațiul III
 - D. Cavitatea peritoneală
 - E. Cavitatea pleurală
66. CM Selectați cauzele ocluziei intestinale prin obstrucție:
- A. Ascaridoza
 - B. Patologiile intestinale congenitale
 - C. Tumorile benigne sau maligne intestinale
 - D. Infecțiile generalizate (sepsis)
 - E. Tumorile retroperitoneale

67. CM Ileusul paralic poate aparea în:
- A. Peritonită
 - B. Hipocalcemie
 - C. Sindromul toxico-septic
 - D. Infarctul entero-mezenic
 - E. Hipocaliemie
68. CM Cele mai precoce semne în ocluziile intestinale înalte sunt:
- A. Întreruperea tranzitului pentru materii și gaze
 - B. Încordarea peretelui abdominal
 - C. Durerile
 - D. Vărsăturile
 - E. Scăderea ponderală
69. CM Ocluziile intestinale dinamice sau funcționale se întâlnesc în următoarele situații:
- A. Traumatisme cranio-cerebrale
 - B. Volvulare
 - C. Invaginație
 - D. Infecții retroperitoneale
 - E. Fracturi de coaste inferioare
70. CS Irigosopia este indicată în ocluziile precoce joase și poate fi o metodă terapeutică în:
- A. Ocluzia precoce prin volvulare de sigmoid
 - B. Ocluzia prin neoplasm de rect
 - C. Ocluzia prin hernie inghinală strangulată
 - D. Ocluzia prin neoplasm de sigmoid
 - E. Ocluzia prin neoplasm de cec
71. CS Mecanismul ocluziei spastice poate fi declanșat printr-o serie de factori, exceptând:
- A. Porfirie
 - B. Intoxicațiile cu plumb
 - C. Diabetul compensat
 - D. Tabes dorsalis
 - E. Isteria
72. CS Ocluzia dinamică paralică avansată se caracterizează prin:
- A. Peristaltism accentuat
 - B. Prezența durerilor colicative
 - C. Oprirea tranzitului intestinal
 - D. Zgomote hidroaerice la auscultația abdomenului

E. Poliurie

73. CM În faza terminală a ocluziei intestinale se depistează:

- A. Abdomen plat
- B. Peristaltism exagerat
- C. Insuficiență poliorganică
- D. Tulburări electrolitice majore
- E. Prezența semnului Sklearov

74. CM Aspirația gastrointestinală în ocluzia intestinală prin strangulare cu rezecție de intestin subțire și anastomoză termino-terminală, urmărește câteva obiective:

- A. Ameliorează microcirculația intestinului
- B. Previne dehiscenta anastomozei
- C. Previne eviscerația plăgii
- D. Previne ocluzia paralică
- E. Previne pancreatita postoperatorie

75. CS Alegeți care dintre situațiile clinice descrise mai jos NU reprezintă o cauză de ocluzie intestinală mecanică:

- A. Strangularea herniară
- B. Corpii străini intraluminali
- C. Ocluzia spastică
- D. Volvularea intestinală
- E. Invaginația intestinală

76. CS Din punct de vedere topografic ocluziile intestinale pot fi:

- A. Acute
- B. Paralitice
- C. Cronice
- D. Joase
- E. Spastice

77. CS Care afirmație despre vome în ocluzia intestinală precoce este falsă:

- A. În ocluzia joasă sunt abundente
- B. Apar precoce în ocluzia înaltă
- C. Sunt tardive în ocluzia joasă
- D. Inițial sunt bilioase, apoi fecaloide
- E. Sunt însoțite de grețuri

78. CS Selectați afirmația falsă pentru ileusului biliar:

- A. Este determinat de pătrunderea unui calcul vezicular în tractul digestiv printr-o fistulă

- B. Evoluția clinică poate include: colică, febră, subicter, ocluzie
- C. Examenul radiologic pe gol poate evidenția un calcul radioopac
- D. Reprezintă o ocluzie intestinală înaltă
- E. Oprirea calculului în valvula Bauhin realizează sindromul Bouveret

79. CS Localizarea cea mai frecventă a invaginației este:

- A. Jejun-ileal
- B. Jejun-jejunal
- C. Ileo-ileal
- D. Ileo-ceco-colic
- E. Gastro-esofagian

80. CS În care tip de ocluzie intestinală distensia abdominală lipsește?

- A. Volvulusul de sigmoid
- B. Volvulusul de intestin subțire
- C. Ocluziile înalte duodeno-jejunale
- D. Ocluziile dinamice
- E. Ocluziile prin neoplasm colorectal stenozant

81. CS Indicați în care ocluzie intestinală starea generală rămâne mult timp nealterată?

- A. Volvulusul de intestin subțire
- B. Ocluziile înalte
- C. Volvulusul de sigmoid
- D. Invaginația intestinală
- E. Ocluziile prin neoplasm colorectal stenozant

82. CS Ocluzia intestinală prin cancer colonic este mai frecventă în:

- A. Cancerul de colon ascendent
- B. Cancerul de colon stâng
- C. Cancerul de unghi colic lienal
- D. Cancerul de unghi colic hepatic
- E. Cancerul de valvă ileo-cecală

83. CS Ileusul biliar este o:

- A. Ocluzie intestinală funcțională care însoțește colecistita gangrenoasă
- B. Ocluzie intestinală prin obstrucție cu calcul biliar
- C. Ocluzie dinamică în colecistopancreatita acută
- D. Ocluzie a coledocului terminal printr-un calcul biliar migrat din vezicula biliară
- E. Atrezie congenitală a coledocului

84. CM Aspectul radiologic în ocluzia intestinală joasă provocată de adenocarcinom este reprezentat prin:
- A. Aspect de “nisă”
 - B. Defect de umplere
 - C. Aspect de “mar mușcat”
 - D. Prezența imaginilor hidroaerice
 - E. Stenozarea lumenului intestinal
85. CM Diagnosticul pozitiv în ocluziile intestinale mecanice se face în baza:
- A. Semnelor clinice
 - B. Semnelor radiologice
 - C. Semnelor ecografice
 - D. Antecedentelor patologice ale bolnavului
 - E. Angiografiei mezenterice
86. CM Cauzele cele mai frecvente de invaginație intestinală la adult sunt:
- A. Fitobezuarii
 - B. Polipii
 - C. Leiomioamele
 - D. Enteritele
 - E. Traumatismele
87. CM Radiografia abdominală simplă în ocluzia intestinală evidențiază:
- A. Distensia gazoasă a anselor intestinale
 - B. Imaginile hidroaerice
 - C. Defectul de umplere
 - D. Îngustarea lumenului intestinal
 - E. Plicele semilunare
88. CM. Irigoscopia poate avea și rol terapeutic în:
- A. Cancerul sigmoidian
 - B. Invaginația iliocecală la copil
 - C. Hernia inghinoscrotală voluminoasă strangulată
 - D. Volvulusul sigmoidian
 - E. Atrezia rectului la copil
89. CM. Deshidratarea și hipovolemia în ocluzia intestinală este cauzată de:
- A. Ischemia peretelui intestinal
 - B. Extravazarea de lichide în lumenul intestinal
 - C. Extravazarea de lichide în peretele intestinal

- D. Extravazarea de lichide în cavitatea abdominală
 - E. Hipersecreția reflexă a mucoasei tubului digestiv
90. CM Ocluziile intestinale ischemice sunt:
- A. Prin invaginație
 - B. Prin obstrucție
 - C. Prin strangulare
 - D. Sindromul Bouveret
 - E. Cauzate de compresiuni extrinsece
91. CM Care dintre următoarele afirmații referitoare la ocluzia intestinală prin strangulare sunt corecte?
- A. Distensia abdominală apare în evoluție
 - B. Vărsăturile sunt precoce
 - C. Starea generală se alterează rapid
 - D. Încordarea musculară lipsește la debutul bolii
 - E. Irigografia apreciază starea intestinului
92. CM Diagnosticul clinic al ocluziei intestinale precoce înalte se pune în baza:
- A. Contractuii musculare a peretelui abdominal
 - B. Durerilor colicative în abdomen
 - C. Grețurilor și vomiei
 - D. Prezenței semnului Blumberg
 - E. Intreruperii din primele ore ale bolii a tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze
93. CM Modalitățile de decompresie a tractului digestiv în ocluzia intestinală sunt:
- A. Stentarea endoscopică a tumorii rectosigmoidiene
 - B. Puncția ecoghidată a ansei aferente
 - C. Instalarea sondei nazo-gastro-intestinale
 - D. Efectuarea lavajului intraoperator anterograd al colonului
 - E. Sigmoidostomia
94. CM .Indicați afirmațiile corecte cu privire la ocluzia intestinală prin cancer de colon:
- A. Frecvența mai mare a cancerului pe colonul drept decât pe cel stâng
 - B. Debut brusc cu vărsături frecvente
 - C. Examenul endoscopic de urgență este "standardul de aur" pentru diagnostic
 - D. Distensia abdominală asimetrică
 - E. În antecedente se constată scăderea ponderală, colici, diaree, constipație
95. CM Care dintre afirmațiile de mai jos sunt corecte cu privire la etiopatogenia ocluziei intestinale?
- A. Ocluziile dinamice sau funcționale recunosc cauze multiple care produc dezechilibre simpatico-parasimpatice

- B. Traumatismele cranio-cerebrale pot genera ocluzii intestinale
 - C. Intoxicațiile profesionale pot instala ocluzii intestinale dinamice
 - D. Compresiunile extrinseci nu pot produce ocluzii intestinale
 - E. Ocluziile prin strangulare interesează și vascularizarea segmentului afectat
96. CM Care dintre afirmații sunt adevărate referitor la simptomatologia ocluziilor intestinale joase prin obstrucție?
- A. Durerea apare la debutul bolii
 - B. Vărsăturile apar precoce
 - C. Distensia abdominală este semn constant
 - D. Abdomenul balonat tardiv poate prezenta semne peritoneale
 - E. Percuția evidențiază timpanism localizat sau generalizat
97. CM Selectați afirmațiile adevărate referitor la ocluziile intestinale?
- A. Ocluzia prin cancer este mai frecventă pe colonul stâng
 - B. Ocluzia prin strangulare debutează brusc
 - C. Volvulusul cel mai frecvent apare pe sigmoid
 - D. Invaginația intestinală se întâlnește mai des la vârstnici
 - E. Ocluzia meconială se întâlnește mai frecvent la adolescenți
98. CM Volvulusul de sigmoid este o ocluzie intestinală joasă, care se caracterizează prin:
- A. Debut brusc, cu dureri vii în fosa iliacă stânga
 - B. Stare generală satisfăcătoare
 - C. Meteorism asimetric, cu axul lung din fosa iliacă stângă spre hipocondrul drept
 - D. Întreruperea completă a tranzitului intestinal de la debut
 - E. Imagine hidroaerică "anvelopă de bicicletă"
99. CM Din punct de vedere etiopatogenic ocluziile intestinale se clasifică în:
- A. Dinamice
 - B. Înalte
 - C. Joase
 - D. Acute
 - E. Mecanice
100. CM Indicați metodele închise de decompresie intraoperatorie a tractului digestiv în ocluzia intestinală:
- A. Instalarea unei sonde rectale în ocluzia completă tumorală a colonului descendent
 - B. Deplasarea conținutului intestinal din ansa aferentă în cea eferentă după transectarea bridei
 - C. Instalarea unei sonde nazo-gastro-intestinale

- D. Enterotomie cu aspirația conținutului intestinal din ansa aferentă
 - E. Sigmoidostomia cu golirea intraoperatorie a intestinului de conținut
101. CM Indicați metodele deschise de decompresie intraoperatorie a tractului digestiv în ocluzia intestinală:
- A. Ileostomia cu golirea intraoperatorie a intestinului de conținut
 - B. Deplasarea conținutului intestinal din ansa aferentă în cea eferentă după transectarea bridei
 - C. Instalarea sondei nazo-gastro-intestinale
 - D. Enterotomie cu aspirația conținutului intestinal din ansa aferentă
 - E. Sigmoidostomia cu golirea intraoperatorie a intestinului de conținut
102. CS Selectați afirmația ce nu este caracteristică pentru invaginația ileo-colică:
- A. Eliminări sangvinolente din rect
 - B. Evoluție acută la copii
 - C. Formațiune de volum în fosa iliacă dreaptă
 - D. Dureri colicative abdominale
 - E. Se întâlnește preponderent la adulți
103. CM Selectați afirmațiile corecte, caracteristice pentru ocluzia intestinală acută joasă:
- A. Meteorism abdominal
 - B. Diaree
 - C. Vome multiple precoce
 - D. Constipații
 - E. Vome cu caracter fetid
104. CS Eliminările sangvinolente din rect sunt caracteristice pentru ocluzia intestinală
- A. Paralitică
 - B. Spastică
 - C. Prin invaginare
 - D. Aderențială
 - E. Prin strangulare
105. CM Enumerați dereglările ce apar în perioada precoce a ocluziei intestinale înalte:
- A. Hipercaliemia
 - B. Deshidratarea
 - C. Micșorarea hematocritului
 - D. Creșterea hematocritului
 - E. Hipocaliemia

**Ocluzia intestinală
(răspunsuri):**

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

LITIAZA BILIARĂ (teste)

1. CS. Indicați semnul clinic caracteristic litiazei biliare obstructive:
 - A. Febră marcantă
 - B. Vome multiple
 - C. Constipații
 - D. Icter
 - E. Masă tumorală palpabilă, dureroasă în hipocondrul drept
2. CS. Alegeți cea mai frecventă cauză a icterului în colecistita acută:
 - A. Hepatita virală
 - B. Spasmul sfincterului Oddi
 - C. Extinderea procesului inflamator în calea biliară principală
 - D. Edemul pancreatic
 - E. Coledocolitiază primară
3. CS. Fistula bilio-digestivă se traduce prin apariția unei comunicări a veziculei biliare cu organele învecinate. Cel mai des afectat este:
 - A. Stomacul
 - B. Duodenul
 - C. Ileonul
 - D. Colonul transvers
 - E. Jejunul
4. CS. Indicați tratamentul oportun în litiaza biliară cronică cu colică biliară:
 - A. Intervenție chirurgicală urgentă
 - B. Intervenție chirurgicală în urgență amânată
 - C. Numai tratament conservativ
 - D. Tratament chirurgical programat după cuparea colicii biliare cu spasmolitice
 - E. Laparoscopie diagnostică în urgență cu aprecierea tacticii curative
5. CS. În colecistita acută litiazică perforativă este pozitiv simptomul:
 - A. Berezniogovsky
 - B. Bartomie-Mihelson
 - C. Körte
 - D. Mondor

E. Blumberg

6.CS. Care din complicațiile litiazei biliare necesită intervenție chirurgicală în urgență chirurgicală în primele 2 ore de la spitalizare?

A. Coledocolitiaza

B. Fistula colecisto-coledociană

C. Pancreatita acută biliară

D. Colecistita acută distructivă complicată cu peritonită difuză

E. Icterul mecanic

7. CS. Colecistectomia anterogradă este indicată:

A. La pacienții vârstnici

B. La pacienții care prezintă icter

C. Când nu se diferențiază elementele triunghiului Callot

D. În hidropsul vezicular

E. În colangita acută

8. CS. Metoda activă noninvazivă cu o acuratețe de 90% de detectare a coledocolitiazii este:

A. USG abdominală

B. Tomografia computerizată fără contrastare

C. Laparoscopia

D. Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă

E. RMN în regim colangiografic

9. CS. Tactica medico-chirurgicală în colecistita litiazică cronică asociată cu pancreatită acută biliară constă în:

A. Colecistectomie tradițională cu drenarea coledocului în primele 24 ore de la debut

B. Colecistectomie laparoscopică în primele 24 ore de la debut

C. Colecistectomie laparoscopică cu drenarea coledocului în primele 24 ore de la debut

D. Tratament conservativ al pancreatitei acute până la regresie, cu colecistectomie amânată ulterioară

E. Colecistostomie programată

10. CS. Preferențial pentru prevenirea complicațiilor în litiaza colecistică asimptomatică este:

- A. Respectarea dietei și regimului alimentar
- B. Monitorizarea periodică a stării pacientului
- C. Colecistectomia programată
- D. Tratament simptomatic cu antispastice
- E. Colangiopancreatografia programată

11. CS Care dintre procedeele paraclinice enumerate nu este practicabil la un pacient cu bilirubinemia mai mare de 30 mmol/l?

- A. Colangiografia retrogradă endoscopică
- B. Ecografia abdominală
- C. Colangiografia transparietohepatică
- D. Colangiografia intravenoasă
- E. Scintigrafia biliară

12. CS Litiaza coledociană primară este consecința:

- A. Migrării calculilor din vezicula biliară în coledoc
- B. Unei fistule bilio-biliare
- C. Formării calculului biliar în coledoc
- D. Unei fistule bilio-digestive
- E. Colicii biliare

13. CS Care dintre complicațiile litiazei veziculare poate provoca ileusul biliar?

- A. Fistula colecisto-coledociană
- B. Fistula colecisto-duodenală
- C. Colecistita acută
- D. Colecisto-pancreatita acută
- E. Fistula colecisto-colică

14. CS O bolnavă în vârstă de 44 ani se internează cu dureri colicative în hipocondrul drept, febră, icter. Bilirubina totală este de 40 mmol/l. Ce explorare poate orienta diagnosticul?

- A. Colangiografia intravenoasă
- B. Colecistografia orală

- C. Radiografia abdominală pe gol
 - D. Scintigrafia hepatică
 - E. USG abdominală
15. CS Care este cea mai frecventă complicație a litiazei veziculare?
- A. Hidropsul vezicular
 - B. Icterul mecanic
 - C. Fistulele biliare
 - D. Colecistita acută
 - E. Cancerul vezicular
16. CS În colecistita acută litiazică intervenția chirurgicală se practică cel mai frecvent în:
- A. Primele 24-48 ore de la spitalizare
 - B. După 10 zile de la debutul bolii
 - C. După 6 săptămâni de la debutul bolii
 - D. După 3 luni de la debutul bolii
 - E. Programat – la „rece”
17. CS Triada simptomatică (durere, febră, icter) sugerează diagnosticul de:
- A. Litiază coledociană cu colangită
 - B. Hipercolesterolemie
 - C. Neoplasm de cap de pancreas
 - D. Hidrops al veziculei biliare
 - E. Pancreatită acută necrotico-hemoragică
18. CS Mecanismul de apariție a icterului hemolitic este:
- A. Eritropoeza ineficientă
 - B. Hemoliza intra- și extravasculară excesivă
 - C. Deficitul tranzitor de transferază hepatică
 - D. Infecțiile neonatale
 - E. Stricturile căilor biliare intrahepatice
19. CS Radiografia abdominală simplă efectuată la pacienții cu suferință biliară poate oferi date patognomonice pentru:
- A. Colangită acută
 - B. Dilatarea coledocului peste 2 cm

- C. Vezicula biliară de porțelan
 - D. Malformațiile veziculare
 - E. Chisturile coledociene
20. CS Identificați care dintre afirmații reprezintă un avantaj curativ al colangiopancreatografiei retrograde:
- A. Se poate efectua în primul trimestru de sarcină
 - B. Vizualizarea optimă a tractului biliar proximal
 - C. Se poate efectua în pancreatita acută
 - D. Posibilitatea efectuării sfincterotomiei endoscopice și îndepărtarea calculilor
 - E. Rezolvarea litiazei colecistului
21. CS Una dintre caracteristicile de mai jos nu corespunde colecistitei cronice sclero-atrofice:
- A. Vezicula conține bila de stază
 - B. Calculii pot lipsi, dacă a existat un pasaj coledocian
 - C. Există pericolecistită
 - D. Pereții sunt infiltrați sclero-lipomatoși
 - E. Reprezintă o formă anatomopatologică
22. CS Selectați complicația mecanică a litiazei biliare:
- A. Colecistita acută
 - B. Hidropsul vezicular
 - C. Pancreatita biliară
 - D. Stenoza oddiană
 - E. Cancerul vezicular
23. CS Icterul litiazic se caracterizează prin următoarele, cu excepția:
- A. Icterului tranzitor
 - B. Colicii care precede icterul
 - C. Se instalează fără a fi precedat de colică
 - D. Se instalează în primele 24 ore de la debutul bolii
 - E. Inițial se constată colorarea sclerelor și apoi a tegumentelor
24. CS Triada Villard-Charcot consta din:
- A. Durere, febră, hepatomegalie

- B. Durere, icter, hepatomegalie
 - C. Durere, febră, icter
 - D. Icter, semnul Courvoisier-Terrier, durere
 - E. Durere, hepatomegalie, splenomegalie
25. CS Care dintre procedeele terapeutice enumerate este cel mai indicat în tratamentul litiazei veziculare simptomatice?
- A. Disoluția chimică
 - B. Litotriția extracorporeală
 - C. Colecistostomia
 - D. Colecistotomia cu litextracție
 - E. Colecistectomia laparoscopică
26. CS Care dintre complicațiile litiazei veziculare se pot însoți de ileus biliar?
- A. Fistula bilio-biliară
 - B. Fistula bilio-cutanată
 - C. Fistula colecisto-duodenală
 - D. Vezicula biliară de porțelan
 - E. Hidropsul vezicular
27. CS Ce metodă paraclinică este optimă pentru diagnosticul litiazei veziculare?
- A. Radiografia abdominală simplă
 - B. Colecistografia orală
 - C. Colecistocolangiografia intravenoasă
 - D. Ecografia abdominală
 - E. Scintigrafia radioizotopică
28. CS Care este cea mai frecventă cauză de abdomen acut chirurgical de origine biliară?
- A. Fistula bilio-digestivă
 - B. Icterul mecanic
 - C. Fistula bilio-biliară
 - D. Colecistita acută
 - E. Hidropsul vezicular
29. CS Indicați elementul decisiv în diagnosticul pozitiv al litiazei veziculare:
- A. Prezența leucocitozei

- B. Prezența subicterului
 - C. Prezența durerii la nivelul hipocondrului drept
 - D. Vizualizarea ecografică a calculilor
 - E. Prezența suferinței de tip „non-ulcer dispepsia”
30. CS Selectați afirmația falsă privind etiopatogenia litiazei veziculare:
- A. Apare mai frecvent după vârsta de 40 ani
 - B. Apare mai frecvent la femei
 - C. Un rol important în litogeneză îl au staza și infecția
 - D. Scăderea concentrației de colesterol în bilă are rol litogenetic
 - E. Scăderea capacității de contracție a colecistului are rol litogenetic
31. CS Colectectomia laparoscopică este contraindicată în:
- A. Colectistita cronică microlitiazică
 - B. Colectistita acută
 - C. Prezența plastronului vezicular
 - D. Prezența leucocitozei
 - E. Când ecografia arată colecist cu pereți îngroșați
32. CS Peritonita biliară apărută în evoluția colecistitei acute este determinată de:
- A. Prezența unei fistule bilio-duodenale
 - B. Perforarea colecistului în peritoneul liber
 - C. Migrarea calculului în calea biliară principală
 - D. Prezența unei fistule colecisto-coledociene
 - E. Instalarea unui plastron vezicular
33. CS Tratamentul radical al litiazei biliare este:
- A. Disoluția chimică
 - B. Litotriția extracorporeală
 - C. Colectectomia
 - D. Litotriția percutanată
 - E. Colectostomia
34. CS Care dintre manifestările clinice sunt întâlnite în forma latentă a litiazei veziculare?
- A. Cu evoluție asimptomatică

- B. Colici biliare
 - C. Icter
 - D. Febră
 - E. Dispepsie non-ulceroasă
35. CS Instalarea colecistitei acute se datorează în primul rând:
- A. Colestazei în vezica biliară
 - B. Efectului iritant al acizilor biliari
 - C. Hidrolizei lipidelor în lumenul colecistului
 - D. Infecției
 - E. Ischemiei veziculei biliare
36. CS Prima manifestare a colecistitei acute litiazice este:
- A. Febra
 - B. Anorexia și voma
 - C. Colica biliară
 - D. Icterul
 - E. Vezicula biliară palpabilă în hipocondrul drept
37. CS Icterul în colecistita acută nu poate fi o urmare a:
- A. Hepatitei
 - B. Spasmului sfincterului Oddi
 - C. Infiltrației inflamatorii a căilor biliare
 - D. Blocului ductului cistic
 - E. Litiazei coledociene
38. CS Primele măsuri terapeutice în colecistita acută sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:
- A. Perfuziei intravenoase de lichide
 - B. Administrării analgezicelor
 - C. Administrării antibioticelor
 - D. Suprimării alimentației orale
 - E. Detoxifierii extracorporale
39. CS Pe parcursul intervenției laparoscopice pentru colecistită au fost relevate: o veziculă cu alterări morfologice brutale, aderențe strânse în regiunea infundibulo-cistică,

calea biliară principală mascată de procesul inflamator. În asemenea circumstanțe se recomandă:

- A. Colectectomia anterogradă
- B. Colectectomia retrogradă
- C. Colectostomia
- D. Colectectomia bipolară
- E. Conversia la laparotomie cu colectectomie tradițională

40. CS Indicație pentru coledocotomie în timpul operației pentru colecistita acută servește:

- A. Icterul în curs de evoluție sau în antecedente
- B. Colangita
- C. Calculii în ducturile biliare
- D. Colecistita nelitiazică fără patologie evidentă interesând căile biliare
- E. Hidropsul vezicular

41. CS Care dintre afirmațiile privind colecistita acută nelitiazică de mai jos este incorectă?

- A. Se instalează de obicei pe fondul diferitelor stări critice
- B. Patogenia rămâne incertă
- C. Manifestările clinice sunt identice cu cele ale colecistitei litiazice
- D. Se distinge prin evoluție favorabilă și tendință spre involuție spontană
- E. În tratament se admite o atitudine conservatoare

42. CS În colelitiaza asimptomatică este mai indicată:

- A. Evitarea oricăror măsuri de tratament
- B. Controlul periodic asupra stării bolnavului
- C. Medicația
- D. Colectectomia
- E. Tomografia computerizată abdominală

43. CS Pentru tratamentul calculilor reziduali ai coledocului metoda de elecție o constituie:

- A. Litextractia
- B. Aplicarea solvenților de contact

- C. Medicația
 - D. Litotriția extracorporală
 - E. Laparoscopia
44. CS Din consecințele posibile ale coledocolitiazii pericolul vital iminent îl prezintă:
- A. Obstrucția biliară cronică
 - B. Fistula bilio-digestivă
 - C. Ciroza biliară secundară
 - D. Hipertensiunea portală
 - E. Icterul obstructiv
45. CS Dintre factorii, care favorizează apariția angiolitei purulente, cel mai frecvent este:
- A. Strictura iatrogenă a căilor biliare extrahepatice
 - B. Neoplazmele coledocului
 - C. Coledocolitiază
 - D. Stenoza ampulei Vater
 - E. Pancreatita cronică
46. CS Măsurile necesare pentru reechilibrarea inițială în angiolita supurată nu includ:
- A. Interzicerea administrărilor perorale
 - B. Vitamina A
 - C. Vitamina K
 - D. Perfuziile intravenoase de lichide
 - E. Antibiotice
47. CS Dintre metodele de decompresie a căilor biliare în colangita litiazică este preferabil:
- A. Colecistostomia
 - B. Colecistectomia cu coledocotomie
 - C. Drenajul transparietohepatic
 - D. Papilosfincterotomia și litextrație
 - E. Drenajul nazo-biliar
48. CS Diagnosticul de certitudine al litiazii veziculare poate fi stabilit prin:
- A. Examen radiologic

- B. Angiografie
 - C. Ecografie
 - D. Scintigrafie hepato-biliară
 - E. Fibrogastroscoapie
49. CS Selectați afirmația corectă în ceea ce privește colecistostomia:
- A. Este tratamentul de elecție al litiazei biliare
 - B. Are o durată lungă și este riscantă
 - C. Este indicată la bolnavii tarați, cu risc anestezic major
 - D. Este tratamentul definitiv al litiazei coledociene
 - E. Necesită întotdeauna o anestezie generală și pneumoperitoneu
50. CS Peste ce valoare, grosimea pereților veziculari evidențiată ecografic, are semnificația unui proces acut?
- A. 2 mm
 - B. 3 mm
 - C. 4 mm
 - D. 5 mm
 - E. 6 mm
51. CS Prezența de imagini aeriice în peretele vezicular la examenul imagistic este sugestivă pentru:
- A. Fistulă colecisto-duodenală
 - B. Fistulă colecisto-colică
 - C. Anastomoza colecisto-gastrică
 - D. Colecistită perforată
 - E. Infecția cu anaerobi (colecistită emfizematoasă)
52. CS Indicați afirmația falsă referitoare la colecistita acută:
- A. Episodul poate surveni la 2-3 zile după o masa copioasă
 - B. Pot apărea semne de iritație peritoneală
 - C. După câteva zile de evoluție se constituie plastronul colecistic
 - D. Este exclusă prezența febrei
 - E. Se poate asocia cu colecist palpabil
53. CS Pneumobilia constatată la examenul radiologic simplu confirmă:

- A. Coledocolitiaza
 - B. Colecistita acută litiatică
 - C. Colecistita cronică litiatică
 - D. Fistula bilio-digestivă
 - E. Fistula gastro-colică
54. CS Selectați contraindicația pentru colangiopancreatografia retrogradă endoscopică:
- A. Pancreatita acută necrotică
 - B. Icterul mecanic
 - C. Coledocolitiaza
 - D. Litiata pancreatică
 - E. Pancreatita cronică
55. CS Mai frecvent calculii biliari sunt constituiți din:
- A. Colesterol
 - B. Cisteină
 - C. Bicarbonat
 - D. Acid uric
 - E. Oxalați
56. CS Ileusul biliar apare în rezultatul migrării unui calcul gigant printr-un orificiu fistular constituit între vezicula biliară și:
- A. Colonul transvers
 - B. Ileon
 - C. Cec
 - D. Duoden
 - E. Colonul descendent
57. CS Abcesele multiple intrahepatice apar de obicei în caz de:
- A. Hidrops vezicular
 - B. Colecistită cronică litiatică
 - C. Colangită acută purulentă
 - D. Strictura sfincterului Oddi
 - E. Pancreatită cronică biliară

58. CS Calea de pătrundere a procesului infecțios în cazul colangitei acute mai frecvent este digestivă retrogradă și are loc prin:
- A. Vena portă
 - B. Ductul coledoc
 - C. Vena cavă inferioară
 - D. Artera hepatică comună
 - E. Vasele limfatice
59. CM Care dintre metodele de investigație enumerate sunt mai frecvent utilizate pentru confirmarea colecistitei acute?
- A. Radiografia abdominală în ortostatism
 - B. Ultrasonografia
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Colescintigrafia
 - E. Laparoscopia
60. CM Ce poate servi drept indicație la colangiografie în cadrul intervenției pentru colecistita acută:
- A. Calculi de dimensiuni mari în vezicula biliară
 - B. Litiază de coledoc
 - C. Dilatarea căilor biliare
 - D. Angină pectorală
 - E. Icter în anamneză
61. CM Dintre cele enumerate mai jos sporesc riscul de leziuni intraoperatorii ale căilor biliare:
- A. Hemoragia intraoperatorie masivă
 - B. Variațiile și anomaliile în structura anatomică a căilor biliare
 - C. Manoperele în țesuturile modificate patologic
 - D. Tracțiunea veziculei în momentul ligaturării cisticului, investigația instrumentală a căilor biliare
 - E. Icter în anamneză
62. CM Care pot fi consecințele leziunilor iatrogene produse căilor biliare, neobservate intraoperator?

- A. Procesul septic intraabdominal
- B. Fistulele biliare externe
- C. Impermeabilitatea căilor biliare
- D. Angiocolita supurată
- E. Herniile interne

63. CM Complicațiile litiazei veziculare sunt:

- A. Infectioase
- B. Mecanice
- C. Dispeptice
- D. Hemoragice
- E. Degenerativ-neoplazice

64. CM În cazul ileusului biliar, care este locul cel mai frecvent în care se poate bloca un calcul, migrat prin fistulă:

- A. Duodenul
- B. Pilonul
- C. Flexura colică
- D. Valva ileo-cecală
- E. Coledocul

65. CM Forma dispeptică a unei litiaze veziculare este dominată de:

- A. Grețură
- B. Balonări postprandiale
- C. Icter
- D. Tulburări de tranzit
- E. Durere colicativă

66. CM Posibilitățile colangiopancreatografiei endoscopice retrograde în litiaza coledociană cu icter sunt:

- A. Permite explorarea arborelui biliar și pancreatic
- B. Permite diferențierea sindromului icteric
- C. Asigură stabilirea diagnosticului etiologic în icterele mecanice
- D. Permite efectuarea unei biopsii
- E. Este ușor de realizat la bolnavii cu rezecții gastrice tip Billroth II

67. CM Sindromul coledocian major (triada Charcot-Villard) include:
- A. Rezistența musculară
 - B. Febra
 - C. Dispepsia
 - D. Durerea
 - E. Icterul
68. CM Selectați elementele clinice sugestive pentru diagnosticul colecistitei acute?
- A. Dureri în hipocondrul drept
 - B. Febră
 - C. Contractura care precede colica biliară
 - D. Diaree
 - E. Icter
69. CM Care dintre următoarele tehnici reprezintă metode radical-curative de tratament ale litiazei veziculare?
- A. Colecistectomia laparoscopică
 - B. Colecistectomia pe cale deschisă
 - C. Colecistostomia
 - D. Litotriția percutană
 - E. Litotriția extracorporală
70. CM Ce afirmații referitoare la ileusul biliar sunt corecte?
- A. Clinic se manifestă prin ocluzie înaltă, obstacolul fiind, de cele mai multe ori, plasat la nivelul ileonului terminal
 - B. Calculul vezicular cu diametrul minim de 3-4 cm, părăsește colecistul trecând în duoden
 - C. Pe radiografia abdominală simplă se evidențiază prezența pneumobiliei
 - D. Radiologic se evidențiază ansa santinelă
 - E. Se însoțește de contractură musculară abdominală
71. CM Care sunt formele clinice litiazei veziculare cronice?
- A. Latentă
 - B. Ulceroasă
 - C. Dureroasă

- D. Dispeptică
 - E. Neoplazică
72. CM Selectați posibilitățile examenului ecografic în litiiza veziculară:
- A. Apreciază forma, volumul, pereții și conținutul colecistului
 - B. Furnizează informații despre starea pancreasului
 - C. Furnizează informații despre căile biliare intra- și extrahepatice
 - D. Evidențiază sindromul coledocian minor
 - E. Nu apreciază tactica chirurgicală
73. CM Durerea din colica biliară are următoarele caracteristici:
- A. Durerea este anticipată de febră
 - B. Sediul durerii este în hipocondrul drept cu iradiere în epigastru
 - C. Durerea poate iradia în umărul drept sau în vârful scapulei
 - D. Bolnavul este imobil, în poziție antalgică (“cocoș de pușcă”)
 - E. Greața și vărsăturile pot însoți sindromul dureros
74. CM În etiopatogenia litiazei veziculare sunt implicați următorii factori:
- A. Excesul colesterolului în compoziția bilei
 - B. Scăderea concentrației de acizi biliari și lecitină în bilă
 - C. Incapacitatea colecistului de a evacua eficient conținutul
 - D. Prezența nucleelor de precipitare (epiteliu, leucocite, germeni)
 - E. Implicarea testosteronului
75. CM Apariția litiazei biliare este favorizată de:
- A. Modificarea raportului componentelor biliare
 - B. Imposibilitatea colecistului de a evacua conținutul
 - C. Medicația antispastică
 - D. Staza și infecția
 - E. Sarcina sau priza îndelungată de contraceptive
76. CM Avantajele colecistectomiei laparoscopice sunt:
- A. Durere postoperatorie redusă
 - B. Rata redusă a complicațiilor în plagă (supurații, eventrații)
 - C. Scurtarea duratei de spitalizare
 - D. Diminuarea accidentelor și incidentelor intraoperatorii

- E. Reintegrarea profesională rapidă
77. CM Colica biliară prezintă următoarele caracteristici:
- A. Se însoțește de durere violentă cu exacerbări pe fondul unui sindrom dureros permanent
 - B. Sediul durerii este în hipocondrul drept cu iradiere epigastrică
 - C. Greața și vărsăturile sunt excluse
 - D. Sediul durerii este în epigastru cu iradiere posterioară
 - E. Este determinată de contractura tetaniformă a musculaturii netede veziculare
78. CM Următoarele semne clinice sugerează apariția complicațiilor în litiaza biliară:
- A. Febra
 - B. Voma repetată
 - C. Icterul
 - D. Hipotensiunea
 - E. Prezența unui infiltrat dureros la palpare în regiunea hipocondrului drept
79. CM Dintre complicațiile inflamatorii ale litiazei biliare fac parte:
- A. Colecistita acută flegmonoasă
 - B. Pancreatita acută biliară
 - C. Hidropsul vezicular
 - D. Angiocolita
 - E. Toate mai sus enumerate
80. CM. Tabloul clinic al colecistitei acute la vârstnici relevă următoarele particularități:
- A. Regresia totală a simptomatologiei după administrarea tratamentului medicamentos
 - B. Dureri locale nepronunțate cu prevalența simptomelor de intoxicație
 - C. Febră moderată în forme destructive
 - D. Simptome de iritare peritoneală neclare în asocierea complicațiilor
 - E. Diaree
81. CM. Colecistectomia retrogradă laparoscopică este practică în următoarele cazuri:
- A. Colecistita cronică litiazică
 - B. Colecistita acută litiazică catarală
 - C. Colecistita acută litiazică gangrenoasă perforativă

- D. Fistula colecisto-coledociană
 - E. Hidropsul vezicular
82. CM. Colangiografia intraoperatorie permite:
- A. Aprecierea prezenței și localizării calculilor în calea biliară principală
 - B. Constatarea comunicării veziculei biliare cu organele învecinate
 - C. Constatarea comunicării veziculei biliare cu calea biliară principală
 - D. Aprecierea permeabilității coledocului terminal
 - E. Lichidarea spasmului căilor biliare
83. CM. Sindromul Mirizzi reprezintă:
- A. Comunicarea veziculei biliare cu ductul hepatic comun
 - B. Comunicarea veziculei biliare cu ductul hepatic drept
 - C. Comunicarea veziculei biliare cu ductul coledoc
 - D. Comunicarea veziculei biliare cu duodenul
 - E. Comunicarea veziculei biliare cu colonul transvers
84. CM Laturile triunghiului Calot sunt reprezentate de:
- A. Ductul hepatic comun
 - B. Artera hepatică dreaptă
 - C. Artera cistică
 - D. Ductul cistic
 - E. Vena portă
85. CM. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică este indicată în:
- A. Colecistita acută litiazică fără icter
 - B. Dilatarea coledocului cu icter tranzitor
 - C. Icter în antecedente
 - D. Litiază coledociană suspectă
 - E. Colangită
86. CM Decompresia tractului biliar în cazul icterului mecanic poate fi efectuată prin:
- A. Papiosfincterotomie endoscopică
 - B. Colecistectomie
 - C. Colecistectomie cu drenarea tractului biliar
 - D. Drenare transparietohepatică a tractului biliar

- E. Drenare endoscopică nazo-biliară
87. CM Microlitiiza poate provoca următoarele nozologii:
- A. Pancreatita acută biliară
 - B. Icter mecanic tranzitor
 - C. Colica biliară
 - D. Ileusul biliar
 - E. Colecistita acută
88. CM Selectați indicațiile pentru conversie în colecistectomia laparoscopică:
- A. Proces aderențial subhepatic cu imposibilitatea diferențierii certe a elementelor anatomice
 - B. Colecistită acută flegmonoasă cu peritonită locală
 - C. Leziune iatrogenă a coledocului
 - D. Hemoragie iatrogenă intraoperatorie cu incapacitate de a fi controlată
 - E. Fistulă bilio-digestivă
89. CM. Este adevărat că în cazul colecistectomiei laparoscopice?
- A. Durata de spitalizare a pacienților poate fi de 1-4 zile
 - B. Cosmetic cicatricea postoperatorie este mai atractivă pentru pacienți
 - C. Perioada de recuperare este mai mică și ușoară
 - D. Costul tratamentului este mai ridicat, comparativ cu acesta în chirurgia clasică
 - E. Procedul este contraindicat pacienților cu vârsta peste 60 de ani
90. CM Dintre complicațiile precoce după colecistectomie fac parte:
- A. Peritonita biliară
 - B. Hemoragia intraabdominală
 - C. Supurația plăgii postoperatorii
 - D. Hernia postoperatorie
 - E. Hipertensiunea portală
91. CM Iatrogenia căilor biliare, nediagnosticată intraoperator, poate evolua spre:
- A. Peritonită biliară difuză
 - B. Icter mecanic
 - C. Colangită
 - D. Sepsis abdominal

- E. Bilom subhepatic
92. CM Pentru drenarea externă a căilor biliare sunt utilizate procedeele:
- A. Vishnevsky
 - B. Halstedt-Pikovsky
 - C. Kehr
 - D. Razdolsky
 - E. Lane
93. CM Selectați afirmațiile corecte în ileusul biliar:
- A. Prezintă manifestări clinice, caracteristice ocluziei intestinale superioare
 - B. Apare în rezultatul migrării unui calcul gigant
 - C. USG confirmă absența calculului în vezicula biliară
 - D. Radiografia de ansamblu relevă aerobilie
 - E. Irigografia este informativă
94. CM Cel mai des întâlnite bacterii în colecistita acută litiazică sunt:
- A. Escherichia coli
 - B. Staphylococcus aureus
 - C. Streptococcus
 - D. Helicobacter pylori
 - E. Bacteroidus
95. CM Selectați cauzele icterului mecanic prin obstacol intralumenal:
- A. Pancreatită cefalică pseudotumorală
 - B. Cancer de cap de pancreas
 - C. Litiază biliară
 - D. Hemobilie
 - E. Ampulom vaterian
96. CM În care dintre următoarele afecțiuni se indică colecistectomia laparoscopică?
- A. Hidropsul vezicular
 - B. Microlitiază biliară
 - C. Colecistita acută gangrenoasă
 - D. Dispepsia biliară
 - E. Cancerul veziculei biliare cu invazie hepatică

97. CM Care dintre semnele enumerate diferențiază colecistita acută de colica biliară?

- A. Febra
- B. Durerea în hipocondrul drept
- C. Prezența infiltratului subhepatic
- D. Vărsăturile
- E. Debutul după un prânz bogat în lipide

98. CM Indicați semnele tipice pentru hidropsul vezicular:

- A. Se palpează fundul veziculei biliare
- B. Este prezent plastronul subhepatic
- C. Bolnavul este febril
- D. Subicter sclero-conjunctival
- E. La USG este prezent calcul inclavat în regiunea infundibulo-cistică

99. CM Colecistita acută se poate complica cu:

- A. Peritonită
- B. Stenoză vateriană
- C. Plastron subhepatic
- D. Abces intrahepatic
- E. Fistulă bilio-digestivă

100. CM Selectați cauzele icterului mecanic:

- A. Tumora Klatskin
- B. Hemobilia
- C. Ampulomul Vaterian
- D. Ulcerul postbulbar
- E. Colangita sclerozantă primară

101. CM Un pacient în vârstă de 60 ani prezintă icter de 2 săptămâni, fără dureri abdominale. Vezicula biliară este mărită în volum la examenul ecografic. Selectați cauzele posibile:

- A. Coledocolitiaza
- B. Obstrucție coledociană prin pancreatită cronică
- C. Obstrucție coledociană prin neoplasm de pancreas cefalic
- D. Colecistita acută

- E. Hepatita alcoolică
102. CM Obstrucția completă a ducturilor biliare extrahepatice determină:
- A. Icter
 - B. Hiperbilirubinemie neimportantă
 - C. Bilirubinurie marcată
 - D. Scaune hiperchrome
 - E. Scaun acolic
103. CM Care dintre semne orientează diagnosticul de icter litiazic:
- A. Icter progresiv, apiretic
 - B. Icter tranzitor
 - C. Icter neînsoțit de durere
 - D. Colica precede icterul
 - E. Distensia veziculi este prezentă
104. CM Selectați explorările care confirmă deconectarea vezicii biliare:
- A. RMN
 - B. Ecografia Doppler color
 - C. Proba Schwartz
 - D. Scintigrafia biliară radioizotopică
 - E. Radiografia abdominală simplă
105. CM Marcați afirmațiile corecte referitor la scintigrafia radioizotopică:
- A. Identificarea precisă a calculilor biliari
 - B. Permite stabilirea volumului și contractibilității vezicii biliare
 - C. Identificarea precisă a obstrucției coledocului
 - D. Accesibilitate imediată a investigației
 - E. Identificarea obstrucției coledocului
106. CM Care dintre acuze sunt specifice pacienților cu litiază biliară:
- A. Colica biliară
 - B. Grețuri și vărsături
 - C. Eructații
 - D. Dispepsie
 - E. Febră

107. CM Avantajul ecografiei abdominale în litiaza veziculară rezida la următoarele:
- A. Oferă întotdeauna date corecte despre coledoc
 - B. Este neinvazivă
 - C. Se poate face și la bolnavii cu icter
 - D. Se poate repeta la nevoie
 - E. Oferă informații despre organele adiacente ce ar putea fi implicate în suferința biliară
108. CM Pregătirea preoperatorie a pacienților cu icter include:
- A. Corecția coagulopatiei
 - B. Antibioterapie profilactică
 - C. Cardiotonice la vârstnici
 - D. Decompresia căilor biliare
 - E. Corecția dezechilibrelor hidroelectrolitice
109. CM Selectați caracteristicile icterului din sindromul coledocian:
- A. Apare primul în cadrul triadei Charcot
 - B. Colorația sclerelor și ulterior a tegumentelor
 - C. Urinele sunt hipercrome
 - D. Apare bradicardia
 - E. Scaunele sunt acolice
110. CM Selectați afirmațiile corecte privind compoziția calculilor biliari:
- A. Calculii de colesterol sunt galbeni
 - B. Calculii de colesterol au aspect muriform
 - C. Calculii pigmentari sunt maro
 - D. Calculii micști sunt cel mai frecvent întâlniți
 - E. Calculii din bilirubinat de calciu sunt varietatea cea mai des întâlnită
111. CM Calculii biliari de colesterol pur au următoarele caracteristici:
- A. Culoare maronie
 - B. Culoare galbenă
 - C. Aspect muriform
 - D. În Europa se situează pe locul 2 ca frecvență
 - E. Mici negri

112. CM Printre simptomele de angiololită supurată două cele mai constante se înregistrează:
- A. Febra
 - B. Durerile în abdomen
 - C. Icterul
 - D. Șocul septic
 - E. Dereglările cerebrale
113. CM Ce complicații inflamatorii pot surveni în litiaza veziculară?
- A. Pancreatita biliară
 - B. Hidropsul vezicular
 - C. Fistula biliară internă
 - D. Colecistita acută
 - E. Stenoza Oddiană
114. CM Pericolul sporit al colecistitei acute la vârstnici este condiționat de:
- A. Evoluția oligosimptomatică a bolii
 - B. Caracterul progresiv al afecțiunii
 - C. Rata înaltă a formelor distructive
 - D. Diagnosticul ecografic imprecis
 - E. Terenul pe care evoluează afecțiunea
115. CM Colangiografia transparietohepatică poate induce următoarele complicații:
- A. Hemoragie intraabdominală
 - B. Biliragie intraabdominală
 - C. Pancreatită acută
 - D. Leziunea colonului descendent cu peritonită
 - E. Leziunea veziculei biliare
116. CM Cele mai informative metode în diagnosticul icterului mecanic sunt:
- A. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
 - B. Colangiografia perorală
 - C. Scintigrafia ficatului
 - D. RMN în regim colangiografic
 - E. Tomografia computerizată

117. CM Apariția sindromului icteric în caz de colecistită acută litiatică poate fi explicat prin:

- A. Coledocolitiază
- B. Insuficiență renală progresivă
- C. Edem al cefalopaneasului
- D. Colangită
- E. Perforația veziculei biliare

118. CM Factor cauzal al coledocolitiazii primare poate fi:

- A. Papilomul Vaterian
- B. Pancreatita cronică indurativă cefalică
- C. Pancreasul inelar
- D. Stenoza sfîcterului Oddi
- E. Colecistita acută litiatică

119. CM Care dintre manifestări clinice apărute la un bolnav purtător de calculi veziculari voluminoși poate sugera o complicație fistulară?

- A. Febra peste 38°C
- B. Sindromul icteric
- C. Angiocolita
- D. Ileusul intestinal
- E. Iritația peritoneală

120. CM Indicați procedeele chirurgicale care reprezintă metode radicale de tratament al litiazii veziculare:

- A. Colecistectomia retrogradă
- B. Colecistostomia laparoscopică
- C. Colangiografia retrogradă endoscopică
- D. Colecistectomia laparotomică
- E. Papilosfincterotomia endoscopică

121. CM Selectați care dintre următoarele pot fi cauza subicterului apărut în evoluția colecistitei acute:

- A. Litiata coledociană asociată
- B. Plastronul colecistic

- C. Angiocolita asociată
- D. Pancreatita asociată
- E. Fistula colecisto-duodenală

122. CM Selectați afirmațiile adevărate referitoare la etiopatogenia litiazei veziculare:

- A. Excesul de colesterol din bilă sau scăderea concentrației de acizi biliari și lecitină conduc la apariția nucleelor colesterinici precursori ai litiazei
- B. Sarcina determină o reducere a capacității de ejecție veziculară atrăgând staza consecutivă
- C. Insuficiența evacuatorie veziculară este una dintre cauzele favorizante ale litogenezei
- D. Staza și infecția au rol favorizant
- E. Hipercolesterolemia constituțională sau de cauză alimentară se însoțește, în toate cazurile, de o creștere a ratei colesterolului în bilă

123. CM Selectați indicațiile colangiografiei intraoperatorii în litiaza biliară:

- A. Episod icteric recent sau actual
- B. Diametrul căii biliare principale peste 10 mm
- C. Calculi veziculari mai mici de 5 mm, cu duct cistic larg
- D. Icter hemolitic
- E. Ciroza hepatică

124. CM Selectați afirmațiile corecte ce sugerează sindromul Bouveret:

- A. Radiologic – pneumoperitoneum
- B. Clinic – ocluzie înaltă prin obstrucție
- C. Intraoperator – fistulă colecisto-duodenală și obstrucție biliară la nivelul lig. Treitz
- D. Ecografic abdominal – pneumobilie
- E. Laborator – anemie

125. CM Ce forme morfopatologice poate îmbrăca colecistita cronică litiazică?

- A. Forma hiperplazică
- B. Forma catarală
- C. Forma sclero-atrofică
- D. Forma gangrenoasă
- E. Forma flegmonoasă

126. CM Dintre cele enumerate enunțați formele clinice ale litiazei veziculare:
- A. Latentă
 - B. Ulceroasă
 - C. Sclero-atrofică
 - D. Dureroasă
 - E. Cardiacă
127. CM Colectectomia laparoscopică este contraindicată la bolnavii:
- A. Peste 50 de ani
 - B. Care au suportat intervenții chirurgicale supramezocolice multiple
 - C. Obezi
 - D. Cu plastron vezicular
 - E. Sub 50 de ani
128. CM Ecografia abdominală poate aduce următoarele informații în litiaza veziculară:
- A. Apreciază forma, volumul, pereții și conținutul vezicii biliare
 - B. Decide abordul operator
 - C. Furnizează informații despre pancreas
 - D. Furnizează informații referitor la căile biliare
 - E. Evidențiază septurile și cudurile colecistului
129. CM Durerea din colica biliară are următoarele caracteristici:
- A. La debut este localizată în epigastru
 - B. Poate avea iradiere ascendentă și în epigastru
 - C. Poate iradia în umărul drept sau în vârful scapulei
 - D. Poate fi urmată de icter
 - E. Greața și vărsăturile pot însoți durerea
130. CM Reprezintă elemente de diagnostic pozitiv al colecistitei acute următoarele semne clinico-paraclinice:
- A. Semnul Blumberg
 - B. Edemul parietal al colecistului litiazic la USG abdominală
 - C. Dilatarea căilor biliare intrahepatice la ecografie
 - D. Icterul progresiv și persistent
 - E. Leucocitoza

131. CM Selectați complicațiile care pot apărea în evoluția colecistitei acute:
- A. Plastronul vezicular
 - B. Abcesul cavității veziculare (piocolecist)
 - C. Peritonita biliară
 - D. Abcesul subhepatic
 - E. Degenerarea malignă
132. CM Calculii veziculari pot fi:
- A. Urici
 - B. Colesterinici
 - C. Hemoglobinici
 - D. Oxalați
 - E. Micști (pigmenți biliari, proteine, mucus, calciu)
133. CS Enumerați componentele arborelui biliar:
- A. Ductul cistic și coledoc
 - B. Ductul coledoc și Wirsung
 - C. Căile biliare intrahepatice și extrahepatice
 - D. Căile biliare extrahepatice și papila Vater
 - E. Canalul hepatic comun și coledoc
134. CS Indicați conexiunea arborelui biliar prin ductul cistic:
- A. Vezica biliară cu căile biliare intrahepatice
 - B. Vezica biliară cu calea biliară principală
 - C. Vezica biliară cu duodenul
 - D. Vezica biliară cu colonul
 - E. Vezica biliară cu ductul Wirsung
135. CS Specificați indicația la colecistectomia programată:
- A. În toate cazurile de litiază biliară în lipsa contraindicațiilor absolute
 - B. În forma latentă a litiazei biliare
 - C. La prezența semnelor clinice ale litiazei biliare
 - D. La vârstnici
 - E. La persoanele până la 20 de ani

**Litiază biliară
(răspunsuri):**

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

PANCREATITA (teste)

1. CS Dintre cele enumerate șocul pancreatogen este determinat de:
 - A. Peritonita pancreatogenă
 - B. Comprimarea porțiunii distale a coledocului și apariția holemiei
 - C. Toxemia fermentativă
 - D. Hipertensia biliară
 - E. Ileusul intestinal dinamic
2. CM Pentru pancreatita acută necrotico-hemoragică sunt caracteristice următoarele simptome:
 - A. Hipertensiunea arterială
 - B. Vomele multiple
 - C. Semnul Mayo-Robson
 - D. Semnul Körte
 - E. Diminuarea peristaltismului intestinal
3. CS În diagnosticul pancreonecrozei cea mai informativă metodă instrumentală de diagnostic va fi:
 - A. Termografia
 - B. FEGDS
 - C. Amilaza urinei
 - D. Amilaza sângelui
 - E. Laparoscopia diagnostică
4. CS Selectați semnul care NU este caracteristic pancreatitei acute:
 - A. Durerea „în bară”
 - B. Voma incoercibilă
 - C. Hipertensiunea arterială în primele ore de la debutul maladiei
 - D. Colapsul
 - E. Tahicardia
5. CS Enumerați complicațiile pancreatitei acute, cu excepția:
 - A. Abcesului bursei omentale
 - B. Insuficienței hepato-renale
 - C. Pseudochistului pancreatic
 - D. Peritonitei fermentative
 - E. Colelitiazei
6. CS La un pacient cu pancreonecroză în antecedente (6 luni în urmă) s-a depistat clinic o formațiune tumorală în regiunea epigastrică și hipocondrul stâng de 15x20 cm, la palpare – dură, puțin dureroasă, fără episoade febrile. La FRGDS se determină prolabarea peretelui posterior al stomacului, cadranul duodenal fiind deformat. Stabiliți diagnosticul:

- A. Tumoră a colonului transvers
 - B. Tumoră a pancreasului
 - C. Pseudochist pancreatic
 - D. Polichistoză renală
 - E. Abces al bursei omentale
7. CS Către formele pancreatitei acute se referă următoarele, CU EXCEPȚIA:
- A. Pancreatita acută interstițială
 - B. Pancreatita cronică pseudotumorală
 - C. Pancreonecroza lipidică
 - D. Pancreonecroza hemoragică
 - E. Pancreatita acută infiltrativ-necrotică
8. CS În evoluția pancreatitei acute rolul decisiv aparține:
- A. Florei microbiene
 - B. Infiltrării plasmocitare
 - C. Agresiunii fermentative
 - D. Stazei venoase
 - E. Trombozei mezenterice
9. CS Petele de citosteatonecroză sunt rezultatul:
- A. Necrobiozei proteolitice a pancreatocitelor sub acțiunea tripsinei și hemotripsinei
 - B. Acțiunii elastazei asupra pereților venulelor
 - C. Acțiunii fermenților lipolitici asupra pancreatocitelor și țesutului adipos interstițial
 - D. Diminuării spontane a proceselor autolitice cu involuția focarelor de pancreonecroză microfocală
 - E. Asocierii infecției pe fondalul pancreatitei acute interstițiale
10. CM Pancreonecroza hemoragică este rezultatul:
- A. Sporirii permeabilității vasculare
 - B. Acțiunii elastazei asupra pereților venulelor
 - C. Acțiunii fermenților proteolitici asupra endoteliului vascular
 - D. Diminuării spontane a proceselor autolitice cu involuția focarelor de pancreonecroză microfocală
 - E. Asocierii infecției pe fondalul pancreatitei acute lipidice
11. CS Rezistența persistentă la palparea abdomenului în proiecția pancreasului în caz de pancreatită acută caracterizează semnul:
- A. Mayo-Robson
 - B. Körte

- C. Grey-Turner
 - D. Mondor
 - E. Voskresensky
12. CS FEGDS efectuată la pacienții cu pancreatită acută relevă:
- A. Starea papilei Vater
 - B. Confirmarea existenței pancreatitei acute
 - C. Localizarea procesului patologic în pancreas
 - D. Răspândirea procesului patologic în pancreas
 - E. Forma pancreatitei acute
13. CS Prezența durerii la palpare în regiunea unghiului costo-diafragmal stâng este semnul:
- A. Mayo-Robson
 - B. Körte
 - C. Grey-Turner
 - D. Mondor
 - E. Voskresensky
14. CS Echimozele pe flancurile abdominale laterale în pancreatita acută sunt caracteristice semnelui:
- A. Mayo-Robson
 - B. Körte
 - C. Grey-Turner
 - D. Mondor
 - E. Voskresensky
15. CS Apariția meteorismului la pacienții cu pancreatită acută este determinată de:
- A. Comprimarea duodenului de către cefalul pancreatic edemațiat
 - B. Vomele incoercibile
 - C. Pareza intestinală
 - D. Deficitul hormonilor pancreatici
 - E. Insuficiența fermentativă a glandei pancreatice
16. CS Imposibilitatea determinării pulsației aortei abdominale în epigastru în caz de pancreatită acută este caracteristică simptomului:
- A. Mayo-Robson
 - B. Körte
 - C. Kehr
 - D. Mondor
 - E. Voskresensky

17. CS Constatarea petelor de steatonecroză și a exudatului seros în cavitatea peritoneală la laparoscopia diagnostică confirmă diagnosticul de:
- A. Ulcer perforat
 - B. Pancreatită acută
 - C. Apendicită acută
 - D. Colecistită acută litiazică
 - E. Tromboză mezenterială
18. CM Principiile de tratament a pancreatitei acute prevăd:
- A. Suprimarea funcției secretorii a pancreasului
 - B. Lichidarea hipovolemiei
 - C. Inactivarea fermenților pancreatici
 - D. Decompresia nazogastrică a tractului digestiv
 - E. Administrarea opioidelor
19. CS Cea mai informativă metodă instrumentală de diagnostic în pancreatita acută este:
- A. Pneumoperitoneumul diagnostic
 - B. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - C. Laparoscopia diagnostică
 - D. FEGDS
 - E. Determinarea amilazei urinei și sângelui
20. CS La prezența colecistitei acute flegmonoase și a pancreonecrozei este indicat:
- A. Tratamentul conservativ
 - B. Drenarea laparoscopică a cavității peritoneale în scopul efectuării dializei peritoneale
 - C. Tratamentul conservativ, și după diminuarea manifestărilor acute – tratament chirurgical
 - D. Supravegherea în dinamică pe fonul tratamentului conservativ, și în cazul dezvoltării peritonitei difuze – tratament chirurgical
 - E. Colecistectomie de urgență cu drenarea căilor biliare
21. CS Pentru diminuarea durerilor în pancreatita acută cel mai efectiv este:
- A. Administrarea spasmoliticelelor
 - B. Anestezia peridurală
 - C. Antibioticoterapia
 - D. Blocada ligamentului rotund al ficatului
 - E. Administrarea i/m sau i/v a sol.Morfinei

22. CS Depistarea exsudatului hemoragic și a focarelor de citosteatonecroză în cavitatea peritoneală la laparoscopia diagnostică la un pacient cu abdomen acut chirurgical denotă prezența:
- A. Leziunii traumatice a unui organ retroperitoneal
 - B. Leziunii traumatice a ficatului
 - C. Pancreatitei acute
 - D. Ulcerului duodenal perforat
 - E. Trombozei mezenteriale
23. CS Cel mai frecvent simptom în pancreatita acută este:
- A. Prezența grețurilor și a vomelor
 - B. Subfebrilitatea
 - C. Icterul
 - D. Balonarea abdomenului
 - E. Prezența durerilor în epigastru
24. CS Complicația postnecrotică a pancreatitei acute este:
- A. Șocul pancreatic
 - B. Insuficiența hepatică acută
 - C. Abcesul bursei omentale
 - D. Peritonita fermentativă
 - E. Pancreatita hemoragică
25. CS În patogeneza pancreatitei acute nu participă următorul ferment:
- A. Enterochinaza
 - B. Elastaza
 - C. Fosfolipaza
 - D. Tripsina
 - E. Streptochinaza
26. CS Cea mai informativă metodă în diagnosticul pseudochistului pancreatic este:
- A. Colangiopancretografia retrogradă endoscopică
 - B. Examenul biochimic al sângelui
 - C. CT abdominală
 - D. Examenul baritat al intestinului subțire
 - E. USG abdominală
27. CS Cea mai frecventă formă a pancreatitei acute este:
- A. Interstițială
 - B. Lipidică

- C. Hemoragică
 - D. Purulentă
 - E. Lipidică cu peritonită fermentativă
28. CM La un pacient de 30 ani cu pancreatită acută distructivă, la a 14-a zi de la debutul bolii au apărut următoarele simptome clinice: febră hectică, frisoane, tahicardie, devierea formulei leucocitare spre stânga, palparea unui infiltrat în epigastru. Aceasta poate fi ca urmare a:
- A. Colangitei
 - B. Pneumoniei bazale pe stânga
 - C. Chistului pancreatic
 - D. Flegmonului retroperitoneal
 - E. Abcesului pancreatic
29. CS În cazul supurării pseudochistului pancreatic se indică:
- A. Doar tratament conservativ cu antibiotice
 - B. Tratamentul nonoperator
 - C. Intervenție chirurgicală de urgență
 - D. Supraveghere în dinamică
 - E. Fizioterapie
30. CS Factorul declanșator al pancreatitei acute este:
- A. Factorul infecțios
 - B. Gastroduodenita acută
 - C. Colecistita acută alitiazică
 - D. Refluxul bilei și a conținutului duodenal în ductul Wirsung
 - E. Ciroza hepatică
31. CS Cea mai frecvent utilizată metodă neinvazivă de diagnosticare a pancreatitei acute este:
- A. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - B. USG abdominală
 - C. Analiza generală a sângelui
 - D. Laparoscopia diagnostică
 - E. CT abdominală
32. CS Laparoscopia diagnostică în pancreatita acută NU permite:
- A. Stabilirea diagnosticului de pancreatită acută cu determinarea caracterului procesului patologic
 - B. Aspirarea exsudatului din cavitatea peritoneală, drenarea cavității peritoneale și bursei omentale

- C. Aplicarea colecistostomei decompressive
 - D. Evitarea laparotomiei neargumentate
 - E. Efectuarea papilotomiei
33. CS Pentru sindromul algic din pancreatita acută NU este caracteristic:
- A. Durerile permanente acute „în centură” sunt asociate cu vome
 - B. La palpare se determină dureri pe traiectul colonului transvers, defans muscular moderat în proiecția pancreasului (simptomul Körte)
 - C. Durerea apare după îngerarea alimentelor grase, pipărate sau consum de alcool
 - D. Iradierea durerilor în unghiul costo-vertebral pe stânga
 - E. Febra anticipează durerea
34. CM Enunțați semnele clinice caracteristice pancreatitei acute severe:
- A. Colapsul
 - B. Vomele incoercibile
 - C. Balonarea abdomenului
 - D. Dispariția matității hepatice
 - E. Diaree
35. CS Indicați care din preparatele enumerate NU pot fi administrate în pancreatita acută din punct de vedere patogenetic:
- A. Octreotidul acetat
 - B. Contricalul
 - C. 5-Fluorouracilul
 - D. Ranititina
 - E. Morfina
36. CS Complicațiile pancreonecrozei pot fi, CU EXCEPȚIA:
- A. Abcesului pancreatogen
 - B. Icterului mecanic
 - C. Coledocolitiazii
 - D. Pseudochistului pancreatic
 - E. Flegmonului spațiului retroperitoneal
37. CS La un pacient de 35 ani cu litiază biliară în antecedente, după nerespectarea regimului alimentar au apărut dureri „în bară” în etajul superior al abdomenului, vome multiple, incoercibile. Obiectiv: starea generală este gravă, Ps-120 bătă/min, T/A-90/60 mmHg, abdomenul prezintă rezistență musculară, pronunțat dureros în epigastru, iar pe flancuri la percuție se determină matitate. Peristaltismul intestinal este absent. Care este diagnosticul prezumptiv:

- A. Perforația ulcerului gastric complicat cu peritonită
 - B. Ileus intestinal acut
 - C. Colecistită acută calculoasă distructivă
 - D. Pancreatită acută
 - E. Tromboză mezenterială acută
38. CS Enunțați complicația funcțională în pancreatita acută:
- A. Abcesul pancreatic
 - B. Plastronul pancreatic
 - C. Sindromul de detresă respiratorie a adultului
 - D. Pseudochistul pancreatic
 - E. Peritonita purulentă
39. CS În cazul pancreonecrozei nu este indicată următoarea intervenție chirurgicală:
- A. Drenarea echoghidată a abcesului pancreatic
 - B. Aplicarea omentobursostomiei
 - C. Aplicarea colecistostomiei decompressive
 - D. Rezecția pancreatoduodenală
 - E. Necrsectomia
40. CS Selectați complicațiile pancreatitei acute, CU EXCEPȚIA:
- A. Abcesul pancreatogen
 - B. Lipomatoza glandei pancreatice
 - C. Flegmonul retroperitoneal
 - D. Fistula pancreatică externă
 - E. Hemoragia arozivă
41. CS La un pacient de 40 ani cu anamneză de ulcer duodenal, brusc au apărut dureri în epigastru în formă de centură și vomă multiple, care nu aduc ușurare. Examine de laborator: Le- $16 \times 10^9/l$, Hb-160g/l, Bilirubina totală-38,7 mmol/l, ureea-11 mmol/l, diastaza urinei-1024 Un. Stabiliți diagnosticul prezumtiv:
- A. Ulcer duodenal perforat
 - B. Colecistită acută distructivă
 - C. Ileus intestinal acut cu necroză de intestin
 - D. Pancreatită acută
 - E. Apendicită acută
42. CS La un pacient de 60 ani în cadrul laparoscopiei pentru abdomen acut de origine necunoscută s-a constatat: pete stearinice pe mezoul colonului, exudat hemoragic în cavitatea peritoneală. Cum finisați laparoscopia?

- A. Laparotomie cu drenarea bursei omentale și a cavității peritoneale
 - B. Laparotomie, necrectomie, aplicarea bursoomentostmiei, drenarea cavității peritoneale
 - C. Drenarea laparoscopică a cavității peritoneale
 - D. Rezecția pancreasului afectat cu drenarea bursei omentale și a cavității peritoneale
 - E. Bursoomentostomie laparoscopic asistată
43. CS Cea mai informativă metodă diagnostică în aprecierea formei morfotologice a pancreatitei acute este:
- A. Laparoscopia diagnostică
 - B. USG abdominală
 - C. Laparocenteza
 - D. Amilaza urinei
 - E. Tomografia computerizată abdominală
44. CS La laparoscopia diagnostică unui pacient cu peritonită acută de etiologie necunoscută s-a depistat o cantitate mare de exsudat seros și multiple pete de steatonecroză pe mezocolon. Stabiliți diagnosticul:
- A. Peritonită tuberculoasă
 - B. Pancreonecroză cu peritonită fermentativă
 - C. Pancreatită cronică
 - D. Ulcer peptic perforat
 - E. Lipoidoza pancreasului
45. CS Cele mai frecvente complicații ale pancreatitei acute în primele 24 ore de la debutul maladiei sunt următoarele, cu EXCEPȚIA:
- A. Șocului pancreatogen
 - B. Pseudochistului pancreatic
 - C. Insuficienței poliorganice
 - D. Peritonitei fermentative
 - E. Pleureziei
46. CS Selectați cea mai informativă metodă în diagnosticul diferențial al pancreonecrozei sterile de cea infectată:
- A. Laparoscopia diagnostică
 - B. USG abdominală
 - C. Hemocultura
 - D. Puncția focarelor retroperitoneale sub controlul ecoghidat
 - E. Determinarea amilazei sângelui și a urinei

47. CS La un pacient, care se află la tratament în secția de chirurgie cu diagnosticul de pancreonecroză, la a 20-a zi de la debutul maladiei se determină febră hectică, frisoane, palpator – infiltrat în epigastru fără semne de peritonită și pareză intestinală. Indicați ce complicație a pancreonecrozei s-a dezvoltat:
- A. Pseudochist al pancreasului
 - B. Pancreatita acută purulent-necrotică
 - C. Colangita
 - D. Pancreatita acută interstitială
 - E. Paranefrită pe stânga
48. CM Selectați manifestările clinice caracteristice pancreatitei acute:
- A. Creșterea tensiunii arteriale
 - B. Vome multiple
 - C. Simptomul Mayo-Robson
 - D. Simptomul Bonde
 - E. Diminuarea peristaltismului intestinal
49. CM Indicați măsurile curative orientate la combaterea toxemiei în pancreonecroză:
- A. Administrarea i/v a antifermenților
 - B. Administrarea intraaortală a Ciclofosfanului sau a Fluorofurului
 - C. Inducerea diurezei forțate
 - D. Drenarea externă a ductului limfatic toracic
 - E. Administrarea opioidelor
50. CM Un pacient de 24 ani care s-a îmbolnăvit cu 12 ore în urmă, a fost diagnosticat cu pancreonecroză. Indicați măsurile medico-chirurgicale ce urmează a fi efectuate:
- A. Laparotomia de urgență
 - B. Laparoscopia diagnostică cu drenarea cavității peritoneale
 - C. Decompresia nasogastrică
 - D. Colectomie laparoscopică la prezența litiazei biliare
 - E. Repleție volemică
51. CM Complicațiile postnecrotice ale pancreatitei acute pot fi:
- A. Pancreatita cronică calculoasă
 - B. Wirsungolitiaza
 - C. Abcesul bursei omentale
 - D. Pseudochistul pancreatic
 - E. Litiaza biliară
52. CM În clasificarea pancreatitei acute după V.Filin se includ următoarele forme:

- A. Pancreatita cronică pseudotumorală
 - B. Pancreatita acută interstițială
 - C. Pancreonecroza lipidică
 - D. Pancreatita acută infiltrativ-necrotică
 - E. Pancreatita acută hemoragică
53. CM Starea de toxemie în pancreonecroză este cauzată de următoarele substanțe biologice active:
- A. Gastrina
 - B. Histamina
 - C. Bradichinina
 - D. Kalecreina
 - E. Produsele dezintegrării tisulare
54. CM Principiile de bază în tratamentul patogenetic al pancreatitei acute sunt:
- A. Suprimarea funcției excretorii a pancreasului
 - B. Repleția volemică
 - C. Inactivarea fermenților pancreatici
 - D. Diminuarea secreției gastrice
 - E. Activarea peristaltismului intestinal
55. CM În pancreatita acută interstițială se pot determina următoarele manifestări clinice:
- A. Vome repetate
 - B. Contractură musculară abdominală
 - C. Matitate deplasabilă pe flancurile abdomenului
 - D. Dureri colicative localizate în epigastriu
 - E. Febră hectică în orele matinale
56. CM Enumerați cele mai informative metode de diagnostic pozitiv în pancreatita acută:
- A. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - B. Celiacografia
 - C. CT abdominală
 - D. Laparoscopia diagnostică
 - E. pH-metria gastrică
57. CM Enumerați complicațiile pancreonecrozei:
- A. Parapancreatita
 - B. Pseudochistul pancreatic
 - C. Pleurezia

- D. Fistula pancreatică
 - E. Ocluzia intestinală mecanică
58. CM Indicați preparatele medicamentoase necesare în tratamentul pancreatitei acute:
- A. Inhibitorii pompei de protoni
 - B. M-colinoblocanții
 - C. 5-Fluoruracilul
 - D. H₂ blocanții
 - E. Morfina
59. CM Care investigații sunt utile în diagnosticul diferențial al pancreatitei acute cu alte urgențe medico-chirurgicale:
- A. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - B. Laparoscopia diagnostică
 - C. USG abdominală
 - D. Radiografia toracelui
 - E. Proba Zeldovici
60. CM Enumerați procedeele curative necesare pentru combaterea toxemiei în pancreonecroză:
- A. Administrarea antifermenților
 - B. Drenajul laparoscopic al cavitatii peritoneale
 - C. Diureza forțată
 - D. Inhibitorii pompei de protoni
 - E. Colecistostomia laparoscopică
61. CM Enumerați simptomele caracteristice pancreatitei acute:
- A. Vome frecvente
 - B. Balonarea abdomenului
 - C. Dureri „în bară”
 - D. Diareea
 - E. Iradierea caudală a durerii
62. CM Care dintre fermenții enumerați participă în veriga patogenetică a pancreatitei acute:
- A. Fermeții de citoliză hepatică
 - B. Elastaza
 - C. Fosfolipaza A și B
 - D. Tripsina
 - E. Fosfataza alcalină

63. CM În pancreatita acută se determină următoarele modificări biochimice ale sângelui:
- A. Hipolipidemie
 - B. Hiperazotemie
 - C. Hipocalciemie
 - D. Hiper calciemie
 - E. Hipoprotrombinemie
64. CM Pentru combaterea toxemiei în pancreonecroză se efectuează următoarele măsuri curative:
- A. Blocajul epidural
 - B. Administrarea i/v a 5-Fluoruracilului
 - C. Transfuzie de plasmă proaspăt congelată
 - D. Detoxicarea extracorporală
 - E. Diureza forțată
65. CM Selectați semnele clinice caracteristice pancreonecrozei infectate:
- A. Plastron în epigastru
 - B. Hipertensiune arterială
 - C. Pareză intestinală
 - D. Febră hectică
 - E. Leucocitoza
66. CM Enumerați caracteristicile abcesului pancreatic:
- A. Febră hectică
 - B. Infiltrat în regiunea epigastrică
 - C. Icter
 - D. Hiperamilazemie
 - E. Dilatarea coledocului la USG abdominală
67. CM Sindromul icteric în pancreatita acută este cauzat de:
- A. Comprimarea porțiunii terminale a coledocului de cefalul pancreatic
 - B. Strictura terminală de coledoc
 - C. Insufiența hepato-renală
 - D. Colecistita acută
 - E. Coledocolitiaza asociată
68. CM În diagnosticul diferențial al ocluziei intestinale mecanice și al pancreatitei acute sunt utile:
- A. Analiza generală a sângelui
 - B. Nivelul transaminazelor

- C. Electroliții sângelui
 - D. TC abdominală
 - E. Radiografia de ansamblu a abdomenului
69. CM Cele mai frecvente cauze de deces a pacienților cu pancreatită acută severă în primele 2 săptămâni de la debutul bolii sunt:
- A. Coma hipoglicemică
 - B. Abcesul pancreatic
 - C. Hemoragiile arozive
 - D. Șocul pancreatogen
 - E. Insuficiența multiplă de organe
70. CM Enumerați complicațiile caracteristice pancreonecrozei:
- A. Abcesul pancreatic
 - B. Pseudochistul pancreatic
 - C. Flegmonul retroperitoneal
 - D. Stenoza esofagiană
 - E. Fistula pancreatică
71. CM Enumerați indicațiile pentru laparotomie în pancreatita acută:
- A. Peritonita fermentativă
 - B. Peritonita purulentă
 - C. Pancreonecroza aseptică
 - D. Pancreonecroza septică
 - E. Șocul pancreatogen
72. CM Factorii etiologici cei mai frecvenți incriminați pancreatitei acute sunt:
- A. Litiaza biliară
 - B. Consumul de alcool
 - C. Hipertrigliceridemia
 - D. Duodenostaza
 - E. Traumatismul pancreatic
73. CM Sursele de infecție în pancreonecroză sunt:
- A. Translocarea bacteriană
 - B. Diseminarea hematogenă
 - C. Perforarea tubului digestiv
 - D. Laparotomia precoce
 - E. Calea transdiafragmală din torace

74. CM Selectați metodele cele mai informative în diferențierea pancreatitei acute interstițiale de pancreatita acută purulent-necrotică:
- A. Nivelul amilazuriei
 - B. Laparoscopia diagnostică
 - C. FEGDS
 - D. CT în regim angiografic
 - E. RMN abdominală
75. CM Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică la un bolnav cu pancreatită acută este indicată în următoarele cazuri:
- A. Pancreatita biliară
 - B. Dilatarea coledocului la examenul ultrasonor
 - C. Creșterea de mai mult de 3 ori a fermenților de citoliză hepatică
 - D. Creșterea nivelului fosfatazei alcaline
 - E. Este obligatorie în toate cazurile
76. CM FEGDS la un bolnav cu pancreatită acută permite evidențierea:
- A. Papilitei stenozante
 - B. Gastropatiei asociate
 - C. Răspândirii procesului necrotic în pancreas
 - D. Determină forma pancreatitei acute
 - E. Dilatării venelor esofagiene
77. CM Enumerați caracteristicile sindromului algic în pancreatita acută:
- A. Localizarea durerilor în epigastriu
 - B. Durerile sunt colicative
 - C. Iradierea durerilor cranial
 - D. Prezența durerilor „în centură”
 - E. Iradierea durerilor caudal
78. CM CT abdominală în pancreatita acută este utilă pentru:
- A. Depistarea gastropatiei eroziv-hemoragice
 - B. Concretizarea localizării și răspândirii procesului inflamator
 - C. Stabilirea prezenței și localizării zonelor de necroză
 - D. Monitorizarea în dinamica a procesului patologic din pancreas
 - E. Aprecierea stării spațiului retroperitoneal
79. CM Cuparea sindromului algic în pancreatita acută prevede:
- A. Administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene
 - B. Administrarea inhibitorilor pompei de protoni

- C. Administrarea Sol. Morphini
 - D. Laparotomie cu novocainizarea mezoului
 - E. Aplicarea blocului epidural
80. CM Indicați metodele utilizate pentru scăderea secreției exocrine a pancreasului în pancreatita acută:
- A. Post alimentar
 - B. Aplicarea pungii cu gheață în epigastru
 - C. Administrarea blocatorilor pompei protonce
 - D. Administrarea Somatostatinei
 - E. Administrarea anticoagulantelor
81. CM Ce măsuri contribuie la diminuarea secreției exocrine în pancreatita acută:
- A. Tratamentul antibacterial
 - B. Administrarea H₂-blocatorilor
 - C. Administrarea inhibitorilor pompei de protoni
 - D. Administrarea Somatostatinei
 - E. Administrarea Morfinei
82. CM Care dintre manifestări sunt comune pentru pancreatita acută severă și ulcerul perforat:
- A. Vome repetate
 - B. Febra
 - C. Dureri abdominale acute violente
 - D. Dispariția matității hepatice
 - E. Iradierea durerii în centura scapulară pe stânga
83. CM Similitudinile diagnostice în pancreatita acută și ulcerul perforat pot fi:
- A. Debutul brutal al durerii
 - B. Prezența echimozelor cutanate periombilicale
 - C. Tendința extinderii durerii pe toată aria abdomenului
 - D. Prezența semnelor peritoneale
 - E. Emfizemul subcutanat periombilical
84. CM Pancreatita acută poate fi confundată cu ocluzia intestinală prin următoarele semne:
- A. Iradierea durerii „în centură”
 - B. Prezența durerilor colicative
 - C. Prezența vomelor repetate
 - D. Balonarea colonului transvers

- E. Nivele hidroaerice în ansele proximale ale intestinului subțire
85. CM Următoarele caracteristici ale durerii sunt specifice pentru pancreatita acută:
- A. Sunt colicative
 - B. Au caracter tranzitor
 - C. Greu cedează la administrarea analgezicelor
 - D. Sunt permanente
 - E. După administrarea analgezicelor cedează
86. CM Care sunt cele mai frecvente cauze ale pancreatitei acute?
- A. Traumatismele abdominale
 - B. Tumorile pancreatice
 - C. Litiata biliară
 - D. Consumul de alcool
 - E. Iatrogeniile
87. CS Care tulburare electrolitică este specifică pentru pancreatita acută?
- A. Hipocloremia
 - B. Hipopotasemia
 - C. Hipocalcemia
 - D. Hiponatremia
 - E. Deficitul de fier
88. CM Care sunt mecanismele principale prin care ingestia de alcool determină debutul pancreatitei acute:
- A. Stimulează pofta de mâncare
 - B. Depunerea sărurilor de calciu în ducturile mici cu blocarea acestora
 - C. Acțiune toxică directă
 - D. Spasmul sfincterului Oddi
 - E. Stimularea secreției pancreatice
89. CS Selectați intervalul de timp în care se constituie zona de necroză în pancreatita acută:
- A. Primele 3 zile
 - B. Primele 3 săptămâni
 - C. Primele ore
 - D. 3-4 săptămâni
 - E. Peste 4 săptămâni
90. CM Care dintre date pot fi constatate la USG abdominală la un pacient cu pancreatită acută la debut:

- A. Zone de necroză intrapancreatică
 - B. Colecții retroperitoneale
 - C. Examen irelevant din cauza meteorismului intestinal
 - D. Pancreasul fără modificări
 - E. Lichid liber intraperitoneal
91. CM Confuzia diagnostică între apendicita acută și pancreatita acută poate fi determinată de următoarele manifestări clinice:
- A. Vome repetate multiple
 - B. Iradiere specifică a durerii
 - C. Diduzarea durerii din epigastru în mezo- și hipogastru
 - D. Prezența grețurilor
 - E. Prezența durerii în fosa iliacă dreaptă
92. CM Indicați maladiile în care durerea la debut se poate deplasa din epigastru în fosa iliacă dreaptă:
- A. Hernia strangulată
 - B. Pieliflebită
 - C. Apendicita acută
 - D. Pancreatita acută
 - E. Ulcerul peptic perforat
93. CS Enumerați cea mai frecventă cauză de pancreatită acută la femei:
- A. Litiția biliară
 - B. Consumul de alcool
 - C. Hipertiroidismul
 - D. Infecțiile virale
 - E. Contraceptivele
94. CS Selectați scorurile aplicate în pancreatita acută, CU EXCEPȚIA:
- A. RANSON
 - B. APACHE
 - C. BALTAZAR
 - D. IMRE
 - E. ALVARADO
95. CS Metoda standard pentru definirea pancreatitei necrozante este:
- A. Termografia
 - B. CT cu contrastare dublă
 - C. Abordul retroperitoneal videoscopic

- D. Radiografia abdominală panoramică
 - E. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
96. CS Selectați cea mai utilă metodă diagnostică pentru confirmarea contaminării bacteriene în pancreonecroză:
- A. Puncția ecoghidată a zonelor de necroză
 - B. Laparoscopia
 - C. Necrosectomia și cultura bacteriană
 - D. Insămânțare din lichidul peritoneal
 - E. Abordul retroperitoneal videoscopic
97. CS Indicați cauza principală de mortalitate în pancreatita acută:
- A. Perforația unui viscer cavitar
 - B. Insuficiența renală acută
 - C. Infecția parapancreatică
 - D. Formarea fistulelor
 - E. Tromboza venoasă
98. CS Selectați obiectivele tratamentului chirurgical al pancreonecrozei infectate, CU EXCEPȚIA:
- A. Îndepărtarea țesuturilor infectate
 - B. Prezervarea maximală a țesutului pancreatic viabil
 - C. Lavajul zonelor de infecție pancreatică și peripancreatică
 - D. Îndepărtarea tuturor țesuturilor infectate cu o margine de siguranță
 - E. Drenajul bursei omentale după debridare
99. CS Dintre cele enumerate selectați simptomul dominant în pancreatita acută:
- A. Dispneea
 - B. Durerea
 - C. Tulburările de tranzit
 - D. Vărsăturile
 - E. Anorexia
100. CS Indicați afirmația corectă cu privire la pancreatita acută:
- A. În prima săptămână de boală decese sunt datorate infecției necrozelor
 - B. În formele ușoare de pancreatită survin adesea insuficiențele de organ
 - C. Laparotomia precoce este standardul de tratament
 - D. În pancreatitele necrotice severe mortalitatea este mai mare în formele infectate
 - E. Mai mult de jumătate dintre cazuri sunt forme severe
101. CS Indicați afirmația adevărată în pancreatita acută:

- A. Prezența și persistența disfuncției de organe de la debut anunță o formă severă a bolii
- B. În forma ușoară mortalitatea este similară cu cea din formele severe
- C. În forma ușoară insuficiențele de organ persistă mai mult de 48 de ore
- D. Forma ușoară se caracterizează prin prezența complicațiilor locale
- E. În forma ușoară diagnosticul imagistic prin CT cu contrast intravenos sau RMN este întotdeauna necesară

102. CS Indicați afirmația corectă în pancreatita acută, forma ușoară:

- A. Profilaxia trombozei venoase profunde este contraindicată
- B. La pacienții cu etiologie biliară se indică colecistectomia laparoscopică în cursul aceleiasi spitalizări
- C. Tratamentul chirurgical este frecvent indicat
- D. Evoluează cu rezoluție completă a simptomatologiei după 2-3 săptămâni
- E. Reprezintă mai puțin de jumătate din cazurile de pancreatită acută

103. CM Enumerați complicațiile evolutive ale pseudochistului pancreatic:

- A. Icterul mecanic
- B. Hemoragia intraabdominală
- C. Supurarea chistului
- D. Ruptura chistului în peritoneul liber
- E. Complicații pielouretrale

104. CM Selectați afirmațiile corecte despre necroza pancreatică, CU EXCEPȚIA:

- A. Infecția necrozei pancreatice este cea mai gravă complicație
- B. Translocația bacteriană este de origine colică
- C. Resorbția necrozei apare după prima săptămâna
- D. Necroza pancreatică este o zonă viabilă
- E. Evoluția necrozei pancreatice este dominată de riscul de infecție secundară

105. CM Enumerați indicațiile către TC spiralată în pancreatita acută:

- A. Apariția complicațiilor
- B. Absența răspunsului terapeutic după 72 de ore
- C. Scor Ranson sub 3
- D. Diagnostic clinic incert în primele 72 de ore
- E. Hiperamilazemie și semne de pancreatiă acută severă

106. CM Enumerați principalele cauze de pancreatită acută:

- A. Litiata biliară
- B. Consumul de alcool

C. Medicamentele

D. Idiopatică

E. Ereditară

107. CM Selectați afirmațiile adevărate în diagnosticul imagistic al pancreatitei acute:

A. Radiografia abdomenului are contribuție limitată

B. Radiografia toracelui este indicată pentru confirmarea complicațiilor

C. TC este cea mai importantă explorare imagistică

D. RMN este superioară TC în analiza morfologiei pancreatice și extrapancreatice

E. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică este indicată pentru confirmarea diagnosticului

108. CM Selectați afirmațiile referitoare la chistul pancreatic postnecrotic:

A. Reprezintă colecție lichidiană intra- sau extrapancreatică

B. Are pereți proprii tapetați cu epiteliu cilindric

C. Reprezintă colecție de suc pancreatic, sfaceluri necrotice, sânge și limfă

D. Localizarea cea mai frecventă este la nivelul istmului și corpului pancreasului

E. Localizarea de elecție este bursa omentală sau spațiul retroperitoneal

109. CM Care din afirmațiile enumerate sunt adevărate în etiopatogenia pancreatitei acute?

A. Boala este întâlnită la orice vârstă

B. Incidența maximă este între 40 și 60 de ani

C. Traumatismele abdominale sunt o cauză frecventă

D. Există determinism sezonier cert al bolii

E. Cele mai frecvente cauze sunt consumul de alcool și litiaza biliară

110. CM Enumerați factorii etiologici mecanici declanșatori a pancreatitei acute:

A. Stenoza sfîncterului Oddi

B. Ascaridoza

C. Traumatismele pancreatice

D. Ulcerul gastric

E. Litiaza biliară

111. CM Indicați patologii care pot avea simptomatologie similară cu pancreatita acută, diagnosticul diferențial fiind necesar:

A. Infarctul miocardic inferior

B. Ocluzia intestinală

C. Colica biliară

D. Atelectazia pulmonară

- E. Infarctul entero-mezenteric
112. CM Selectați explorările imagistice utile în pancreatita acută:
- A. Colangio-RMN
 - B. Imagistica prin rezonanță magnetică nucleară
 - C. Tomografia Computerizată cu contrastare intravenoasă
 - D. Aortografia
 - E. Ecografia abdominală
113. CM Selectați informațiile furnizate la tomografia computerizată în pancreatita acută:
- A. Pe baza acestei explorări se determină scorul Balthazar
 - B. Evidențiază zonele de necroza a parenchimului pancreatic
 - C. Este singura explorare prin care se poate aprecia infecția zonelor de necroză pancreatică și peripancreatică
 - D. Evidențiază colecțiile lichidiene peripancreatice
 - E. Este obligatorie pentru confirmarea colelitiazei
114. CM Enumerați criteriile, în baza cărora se instalează diagnosticul de pancreatită acută:
- A. Amilazemia este criteriul diagnostic cert
 - B. Durerea abdominală cu debut acut, severă și persistentă, cu localizare epigastrică
 - C. Aspectul caracteristic de pancreatită acută la CT cu contrast, RMN sau ecografie abdominală
 - D. Activitatea lipazei serice (sau a amilazei) mai mare decât triplul valorii normale maxime
 - E. Durere abdominală cu debut lent progresiv, severă și persistentă, cu localizare epigastrică
115. CM Selectați semnele de hipoperfuzie tisulară în pancreonecroză:
- A. Alcaloza metabolică
 - B. Hipoxemia
 - C. Poliuria
 - D. Oliguria
 - E. Acidoză metabolică
116. CM Enumerați semnele clinice depistate la examenul al abdomenului în pancreatita acută:
- A. Echimoze periombilicale și pe flancuri
 - B. Gărguiment intestinal diminuat sau absent
 - C. Contractură abdominală
 - D. Matitate hepatică lărgită

E. Distensie abdominală difuză

117. CM Selectați patologiile acute care necesită diferențiere cu pancreatita acută:

- A. Invaginația intestinală
- B. Anevrismul disecant de aortă
- C. Colica biliară
- D. Ulcerul gastric sau duodenal perforat
- E. Infarctul miocardic acut

118. CS Selectați aspectul tomografic în pancreatita acută, care corespunde gradului C conform clasificării Balthazar:

- A. Creșterea în volum a pancreasului, hipodensitate heterogenă, dilatare de Wirsung, colecție intraglandulară
- B. Modificări din gradele A și B, plus prezența de bule de gaz pancreatice sau extrapancreatice
- C. Creșterea în volum a pancreasului, hipodensitate heterogenă, dilatare de Wirsung, colecție intraglandulară, colecție lichidiană unică la distanță de pancreas
- D. Creșterea în volum a pancreasului, hipodensitate heterogenă, dilatare de Wirsung, colecție intraglandulară, infiltrarea țesutului peripancreatic
- E. Pancreas cu aspect imagistic normal

119. CM Enumerați variantele posibile de evoluție a plastronului pancreatic:

- A. Formarea unui pseudochist pancreatic
- B. Eruperea plastronului în cavitatea peritoneală
- C. Reabsorbția treptată a infiltratului timp de 1-3 luni
- D. Malignizarea plastronului
- E. Supurația plastronului cu dezvoltarea pancreatitei și parapancreatitei purulente

120. CS. Selectați caracteristica funcțională atribuită chimotripsinei:

- A. Lipolitic
- B. Hidrolizează amidonul
- C. Proteolitic
- D. Glicolitic
- E. Descompune aminoacizi

121. CS Selectați produsul celulelor *Delta* a insulelor pancreatice Langherhans:

- A. Somatostatina
- B. Insulina
- C. Glucidul
- D. Peptida pancreatică

- E. Enterokinaza
122. CS Care dintre cele enumerate este cea mai argumentată teorie în patogeneza pancreatitei acute?
- A. Teoria anafilactică
 - B. Teoria canaliculară
 - C. Teoria infecțioasă
 - D. Teoria nervoasă
 - E. Teoria vasculară
123. CS Selectați semnificația clinică a semnelui Mayo-Robson în pancreatita acută:
- A. Echimoza periombilicală
 - B. Durerea iriază în unghiul costo-vertebral drept
 - C. Durerea iriază în regiunea lombară stângă
 - D. Durerea iriază în hipocondrul drept și stâng
 - E. Durerea iriază în unghiul costo-vertebral stâng
124. CS. Selectați semnificația semnelui Körte în pancreatita acută:
- A. Zonă de sonoritate situată transversal în abdomenul superior
 - B. Absența pulsației aortei abdominale
 - C. Asimetria abdomenului ca rezultat al meteorismului colonului transvers
 - D. Rezistența musculară în proiecția pancreasului
 - E. Matitate deplasabilă în zonele declive ale abdomenului
125. CM Selectați informațiile posibile caracteristice pancreatitei acute la examenul radiologic al toracelui:
- A. Atelectazie lobară stângă bazală
 - B. Pneumomediastinum
 - C. Pneumotorace pe stânga
 - D. Exudat pleural pe stânga
 - E. Detresă respiratorie acută a adultului (ARDS)
126. CS În pancreatita acută petele de citosteatonecroză sunt consecința:
- A. Peritonitei fermentative
 - B. Necrozei proteice
 - C. Necrozei lipidice
 - D. Catabolismului acidului lactic
 - E. Catabolismului glucozei
127. CM Enumerați efectele aștetate în rezultatul aplicării sondei nasogastrice în pancreatita acută:

- A. Profilaxia complicațiilor pulmonare
 - B. Inhibiția secreției pancreatice
 - C. Inactivarea proteazelor pancreatice
 - D. Prevenirea și micșorarea frecvenței vomelor
 - E. Cu scop de diagnostic diferențial
128. CM Selectați caracteristicile durerii în pancreatita acută:
- A. Colicativă
 - B. Permanentă
 - C. Se jugulează cu analgetice nonsteroidice
 - D. De intensitate înaltă
 - E. Iradiază „în centură”
129. CM Enumerați caracteristicile peritonitei fermentative în pancreatita acută:
- A. Lichidul peritoneal conține nivel înalt al enzimelor pancreatice
 - B. Peritonita este aseptică
 - C. Necesită laparotomie cu asanarea cavității peritoneale
 - D. Se dezvoltă în fazele tardive ale bolii
 - E. Necesită lavaj peritoneal laparoscopic
130. CS Indicați intervalul de timp necesar pentru maturizarea pseudochistului pancreatic:
- A. 1 lună
 - B. 3-6 luni
 - C. 6-12 luni
 - D. 12-24 luni
 - E. Peste 24 luni
131. CM Indicați opțiunile tratamentului chirurgical al pseudochistului postnecrotic:
- A. Drenaj extern
 - B. Drenaj endoscopic transgastroic
 - C. Chistogastroanastomoză
 - D. Pancreatectomie
 - E. Rezecție parțială a pancreasului
132. CS Indicați metoda de elecție în diagnosticul fistulei pancreatice externe:
- A. Tomografia computerizată
 - B. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
 - C. Laparoscopia diagnostică
 - D. Fistulografia
 - E. USG abdominală

133. CS Selectați indicația pentru intervenție chirurgicală a fistulei pancreatice externe:
- A. Tratamentul conservativ ineficace în decurs de 1 lună
 - B. Tratamentul conservativ ineficace în decurs de 3 luni
 - C. Tratamentul conservativ ineficace în decurs de 6 luni
 - D. Tratamentul conservativ ineficace în decurs de 1-2 săptămâni
 - E. Întotdeauna este chirurgical
134. CS Indicați amplitudinea procedurii Puestow în tratamentul pancreatitei cronice:
- A. Duodeno-pancreatectomie cefalică
 - B. Pancreato-jejunostomie distală
 - C. Pancreato-jejunostomie caudală
 - D. Pancreato-jejunostomie longitudinală
 - E. Pancreato-jejunostomie transversală
135. CS Selectați procedeul chirurgical, care include secțiunea splanhnicului mare, a splanhnicului mic și a ganglionului solar stâng în tratamentul pancreatitei cronice:
- A. Operația Whipple
 - B. Operația Puestow
 - C. Operația Mallet-Guy
 - D. Operația Duval
 - E. Operația McBurney
136. CM Enumerați informațiile furnizate la FEGDS în pancreatita acută:
- A. Bombarea peretelui posterior al stomacului în pseudochistul pancreatic
 - B. Bombarea peretelui anterior al stomacului
 - C. Dilatarea venelor esofagiene
 - D. Ulcerații multiple ale stomacului și duodenului cu sau fără elemente hemoragice
 - E. Semne de gastroduodenită acută
137. CM Selectați patologiile care cer diferențiere cu pancreatita acută:
- A. Ulcerul gastroduodenal penetrant
 - B. Apendicita acută
 - C. Apoplexia ovariană
 - D. Infarctul miocardic acut
 - E. Infarctul entero-mezenteric
138. CM Enumerați situațiile clinice care impun laparotomia în pancreatita acută:
- A. Peritonita fermentativă
 - B. Pancreonecroza aseptică
 - C. Peritonita purulentă

- D. Plastronul pancreatic faza infiltrativă
 - E. Abcesul pancreatic
139. CM Selectați forma pancreatitei acute (PA) conform clasificării Atlanta (1992):
- A. PA efematoasă
 - B. PA ușoară
 - C. PA necrotică
 - D. PA hemoragică
 - E. PA severă
140. CM Indicați caracteristice vomelor în pancreatita acută:
- A. Unice
 - B. Multiple
 - C. Ameliorează starea bolnavului
 - D. Sunt fecaloide
 - E. Nu ameliorează starea bolnavului
141. CS Indicați semnificația semnului Voskresensky în pancreatita acută:
- A. Rezistență musculară în proiecția pancreasului
 - B. Durere acută la palparea profundă în regiunea mezogastrică
 - C. Absență a pulsației aortei abdominale
 - D. Zonă de sonoritate la percuție în regiunea abdomenului superior
 - E. Asimetrie a abdomenului ca rezultat al meteorismului colonului transvers
142. CM Enumerați timpii operatori ai bursoomentostomiei în tratamentul pancreatitei acute:
- A. Drenarea externă a bursei omentale
 - B. Drenarea cavității addominale
 - C. Necrozectomia
 - D. Eliminarea exudatului din bursa omentală
 - E. Drenarea coledocului
143. CM Selectați maladiile abdominale care impun diagnosticul diferențial al pancreatitei cronice:
- A. Angorul abdominal
 - B. Angiocolita sclerozantă
 - C. Cancerul de pancreas
 - D. Ulcerul duodenal penetrant
 - E. Apendicita cronică
144. CM Indicați afirmațiile corecte privind pancreatita acută:

- A. Este o inflamație acută a pancreasului
 - B. Cauzele cele mai frecvente sunt litiaza biliară și consumul de alcool
 - C. Apare frecvent în evoluția tumorilor de cap de pancreas
 - D. Se poate complica cu insuficiență multiorganică
 - E. Nu este necesară internarea în formele ușoare de boală
145. CM Enumerați complicațiile pseudochistului pancreatic:
- A. Compresiunea de organ
 - B. Supurarea
 - C. Wirsungoragiea
 - D. Malignizarea
 - E. Eruperea
146. CM Indicați factorii etiologici în pancreatita cronică:
- A. Cauze genetice
 - B. Consumul de alcool
 - C. Hiperparatiroidismul
 - D. Traumatismul abdominal
 - E. Hipotiroidismul
147. CS Indicați cărei faze evolutive a procesului patologic în pancreas îi corespunde forma supurativ-necrotică a pancreonecrozei:
- A. De edem
 - B. De necroză grăsoasă
 - C. De necroză hemoragică
 - D. De liză și sechestrare
 - E. De formare a chistului pancreatic
148. CS Care dintre substanțele nocive apărute în evoluția pancreatitei acute se formează în pancreasul ischemic și determină șocul pancreatogen:
- A. Adrenalina
 - B. Heparina
 - C. Serotonina
 - D. Kalicreina
 - E. Dopamina
149. CM Enumerați obiectivele tratamentului preoperator al pancreatitei acute severe:
- A. Combaterea durerii
 - B. Dezintoxicarea
 - C. Transfuzia de sânge integral

- D. Repleția volemică
 - E. Suprimarea secreției pancreatice
150. CS Indicați semnul patognomonic care indică un prognostic grav al pancreatitei acute:
- A. Hiperamilazemia
 - B. Hipocalcemia
 - C. Hiperglicemia
 - D. Hiperamilazuria
 - E. Leucocitoza
151. CS Indicați semnificația clinică a semnului Körte în pancreatita acută:
- A. Absența pulsației aortei abdominale
 - B. Silențiu abdominal
 - C. Durere în regiunea scapulo-humerală stângă
 - D. Sonoritate determinată transversal în abdomenul superior
 - E. Rezistență musculară și durere în proiecția pancreasului
152. CS. Indicați volumul optimal al intervenției chirurgicale în pancreatita supurativ-necrotică:
- A. Blocajul peripancreatic cu anestetice locale și antifermenți
 - B. Necrsectomia cu drenarea bursei omentale
 - C. Rezecția pancreasului
 - D. Pancreatectomia
 - E. Decapsularea pancreasului cu drenarea bursei omentale
153. CS Indicați semnificația clinică a semnului Courvoisier-Terrier în patologia zonei bilio-pancreatice:
- A. Litiaza coledocului
 - B. Cancerul corpului pancreasului
 - C. Colangiocarcinomul de hil hepatic
 - D. Cancerul de pancreas cefalic
 - E. Neoplasmul vezicular
154. CM Indicați amploarea intervenției chirurgicale în chistul pancreatic:
- A. Drenarea externă a chistului
 - B. Pancreatectomie
 - C. Gastrochistostomie
 - D. Jejunochistostomie
 - E. Colecistochistostomie

155. CM Enumerați semnele radiologice caracteristice pancreatitei acute:
- A. Pneumoperitoneum
 - B. Ansa “santină”
 - C. Aerocolie pronunțată a colonului transvers
 - D. Aerobilie
 - E. Imagini hidroaerice multiple centrale
156. CS Enumerați elementele endocrine ale pancreasului, care se prezintă sub forma unor insule situate în:
- A. Țesutul parenchimos
 - B. Interstițiul conjunctiv din spațiile interlobulare
 - C. Țesutul adipos pancreatic
 - D. Stroma vasculară
 - E. Spațiul retroperitoneal la nivelul cozii pancreasului
157. CS Indicați semnificația clinică a semnelor Gobiet în pancreatita acută:
- A. Rezistență musculară în proiecția pancreasului
 - B. Cianoză în regiunea periombilicală
 - C. Absența pulsației aortei abdominale
 - D. Sonoritate elevată situată transversal în abdomenul superior
 - E. Dureri la percuție sub rebordul costal din stânga
158. CS Indicați cea mai informativă metodă în diagnosticul diferențial al peritonitei fermentative:
- A. Pasajul baritat al tractului digestiv
 - B. Ultrasonografia
 - C. Tomografia abdominală
 - D. Laparoscopia
 - E. Pancreatocolangiografia retrogradă endoscopică
159. CS Indicați operația cu indicație optimă în cazul pancreatitei cronice determinate de stenoza papilei Vater:
- A. Rezecția cefalică a pancreasului
 - B. Pancreatojejunostomia longitudinală (Puestow)
 - C. Pancreatojejunostomia caudală (Duval)
 - D. Papiosfincterotomia, virsungotomia endoscopică
 - E. Papilectomia
160. CS Indicați semnificația clinică a semnelor Grey-Turner în pancreatita acută:
- A. Tegumente abdominale marmorate

- B. Echimoză a regiunilor laterale ale abdomenului
 - C. Durere în unghiul costo-vertebral stâng
 - D. Ansă “santină” la o radiografie abdominală simplă
 - E. Durere la palpare în punctul subcostal stâng
161. CS Pentru suprimarea secreției pancreatice sunt utile următoarele gesturi terapeutice, CU EXCEPTIA:
- A. Aspirației nazogastrice
 - B. Hipotermiei locale
 - C. Repausului alimentar
 - D. Antibioticelor
 - E. Inhibitorilor pompei de protoni
162. CS Indicați semnificația clinică a semnelor Cullen în pancreatita acută:
- A. Tegumente abdominale marmorate
 - B. Echimoză periombilicală
 - C. Durere în punctul costo-vertebral stâng
 - D. Ansă “santină” la o radiografie abdominală simplă
 - E. Durere la palpare în punctul subcostal stâng
163. CS Indicați tratamentul optimal în faza de edem a pancreatitei acute:
- A. Tratamentul conservativ complex, iar în cazuri necesare – laparoscopie cu evacuarea exudatului și drenarea abdomenului
 - B. Laparotomie cu asanarea căilor biliare și drenare
 - C. Laparotomie, decapsularea pancreasului
 - D. Laparotomie, blocaj peripancreatic
 - E. Laparotomie, “abdominizarea” pancreasului
164. CS Un pancreas sănătos secretă suc pancreatic în 24 ore în mediu (ml):
- A. 1500-2500ml
 - B. 600-700ml
 - C. 300-400ml
 - D. 1000-1500ml
 - E. 400-500ml
165. CS În 85-90% cazuri pancreatita acută prezintă forma:
- A. Interstițială (edematoasă)
 - B. Necrotică
 - C. Hemoragică
 - D. Infiltrativ-necrotică

- E. Supurativ-necrotică
166. CS Selectați EXCEPȚIA referitoare la combaterea durerii, lichidarea spasmului oddian și ameliorarea microcirculației în pancreatita acută:
- A. Blocajul epidural
 - B. Morfină
 - C. Spasmolitice
 - D. RAINS
 - E. Reologice
167. CM Care din următoarele prezintă leziune anatomopatologică fundamentală a pancreatitei cronice?
- A. Litiata wirsungiană
 - B. Necroza pancreasului
 - C. Fibroscleroza pancreasului
 - D. Supurarea pancreasului
 - E. Edemul pancreasului
168. CS Caracterizați chisturile pancreasului:
- A. Sunt de obicei maligne
 - B. Sunt acoperite cu țesut de granulație
 - C. Sunt tapetate cu epiteliu
 - D. Se mobilizează cu respirația
 - E. Conțin lichid sub tensiune
169. CS Selectați caracteristica durerii în pancreatita acută:
- A. Simptom secundar
 - B. Redusă ca intensitate
 - C. Simptom major
 - D. Discontinuu
 - E. Migratorie
170. CS Indicați nivelul la care se realizează procesul de activare a enzimelor digestive de către hidrolazele lizosomale în pancreatita acută:
- A. Canalului Wirsung
 - B. Ampulei Vater
 - C. Celulelor acinare
 - D. Celulelor pancreasului endocrin
 - E. Lojei pancreatice
171. CS Indicați simptomul major caracteristic pancreatitei acute:

- A. Distensia abdominală
 - B. Greața
 - C. Vărsătura bilioasă
 - D. Durerea abdominală
 - E. Paloarea tegumentară
172. CM Enumerați cele mai frecvente și valoroase elemente în diagnosticul pancreatitei cronice:
- A. Hiperamilazemia și/sau hiperamilazuria
 - B. Scăderea ponderală
 - C. Vomele
 - D. Durerea
 - E. Tumora epigastrică dură, fixă, boselată
173. CM Selectați procedeele operatorii în pseudochistul pancreatic cefalic maturizat:
- A. Chistogastrostomia
 - B. Chistoduodenostomia endoscopica
 - C. Chistojejunostomia
 - D. Chistectomia
 - E. Duodenopancreatectomia cefalică
174. CM Enumerați semnele de valoare în diagnosticul precoce al pancreatitei acute:
- A. Zonele de cianoză periombilicală
 - B. Prezența durerilor intense rebele la tratamentul analgezic uzual
 - C. Dispnee cu polipnee
 - D. Febră de tip hectic
 - E. Discordanța dintre gravitatea semnelor generale și starea obiectivă a pacientului
175. CM Selectați semnele radiologice caracteristice pancreatitei acute:
- A. Meteorism cu distensie gazoasă a colonului transvers
 - B. Exudat pleural în sinusul costo-diafragmal stâng
 - C. Atelectazii în pulmonul stâng
 - D. Pneumoperitoneum
 - E. Reducerea excursiilor cupolei diafragmatice stângi
176. CM Selectați caracteristicile de diagnostic diferențial dintre pancreatita acută și ulcerul duodenal perforat la debut:
- A. Prezența durerii
 - B. Prezența pneumoperitoneumului
 - C. Prezența stării de șoc

- D. Iradierea durerii
 - E. Prezența oliguriei
177. CM Enumerați hormonii produși de pancreas:
- A. Gastrina
 - B. Insulina
 - C. Somatostatina
 - D. Glucagonul
 - E. Polipeptida pancreatică
178. CM Enumerați modificările sângelui caracteristice pentru pancreatita acută:
- A. Leucocitoză
 - B. Monocitoză
 - C. Deviere spre stânga a formulei leucocitare
 - D. Anemie
 - E. Limfopenie
179. CM Indicați complicațiile precoce în pancreatita acută:
- A. Peritonita fermentativă
 - B. Șocul pancreatogen
 - C. Fistula digestivă
 - D. Atelectazia în segmentele bazale ale pulmonului stâng
 - E. Encefalopatia
180. CM În pancreatita acută pronosticul este mai grav când vomele sunt:
- A. Cu caracter de “zaț de cafea”
 - B. Bilioase repetate
 - C. Chinuitoare, fără ușurință
 - D. Hemoragice
 - E. Repetate, voluminoase
181. CM Indicați avantajele diagnostice ale ecografiei abdominale în pancreatita acută:
- A. Accesibilitatea în urgență
 - B. Confirmarea suspiciunii clinice în toate cazurile
 - C. Monitorizarea evoluției procesului din pancreas
 - D. Diagnosticul rapid al litiazei veziculare
 - E. Caraterul non-invaziv
182. CM Enumerați care dintre elementele de mai jos pot fi atribuite pancreatitei acute:
- A. Procesul inflamator acut al pancreasului exocrin
 - B. Tulburările psihice pot domina tabloul clinic

- C. Revărsatul pleural stâng
 - D. Ansa „santină”
 - E. Pneumoperitoneumul
183. CM Indicați factorii declanșatori ai șocului precoce în pancreatita acută severă:
- A. Sechestrarea lichidiană în sectorul III Randall
 - B. SIRS
 - C. Endotoxemie din cauza detritului necrotic
 - D. Contaminarea microbiană
 - E. Eliberarea chininelor vasoactive
184. CM Selectați procedeele chirurgicale cu indicație operatorie în tratamentul plăgilor pancreasului caudal:
- A. Sutura
 - B. Hemostaza
 - C. Duodenopancreatectomia
 - D. Rezecția caudală a pancreasului
 - E. Drenarea bursei omentale
185. CM Selectați explorările imagistice care oferă date esențiale în diagnosticul pancreonecrozei:
- A. Examenul radiologic de ansamblu al abdomenului
 - B. Colangio-wirsungografia endoscopică
 - C. Ecografia abdominală
 - D. Tomografia computerizată
 - E. Fibrogastroduodenoscopia
186. CM Indicați complicațiile pseudochistului pancreatic:
- A. Eruperea pseudochistului în cavitatea peritoneală
 - B. Hemoragie intrachistică
 - C. Eroziunea aortei
 - D. Stenoza digestivă
 - E. Abcedarea
187. CM Enumerați afirmațiile adevărate privind tratamentul medicamentos al pancreatitei acute:
- A. Administrare orală a preparatelor este eficientă
 - B. Administrarea i/m a preparatelor este la fel de eficientă ca i/v
 - C. Antibioticele sunt administrate doar pentru tratamentul pancreonecrozei septice
 - D. Antibioticoprofilaxia precoce micșorează mortalitatea

- E. În cel mai multe cazuri tratamentul medicamentos este unicul utilizat
188. CM Selectați afirmațiile adevărate referitor la diagnosticul paraclinic al pancreatitei acute:
- A. Scăderea amilazei în ser este consecința remisiunii pancreatitei acute
 - B. Scăderea amilazei în ser este consecința autodistrugerii pancreatice prin liza enzimatică
 - C. Leucocitoza apare tardiv în evoluția pancreatitei acute
 - D. Amilaza sanguină crește la valori semnificative din primele ore ale bolii
 - E. Lipaza este mai specifică ca amilaza
189. CM Enumerați indicațiile laparoscopiei de urgență în pancreatita acută biliară:
- A. Diagnostic și evitarea laparotomiei
 - B. Colecisectomie în colecistita acută
 - C. Drenajul peritonitei chimice
 - D. Recoltare de exudat peritoneal
 - E. Biopsie de pancreas
190. CM Selectați semnele clinice prezente la palparea abdomenului în pancreatita acută:
- A. Ganglioni limfatici regionali majorați în dimensiuni
 - B. Durere difuză, mai marcată în epigastru și hipocondrul stâng
 - C. Zonă de împăstare în epigastru, hipocondrul drept sau/și stâng
 - D. Hepatomegalie
 - E. Prezența undelor peristaltice
191. CM Enumerați semnele radiologice prezente la radiografia abdominală simplă în pancreatita acută:
- A. Pneumobilie
 - B. Pneumoperitoneum
 - C. Distensie gazoasă a colonului transvers
 - D. Distensie gazoasă a primei anse jejunale
 - E. Hemobilie
192. CM Indicați semnele examenului local al abdomenului în pancreatita acută:
- A. Împastarea epigastrică
 - B. Tegumente marmorate periombilical
 - C. Vizualizarea peristaltismului intestinal la nivelul asimetriei abdomenului
 - D. Distensie asimetrică abdominală
 - E. Se palapează pancreasul edemațiat și mărit în dimensiuni
193. CM Enumerați criteriile Ranson/Imrie de evaluare la internare a pacienților cu

pancreatită acută:

- A. Leucocitoză peste 16.000/mm³
 - B. Hipocalcemie sub 1,9 mmol/l
 - C. Creșterea creatininei serice peste 1,8 mmol/l
 - D. Hipoalbuminemie sub 3,2 g/dl
 - E. Hiperglicemie peste 11 mmol/l
194. CM Selectați formele clinice de afectare pleuro-pulmonară întâlnite în pancreatita acută:
- A. Atelectazie pulmonară
 - B. Bronhopneumonie
 - C. Sindrom de detresă respiratorie a adultului
 - D. Infiltrat nodular apical
 - E. Pleurezie
195. CM Enumerați complicațiile metabolice care pot surveni în evoluția pancreatitei acute:
- A. Hiperglicemie
 - B. Hipocalcemie
 - C. Hipofosfatemie
 - D. Alcaloza hipercloremică
 - E. Acidoza respiratorie
196. CM Selectați măsurile terapeutice de tratament eficiente în pancreatita acută:
- A. Medicația antiadrenergică
 - B. Administrare de spasmolitice
 - C. Octreotidul
 - D. Glucagonul
 - E. Glucocorticoizii
197. CM Enumerați criteriile de gravitate în pancreatita acută:
- A. Albumina serică > 32 g/l
 - B. Lactatdehidrogenaza serică > 500 U/l
 - C. Valorile crescute ale amilazei serice
 - D. Hipocalcemie
 - E. Hemoconcentrație
198. CM Selectați factorii ce influențează negativ pronosticul în pancreatita acută:
- A. Lichid peritoneal sero-citrin
 - B. Vârsta > 55 ani

- C. Obezitatea
 - D. AST seric între 100- 200 U/L
 - E. Hipoxemia ($PO_2 < 60$ mm Hg)
199. CM Enumerați fermenții activați de tripsină în pancreatita acută:
- A. Elastaza
 - B. Carboxipeptidaza
 - C. Anhidraza
 - D. Amilaza
 - E. Peptidaza
200. CM Hemoragia retroperitoneală în pancreatita acută se exteriorizează tardiv realizând:
- A. Semnul Mallet-Guy
 - B. Semnul Gray Turner
 - C. Semnul Cullen
 - D. Semnul Mayo-Robson
 - E. Semnul Blumberg
201. CM Indicați semnele clinice și paraclinice evaluate la internare în scorul Ranson:
- A. Lactatdehidrogenaza peste 350 U/l
 - B. Vârsta pacientului peste 55 ani
 - C. Hipocalcemie sub 8 mg/l
 - D. Glicemie > 200 mg/dl
 - E. ASAT peste 250 USF
202. CM Enumerați posibilitățile procedurilor operatorii în perioada precoce a pancreatitei acute:
- A. Rezecția de pancreas
 - B. Capsulotomia
 - C. Sfincterotomia
 - D. Sechestrectomia
 - E. Drenajul cavității peritoneale și a bursei omentale
203. CM Selectați intervențiile chirurgicale practicate în pancreonecroza supurată:
- A. Colecistectomie
 - B. Pancreatectomie
 - C. Debridarea focarelor necrotice
 - D. Necrosectomie
 - E. Drenaj-lavajul cavității peritoneale și a bursei omentale

204. CM Enumerați caracteristicile durerii în pancreatita acută:
- A. Iradiază în clavicula dreaptă
 - B. Intensă, atroce
 - C. Intermitentă
 - D. Rezistentă la analgeticele obișnuite
 - E. Se acompaniază frecvent de grețuri și vărsături
205. CM Enumerați leziunile fundamentale din pancreatita acută:
- A. Inflamația interstițială a țesutului pancreatic
 - B. Cheratinizarea țesutului pancreatic
 - C. Leziunile endoteliului vascular
 - D. Necroza țesutului pancreatic
 - E. Hialinizarea țesutului pancreatic
206. CM Enumerați fermenții produși de pancreas:
- A. Alfa-amilaza
 - B. Lipaza, fosfolipaza A și B
 - C. Pepsina
 - D. Tripsina, chimotripsina
 - E. Elastaza, colagenaza
207. CM Indicați metodele non-agresive în diagnosticul pancreatitei acute:
- A. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - B. Tomografia computerizată
 - C. Ultrasonografia abdominală
 - D. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
 - E. Puncția ecoghidată
208. CS Forma supurativ-necrotică a pancreonecrozei corespunde următoarei faze de evoluție a procesului patologic în pancreas:
- A. De edem
 - B. De necroză grăsoasă
 - C. De necroză hemoragică
 - D. De liză și sechestrare
 - E. De formare a chistului pancreatic
209. CS Selectați substanța nocivă apărută în evoluția pancreatitei acute se formează în pancreasul ischemic și determină șocul pancreatogen:
- A. Adrenalina
 - B. Heparina

C. Serotonina

D. Kalicreina

E. Dopamina

210. CM Selectați semnele radiologice la radiografia abdominală simplă caracteristice
pancreatitei acute:

A. "Ansa santinelă"

B. Hemobilie

C. Distensie gazoasă a colonului transvers

D. Pneumoperitoneum

E. Distensie gazoasă a primei anse jejunale

Pancreatita (răspunsuri):

- | | | | | | |
|-----|------|------|------|------|------|
| 1. | C | 53. | BCDE | 106. | AB |
| 2. | BCDE | 54. | ABCD | 107. | ABCD |
| 3. | E | 55. | ABC | 108. | ACDE |
| 4. | C | 56. | CD | 109. | ABE |
| 5. | E | 57. | ABCD | 110. | ACE |
| 6. | C | 58. | ABCD | 111. | ABCE |
| 7. | B | 59. | ABCD | 112. | ABCE |
| 8. | C | 60. | ABC | 113. | ABD |
| 9. | C | 61. | ABC | 114. | BCD |
| 10. | ABC | 62. | BCD | 115. | BDE |
| 11. | B | 63. | BC | 116. | ABCE |
| 12. | A | 64. | DE | 117. | BCDE |
| 13. | A | 65. | ACD | 118. | D |
| 14. | C | 66. | AB | 119. | ABCE |
| 15. | C | 67. | ACE | 120. | C |
| 16. | E | 68. | DE | 121. | A |
| 17. | B | 69. | DE | 122. | B |
| 18. | ABCD | 70. | ABCE | 123. | E |
| 19. | C | 71. | BD | 124. | D |
| 20. | E | 72. | AB | 125. | ADE |
| 21. | B | 73. | AD | 126. | C |
| 22. | C | 74. | ADE | 127. | ABD |
| 23. | E | 75. | AB | 128. | BCDE |
| 24. | C | 76. | AB | 129. | ABE |
| 25. | E | 77. | AD | 130. | C |
| 26. | C | 78. | BCDE | 131. | ABCE |
| 27. | A | 79. | AE | 132. | D |
| 28. | DE | 80. | ABCD | 133. | C |
| 29. | C | 81. | BCD | 134. | D |
| 30. | D | 82. | CD | 135. | C |
| 31. | B | 83. | ACD | 136. | ADE |
| 32. | E | 84. | CDE | 137. | ABDE |
| 33. | E | 85. | CD | 138. | CE |
| 34. | ABCD | 86. | CD | 139. | AC |
| 35. | E | 87. | C | 140. | BE |
| 36. | C | 88. | CDE | 141. | C |
| 37. | D | 89. | A | 142. | ACD |
| 38. | C | 90. | CDE | 143. | ABCD |
| 39. | D | 91. | CDE | 144. | ABD |
| 40. | B | 92. | CDE | 145. | ABE |
| 41. | D | 93. | A | 146. | ABC |
| 42. | C | 94. | E | 147. | D |
| 43. | E | 95. | B | 148. | D |
| 44. | B | 96. | A | 149. | ABDE |
| 45. | B | 97. | C | 150. | B |
| 46. | D | 98. | D | 151. | E |
| 47. | B | 99. | B | 152. | B |
| 48. | BCDE | 100. | D | 153. | D |
| 49. | ABCD | 101. | A | 154. | ACD |
| 50. | CDE | 102. | B | 155. | BC |
| 51. | CD | 103. | ABCD | 156. | B |
| 52. | BD | 104. | CD | 157. | D |
| | | 105. | ABDE | 158. | D |

159. D
160. B
161. D
162. B
163. A
164. D
165. A
166. B
167. AC
168. C
169. C
170. C
171. D
172. BD
173. ABCD
174. BCE
175. ABCE
176. BD
177. BCDE
178. ACE
179. ABDE
180. AD
181. ACDE
182. ABCD
183. ABE
184. ABDE
185. CD
186. ABDE
187. CE
188. ABD
189. ABCD
190. BC
191. CD
192. ABD
193. AE
194. ACE
195. AB
196. BC
197. BDE
198. BCE
199. AB
200. BC
201. ABDE
202. CE
203. CDE
204. BDE
205. ACD
206. ABDE
207. ABC
208. D
209. D
210. ACE

BOALA ULCEROASĂ (teste)

1. CS Selectați zona unde sunt localizate celulele Brunner ce secretă mucus:
 - A. Cardia gastrică
 - B. Bulbul duodenal cu partea descendentă
 - C. Partea fundică a stomacului
 - D. Partea orizontală și ascendentă a duodenului
 - E. Partea antrală a stomacului
2. CS Alegeți factorul patogenetic, dezechilibrul căruia determină apariția ulcerului gastric:
 - A. Secretor
 - B. Alimentar
 - C. Neuro-psihic
 - D. Protector
 - E. Ereditar
3. CS Selectați testul diagnostic util în monitorizarea terapiei anti-Helicobacter pylori:
 - A. Determinarea ureazei
 - B. Biopsia
 - C. Histologia
 - D. Bacteriologia
 - E. Serologia
4. CS Indicați volumul sângelui pierdut în hemoragia digestivă de gradul III:
 - A. 2000-3000 ml
 - B. 1500-2000 ml
 - C. 500-1000 ml
 - D. Sub 500 ml
 - E. 1000-1500 ml
5. CS Indicați metoda diagnostică utilizată pentru depistarea sursei hemoragiei digestive superioare:
 - A. Scanarea cu radioizotopi
 - B. Ultrasonografia
 - C. Tranzitul baritat esogastroduodenal
 - D. Fibroesofagogastroduodenoscopia
 - E. Angiografia selectivă
6. CS Selectați perioada perforației ulceroase caracterizată prin următoarele semne clinice: vome, puls accelerat, respirație superficială, hipotensiune, abdomen destins și lipsa tranzitului intestinal:
 - A. Pseudoameliorare
 - B. Șoc

- C. Peritonită difuză
 - D. Perioada preperforație
 - E. Perioada de debut a perforației
7. CM Alegeți situația clinică care nu necesită intervenție chirurgicală în caz de hemoragie digestivă superioară:
- A. Sângerare care nu se oprește după hemostaza endoscopică
 - B. Sângerare continuă cu mai mult de 400 ml în 8 ore
 - C. Sângerare cu hemodinamică instabilă după reechilibrare volemică
 - D. Sângerare din fistula vasculară activă
 - E. Pierdere sangvină sub 1000 ml cu FCC 100 b/min și TAs \geq 100 mmHg
8. CS Definiți hematochezia:
- A. Scaun negru
 - B. Vărsătură cu sânge digerat
 - C. Expectorație cu sânge proaspăt
 - D. Exteriorizare de sânge proaspăt și cheaguri pe cale rectală
 - E. Vărsătură cu sânge proaspăt
9. CS Selectați procedeul chirurgical indicat în perforația ulcerului gastric cronic la un bolnav de 40-60 ani, cu până la 6 ore de la perforație:
- A. Sutura simplă a ulcerului
 - B. Rezecția gastrică
 - C. Biopsia și suturarea ulcerului procedeu Opper
 - D. Excizia cuneiformă a ulcerului cu vagotomie
 - E. Vagotomie tronculară bilaterală cu sutură simplă
10. CS Perforația ulcerului duodenal în peritoneul liber se produce atunci când:
- A. Leziunea penetrează toate straturile peretelui anterior
 - B. Leziunea penetrează toate straturile peretelui posterior
 - C. Apare o fistulă internă
 - D. Apare ocluzia intestinală
 - E. Apare stenoza pilorică
11. CS Selectați semnul clinic dominant al ulcerului cronic duodenal:
- A. Hematemeza
 - B. Grețurile
 - C. Vărsăturile
 - D. Durerea
 - E. Tenesmele

12. CS Selectați volumul minim de hemoragie în tubul digestiv ce se va manifesta prin melenă:
- A. 50 ml
 - B. 1000 ml
 - C. 200-250 ml
 - D. 500 ml
 - E. 750 ml
13. CS Selectați semnificația reacției Gregersen-Adler:
- A. Atenuarea durerilor la debutul hemoragiei
 - B. Hemoragia digestivă ocultă
 - C. Prezența adenomului ulcerogen în pancreas
 - D. Hemoragie rectală
 - E. Hemoragie din varicele esofagiene
14. CS Definiți semnul Bergman, întâlnit în hemoragia ulceroasă:
- A. Atenuarea durerilor în epigastru la debutul hemoragiei
 - B. Hemoragie microscopică superioară
 - C. Prezența adenomului ulcerogen în pancreas
 - D. Hemoragie din rect
 - E. Hemoragie din varicele esofagiene
15. CS Prezența plenitudinii postprandiale, vomelor cu caracter episodic și tendință de creștere a volumului acestora, corespunde următoarei complicații a maladii ulceroase:
- A. Stenozei subcompensate
 - B. Stenozei compensate
 - C. Stenozei decompensate
 - D. Penetrației ulcerului gastric în pancreas
 - E. Penetrației ulcerului duodenal în pancreas
16. CS Malignizarea ulcerului gastro-duodenal mai des se întâlnește când acesta este localizat:
- A. Pe curbura mare a stomacului
 - B. În bulbul duodenal
 - C. În cardia gastrică
 - D. În fundul gastric
 - E. Pe curbura mică a stomacului
17. CS Selectați indicația pentru tratament chirurgical programat al ulcerului gastric:
- A. Imediat după ce a fost depistat
 - B. După prima hemoragie
 - C. În caz de recidivă a ulcerului

D. După eșecul terapiei medicamentoase de 6 săptămâni

E. În caz de perforație

18. CM Selectați semnele clinice întâlnite în ulcerul gastric necomplicat:

A. Grețuri

B. Pirozis

C. Hemoragie

D. Durere

E. Defans muscular

19. CS Selectați faza secreției gastrice apreciată prin testul Hollender:

A. Nocturnă

B. Bazală

C. Intestinală

D. Cefalică

E. Hormonală

20. CS Prezența la un pacient cașectic a vomelor rare cu miros fetid, a paresteziilor, a tetaniei și alcalozei metabolice cu azotemie extrarenală caracterizează următoarea complicație a maladii ulceroase:

A. Ocluzia intestinală tardivă

B. Sindromul Zollinger-Ellison

C. Șocul hemoragic

D. Insuficiența renală cronică

E. Stenoza pilorică decompensată

21. CS Selectați semnificația semnului Kullencamp-Grassman caracteristic perforației ulceroase:

A. Durere acută pe toată aria abdomenului

B. Matitate deplasabilă în fosa iliacă dreaptă

C. Abdomen „de lemn”

D. Bombarea dureroasă a fundului de sac Douglas

E. Durere percepută ca „lovitură de pumna”

22. CS Selectați gradul hemoragiei digestive superioare la pierderea a 1000-1500 ml sânge (30% din volumul circulant):

A. Gradul IV

B. Gradul I

C. Gradul II

D. Gradul III

E. Gradul V

23. CS Selectați metoda diagnostică cea mai informativă în depistarea ulcerului perforat menajat:

- A. Gastrografia cu contrast în ortostatism
- B. Pneumogastrografia
- C. Radiografia de ansamblu a abdomenului
- D. Laparoscopia
- E. Gastrografia cu contrast în decubit lateral

24. CS Ulcerul miciei curburi conform clasificării Johnson este de:

- A. Tipul IV
- B. Tipul V
- C. Tipul I
- D. Tipul II
- E. Tipul III

25. CS Definiți semnul Kussmaul întâlnit în maladia ulceroasă:

- A. Flebita membrului inferior stâng în cancerul gastric
- B. Tulburările metabolice din stenoza pilorică decompensată
- C. Contractura mușchilor în ulcerul duodenal perforat
- D. Prezența undelor peristaltice ale stomacului în stenoza piloroduodenală
- E. Adenopatia supraclaviculară pe stânga în cancerul gastric

26. CS Care procedeu prevede utilizarea omentului pe picioruș la suturarea ulcerului perforat?

- A. Opper
- B. Judd
- C. Braun
- D. Heineke-Miculicz
- E. Holle

27. CS Adenomul ulcerogen produce cantități mari de:

- A. Histamină
- B. Tripsină
- C. Kalicreină
- D. Gastrină
- E. Chinine

28. CS Indicați cea mai frecventă operație de drenaj gastric asociată vagotomiei tronculare în chirurgia bolii ulceroase:

- A. Piloroplastia Judd
- B. Piloroplastia Finney
- C. Gastroduodenostomia Jaboulay
- D. Gastrojejunostomia

E. Piloroplastia Heineke-Miculicz

29. CS Selectați complicația cazuistică, ce se întâlnește în ulcerul duodenal:

A. Malignizarea

B. Stenoza

C. Hemoragia

D. Penetrația

E. Perforația

30. CS Selectați cel mai caracteristic indice de laborator caracteristic ulcerului perforat:

A. Leucopenie cu deviere în stânga

B. Hipocloremie

C. Anemie moderată

D. Leucocitoză cu devierea spre stânga

E. Creșterea hematocritului

31. CS Selectați antibioticul ce NU se administrează în infecția cu *Helicobacter pylori*:

A. Metronidazol

B. Tetraciclina

C. Claritromicina

D. Amoxicilina

E. Streptomicina

32. CS Selectați situația în care NU se pot dezvolta ulcerații acute gastroduodenale:

A. Arsuri extinse

B. Corticoterapie

C. Ingestie de aspirină

D. Leziuni ale sistemului nervos central

E. Administrarea de peniciline

33. CS Fistula digestivă externă după chirurgia ulcerului gastroduodenal este consecința:

A. Stenozei organice precoce

B. Edemului gurii de anastomoză

C. Atoniei gastrice

D. Dehiscentei anastomozei

E. Hemoragiei din tranșa de sutură

34. CS Selectați cauza cea mai frecventă a hemoragiilor digestive superioare:

A. Ulcerul gastric

B. Ulcerul duodenal

C. Varicele esofagiene

- D. Cancerul gastric
 - E. Sindromul Mallory-Weiss
35. CS Selectați dintre cele enumerate cauza cea mai frecventă a hemoragiei digestive superioare:
- A. Ulcerul gastric
 - B. Ulcerul duodenal
 - C. Gastrita erozivă
 - D. Cancerul gastric
 - E. Sindromul Mallory-Weiss
36. CS Prezența ulcerului gastric subcardial mai frecvent este stabilit în baza:
- A. Tabloului clinic
 - B. Radiografiei abdominale
 - C. Ultrasonografiei abdominale
 - D. Endoscopiei digestive
 - E. pH-metriei gastrice
37. CS Prezența durerilor nocturne în maladia ulceroasă este caracteristic pentru:
- A. Ulcerul duodenal
 - B. Ulcerul gastric
 - C. Hernia hiatală
 - D. Gastrita cronică
 - E. Esofagita de reflux
38. CS Selectați cea mai frecventă localizare a ulcerului gastric:
- A. Peretele anterior
 - B. Peretele posterior
 - C. Curbura mare
 - D. Pilor
 - E. Curbura mică
39. CS Specificați caracteristica distinctivă a durerii în ulcerul duodenal:
- A. Permanentă
 - B. Are caracter de colică
 - C. Dependentă de alimentație
 - D. Calmată de spălături gastrice
 - E. Cedează în cursul nopții
40. CS Selectați factorul ce NU este implicat în etiopatogenia ulcerului peptic:
- A. Dezechilibrul factorilor de agresiune și protecție
 - B. Infecția cu *Helicobacter pylori*

- C. Antiinflamatoarele nesteroidiene
 - D. Hipergastrinemia
 - E. Hipertiroidia
41. CS Alegeți patologia ce NU reprezintă cauza unei hemoragii digestive superioare:
- A. Tumori benigne esofagiene
 - B. Diverticulul gastric
 - C. Volvulusul gastric
 - D. Angiodisplaziile duodenale
 - E. Tumorile ampulei Vater
42. CS Hematemeza în cazul hemoragiilor ulceroase este urmată întotdeauna de:
- A. Hematochezie
 - B. Hemoptizie
 - C. Melenă
 - D. Rectoragie
 - E. Metroragie
43. CS Alegeți semnul mai precoce al malignizării ulcerului gastric:
- A. Voma cu miros fetid
 - B. Hematemeza
 - C. Dispariția periodicității și violenței durerilor
 - D. Pierderea ponderală
 - E. Melena
44. CS Indicați cea mai informativă metodă de apreciere a secreției gastrice:
- A. Testul Hollender
 - B. pH-metria
 - C. Testul Kay
 - D. Examenul radiosopic
 - E. Esofagogastroduodenoscopia
45. CS Selectați caracteristica ce încadrează ulcerul gastric în tipul Johnson II:
- A. Ulcer prepiloric
 - B. Ulcer cardial
 - C. Ulcer al curburii mici cu antru și pilor normal și aciditate subnormală
 - D. Ulcer al curburii mici cu ulcer duodenal evolutiv
 - E. Ulcer al curburii mici cu ulcere prepilorice și aciditate înaltă
46. CS Selectați caracteristica ce încadrează ulcerul gastric în tipul Johnson IV:
- A. Ulcer prepiloric

- B. Ulcer al curburii mici cu ulcer duodenal evolutiv
 - C. Ulcer cardial
 - D. Ulcer al curburii mici cu antru și pilor normal și aciditate subnormală
 - E. Ulcer al curburii mici cu ulcere prepilorice și aciditate înaltă
47. CS Selectați complicația maladiei ulceroase în care vomele sunt mai frecvente:
- A. Stenoza compensată
 - B. Stenoza decompensată
 - C. Ulcer duodenal penetrant în pancreas
 - D. Ulcer perforant duodenal asociat cu hemoragie
 - E. Stenoza subcompensată
48. CS Selectați cea mai informativă metodă diagnostică pentru constatarea malignizării ulcerului:
- A. Radioscopia stomacului cu contrastare dublă
 - B. pH-metria gastrică
 - C. Fibroesofagogastroduodenoscopia cu biopsie
 - D. Pneumogastrografia
 - E. Tomografia computerizată
49. CS Alegeți afirmația falsă despre hemoragia digestivă ocultă:
- A. Se depistează prin intermediul testului pentru hemoglobinperoxidază
 - B. Ingestia de vitamina C peste 500 g/zi provoacă întotdeauna un test fals pozitiv
 - C. Pacienții trebuie testați în timpul unei diete cu multe fibre și puțină carne
 - D. Doză zilnică de 325 mg de aspirină nu duce la rezultate fals pozitive
 - E. Testul pentru depistarea hemoragiilor oculte nu este obligatorie la pacienții sub 50 ani
50. CS La un pacient de 45 ani cu anamneza îndelungată de ulcer duodenal refractar la terapia medicamentoasă și prevalarea hiperacidității după testul Kay, cea mai indicată operație este:
- A. Vagotomia supraselectivă
 - B. Vagotomia tronculară cu excizia ulcerului și operație de drenaj gastric
 - C. Vagotomia selectivă cu gastroduodenostomie Jaboulay
 - D. Vagotomia tronculară cu anastomoză gastrojejunală
 - E. Rezecția gastrică 2/3
51. CS Selectați perioada perforației ulceroase ce se caracterizează prin durere violentă în epigastru, transpirații reci, respirație superficială, semnul Eleker pozitiv și poziție antalgică forțată:
- A. Peste 12 ore de la asocierea perforației ulcerului cu hemoragie
 - B. Primele 6 ore de la perforația retroperitoneală a ulcerului duodenal
 - C. Primele 4-6 ore de la perforația ulcerului în peritoneul liber
 - D. 6-12 ore de la penetrația ulcerului

- E. Peste 12 ore de la perforația ulcerului în peritoneul liber
52. CS Indicați autorul metodei conservative de tratament a ulcerului perforat:
- A. Billroth (1881)
 - B. Pierandozzi (1960)
 - C. Dragstedt (1960)
 - D. Taylor (1946)
 - E. Braun (1892)
53. CS Specificați examenul în rezultatul căruia se apreciază activitatea hemoragiei digestive superioare:
- A. Clinic
 - B. Bacteriologic
 - C. Radiologic
 - D. Endoscopic
 - E. Laparoscopic
54. CS Fibroesofagogastroscoopia evidențiază varice esofagiene gr.III care sângerează activ și mucoasă gastrică fără ulceratii. Selectați metoda de hemostază de prima intenție:
- A. Ligatura varicelor esofagiene
 - B. Rezecția esofagului inferior cu anastomoză esogastrică
 - C. Aplicarea sondei Blakemore
 - D. Deconectare azigoportală
 - E. Anastomoză splenorenală
55. CS Montajul Pean-Billroth I în rezecția gastrică efectuată pentru complicațiile ulcerului peptic constă în:
- A. Anastomoză gastroduodenală termino-terminală
 - B. Anastomoză gastrojejunală termino-laterală
 - C. Anastomoză gastrojejunală în „Y”
 - D. Anastomoză gastroduodenală latero-laterală
 - E. Anastomoză gastroduodenală termino-laterală
56. CS Marcați cel mai relevant semn al dehiscentei anastomozei gastroduodenale și a tranșei gastrice, întâlnit în chirurgia maladei ulceroase:
- A. Dureri pronunțate în epigastru
 - B. Vomă și grețuri
 - C. Febră și frison
 - D. Eliminarea prin drenuri a albastrului de metilen introdus în stomac
 - E. Contractură musculară în epigastru
57. CM Selectați elementele conduitei curative în sindromul Mallory-Weiss:
- A. Antacide și hemostatice

- B. Terapie hormonală (corticosteroizi)
- C. Pituitrină
- D. Sonda Blakemore
- E. Hemostaza endoscopică

58. CM Selectați tipurile de stenoze ulceroase:

- A. Stenoza cardiei
- B. Stenoza mediogastrică
- C. Stenoza pilorobulbară
- D. Stenoza postbulbară
- E. Stenoza fundică

59. CM Selectați localizările posibile ale adenomului ulcerogen:

- A. Pancreas
- B. Duoden
- C. Splină
- D. Colecist
- E. Stomac

60. CM Selectați complicațiile frecvente în ulcerul duodenal:

- A. Malignizarea
- B. Stenoza
- C. Hemoragia
- D. Penetrația
- E. Perforația

61. CM Selectați afirmațiile corecte referitor la hemoragia digestivă superioară:

- A. La vârstnici hemoragia digestivă superioară se stopează mai ușor decât la tineri
- B. Este important de a diferenția hemoragia ulceroasă de cea din varicele esofagiene
- C. Se așteaptă 48 ore pentru efectuarea hemostazei medicale
- D. Se operează după 48 ore pentru a reduce mortalitatea
- E. Sursa hemoragiei este situată până la lig. Treitz

62. CM Indicați factorii ce pot induce apariția sindromului Mallory-Weiss:

- A. Abuzul de alcool și alimente
- B. Tusea convulsivă
- C. Voma incoercibilă
- D. Hernia hiatală
- E. Utilizarea anticoagulantelor

63. CM Alegeți caracteristicile sindromului Zollinger-Ellison:

- A. Creșterea secreției bazale nocturne
- B. Constipația
- C. Vome abundente, frecvente și cu caracter acid
- D. Hemoragii digestive superioare frecvente
- E. Durere epigastrică intensă, continuă, cu crize nocturne

64. CM Selectați tipurile perforației ulceroase atipice:

- A. Acoperită
- B. Oarbă
- C. A peretelui duodenal posterior
- D. A porțiunii cardiale a stomacului
- E. În peritoneul liber

65. CM Indicați factorii ce influențează secreția gastrică în faza cefalică:

- A. Distensia gastrică fundică
- B. Vederea și mirosul alimentelor
- C. Masticația și salivația
- D. Deglutiția
- E. Insulina

66. CM Selectați procedeele chirurgicale ce pot fi utilizate în tratamentul ulcerului gastric perforat:

- A. Antrumrezecția
- B. Sutura ulcerală
- C. Vagotomia tronculară cu suturarea ulcerală
- D. Vagotomia selectivă proximală cu suturarea ulcerală
- E. Excizia cuneiformă a ulcerală

67. CM Selectați factorii patogeni primordiali în apariția ulcerului peptic:

- A. Hiperaciditatea
- B. Diminuarea rezistenței mucoasei gastroduodenale
- C. Stresul
- D. Hipermotilitatea gastroduodenală
- E. Prezența *Helicobacter pylori*

68. CM Alegeți situațiile clinice ce se manifestă radiologic prin pneumoperitoneu:

- A. Perforația esofagului abdominal
- B. Perforația gastroduodenală
- C. Perforația colonului
- D. Perforația colecistului
- E. Perforațiile vezicii urinare

69. CM În ulcerul gastroduodenal necomplicat examenul obiectiv poate constata:
- A. Clapotaj epigastric
 - B. Tumoră epigastrică
 - C. Durere epigastrică la palpare
 - D. Defans muscular
 - E. Examenul obiectiv este neinformativ în faza de acalmie
70. CM Perforația ulcerului peptic se poate produce:
- A. În peritoneul liber
 - B. În cavitățile peritoneale închise de aderențe
 - C. Într-un organ vecin
 - D. La tegumente
 - E. În spațiul retroperitoneal
71. CM Tabloul clinic al ulcerului duodenal perforat în faza a III-ea de evoluție este dominat de:
- A. Abdomen „de lemn”
 - B. Distensie abdominală
 - C. Hemoragie digestivă superioară
 - D. Șoc septic
 - E. Dureri în hipocondrul drept
72. CM Selectați indicațiile pentru suturarea simplă a ulcerului perforat:
- A. Ulcer gastric calos
 - B. Ulcer acut medicamentos
 - C. Ulcer duodenal cu peritonită totală
 - D. Ulcer de stres
 - E. Ulcere duodenale contrapuse
73. CM Selectați efectele vagale asupra secreției gastrice:
- A. Crește debitul de HCl și pepsină
 - B. Stimulează eliminarea gastrinei antrale
 - C. Sensibilizează celulele oxintice în sistemul gastrinic
 - D. Scade secreția de HCl
 - E. Induce secreția de mucus antral
74. CM Enumerați indicațiile aplicării sondei Blakemore în hemoragiile digestive superioare:
- A. Ulcer gastric subcardial hemoragic
 - B. Hemoragie din varicele esofagiene
 - C. Sindromul Mallory-Weiss
 - D. Esofagită peptică

E. Reflux gastro-esofagian

75. CM Specificați maladiile ce pot induce apariția ulcerului de stres:

- A. Arsurile extinse
- B. Fibroza pulmonară
- C. Politraumatismele severe
- D. Ingestia cronică de aspirină
- E. Sepsisul

76. CM Selectați localizările ulcerului gastric ce NU corespund tipului Johnson I:

- A. Prepiloric
- B. Juxtacardial
- C. Mica curbura cu aciditate subnormală
- D. Antral cu ulcer duodenal evolutiv
- E. Unghiul gastric

77. CM Indicați semiologia radiologică caracteristică ulcerului gastric Johnson I:

- A. Prezența nișei
- B. Dimensiuni mărite ale stomacului până în bazin
- C. Rigiditatea pliurilor
- D. Convergența pliurilor către leziune
- E. Reținerea masei baritate în stomac peste 6 ore

78. CM Indicați complicațiile acute ale bolii ulceroase:

- A. Perforația
- B. Stenoza
- C. Malignizarea
- D. Penetrația
- E. Hemoragia

79. CM Specificați situațiile unde este obligatorie biopsia ulcerului:

- A. Ulcerul duodenal acut
- B. Ulcerul duodenal calos cu un diametru mai mare de 2 cm
- C. Ulcerul gastric la un pacient trecut de 40 ani
- D. Ulcerul gastric Johnson IV
- E. Ulcerul duodenal calos penetrant în pancreas și asociat cu hemoragie

80. CM Selectați semnele radiologice ce pledează pentru stenoza piloroduodenală:

- A. Prezența nișei
- B. Dimensiuni mărite ale stomacului
- C. Reținerea masei de contrast în stomac peste 12 ore

- D. Prezența pneumoperitoneului
 - E. Refluxul duodenogastric
81. CM Selectați localizările leziunilor gastrice tipice sindromului Mallory-Weiss:
- A. Leziune unică hemoragică gastrică
 - B. Leziuni hemoragice liniare ale mucoasei cardiale ale stomacului
 - C. Erozii gastrice hemoragice
 - D. Leziuni hemoragice liniare ale joncțiunii esofagogastrice
 - E. Erozii duodenale hemoragice
82. CM Selectați indicațiile absolute ale tratamentului chirurgical al ulcerului duodenal:
- A. Perforația
 - B. Stenoza decompensată
 - C. Ulcerul evolutiv în acutizare
 - D. Hemoragia ulceroasă Forrest IIB
 - E. Hemoragia ulceroasă Forrest IA cu hemostază endoscopică nereușită
83. CM Alegeți componentele sindromului Darrow, caracteristic stenozei ulceroase:
- A. Hipocloremie
 - B. Hipokaliemie
 - C. Hiperpotasemie
 - D. Hiperazotemie
 - E. Alcaloză metabolică
84. CM Alegeți componentele triadei Mondor, caracteristice ulcerului perforat:
- A. Durere epigastrică violentă
 - B. Contractură musculară abdominală
 - C. Hiperestezie cutanată
 - D. Pneumoperitoneum
 - E. Antecedente ulceroase
85. CM Selectați semnele clinice caracteristice perforației ulcerului peptic:
- A. Apărare musculară în epigastru și fosa iliacă dreaptă
 - B. Durere violentă în epigastru
 - C. Diaree
 - D. Respirație superficială
 - E. Vome multiple
86. CM Specificați semnele ce pot fi întâlnite în ulcerul perforat la percuția abdomenului:
- A. Dispariția matității hepatice
 - B. Semnul Celaditi

- C. Apariția matității în spațiul parieto-colic drept
- D. Semnul Mandel
- E. Clapotaj în epigastru

87. CM Selectați afirmațiile caracteristice stenozei ulceroase subcompensate:

- A. Vomele abundente zilnic
- B. Voma nu ușurează starea generală
- C. La examenul obiectiv se poate decela clapotaj în epigastru
- D. Sondajul gastric depistează o cantitate mare de conținut gastric
- E. Astenie generală și pierdere ponderală

88. CM Specificați indicațiile absolute pentru tratamentul chirurgical al ulcerului peptic:

- A. Ulcer gastric cu suspiciune la malignizare
- B. Ulcer gastric calos
- C. Ulcer complicat cu hemoragie activă cu hemostază endoscopică nereușită și hemodinamică instabilă
- D. Ulcerul perforat
- E. Ulcerul duodenal recidivant

89. CM Indicați măsurile terapeutice în hemoragia digestivă din varicele esofagiene:

- A. Administrarea de Pituitrină
- B. Bandarea endoscopică
- C. Ligatura de trunchi celiac
- D. Aplicarea sondei Blakemore
- E. Efectuarea vagotomie supraselective

90. CM Selectați semnele clinice specifice ulcerului duodenal perforat în peritoneul liber:

- A. Vărsăturile
- B. Meteorismul epigastric
- C. Contractura abdominală
- D. Dispariția matității hepatice
- E. Spațiul Douglas suplu, nedureros

91. CM Prezența aerului liber subdiafragmatic pe o radiografie abdominală, pledează pentru:

- A. Ulcer gastric perforat
- B. Ileus biliar
- C. Ocluzie intestinală aderențială
- D. Colecistita acută perforativă
- E. Ulcer duodenal perforat

92. CM Numiți trei surse mai frecvente de hemoragie digestivă superioară:

- A. Sindromul Mallory-Weiss
- B. Hemobilia
- C. Ulcerul duodenal
- D. Cancerul gastric
- E. Varicele esofagiene

93. CM Indicațiile absolute către tratamentul chirurgical al ulcerului peptic sunt:

- A. Ulcerul malignizat
- B. Stenoza pilorică decompensată
- C. Ulcerul perforat
- D. Ulcerul postbulbar
- E. Ulcerul hemoragic

94. CM Ulcerul duodenal acut se poate complica cu:

- A. Stenoză
- B. Malignizare
- C. Penetrație
- D. Perforație
- E. Hemoragie

95. CM Selectați maladiile ce necesită diferențiere cu ulcerul perforat:

- A. Pancreatita acută
- B. Apendicita acută
- C. Pleuropneumonia pe dreapta
- D. Trombembolia arterei pulmonare
- E. Tromboza mezenterică

96. CM Selectați afirmațiile ce subliniază valoarea informativă a endoscopiei digestive în diagnosticul ulcerului peptic:

- A. Detectează ulcerele în absența semnelor radiologice specifice
- B. Stabilește gradul stenozei piloroduodenale
- C. Este metoda cea mai frecvent utilizată în stabilirea diagnosticului
- D. Identifică ulcerele mici sau superficiale fără manifestări specifice
- E. Stabilește sediul ulcerului postbulbar detectat radiologic

97. CM Specificați caracteristicile durerii epigastrice în ulcerul duodenal necomplicat:

- A. Depinde de alimentație
- B. Are caracter de arsură
- C. Nu apare niciodată noaptea
- D. Se calmează după administrarea antiacidelor

- E. Poate persista maxim 48 ore
98. CM Selectați tehnicile endoscopice de hemostază utilizate în hemoragia digestivă ulceroasă:
- A. Electro-, termo- sau fotocoagularea ulcerelor hemoragice
 - B. Injectare locală de alcool și trombină
 - C. Sclerozarea
 - D. Ligatura cu benzi elastice
 - E. Aplicarea clipselor hemostatice
99. CM Selectați semnele clinice ce pledează pentru hemoragia digestivă superioară:
- A. Melena
 - B. Rectoragia
 - C. Hemoptizia
 - D. Hematochezia
 - E. Hematemeza
100. CM Indicați situațiile de unde poate fi sursa melenei:
- A. Sângerare la nivelul stomacului
 - B. Sângerare la nivelul jejunului
 - C. Sângerare la nivelul rectului
 - D. Sânge înghițit în hemoragiile oro-faringiene
 - E. Sângerare la nivelul colonului sigmoid
101. CM Selectați afirmațiile ce pledează pentru intervenția chirurgicală de urgență la un pacient cu hemoragie digestivă superioară:
- A. Hemoragii acute cu pierderea rapidă peste 30% din cantitatea totală de sânge
 - B. Hemoragii care se repetă la interval de o săptămână
 - C. Hemoragii care nu pot fi menajate endoscopic
 - D. Hemoragii cu hemodinamică instabilă după repleția volemică
 - E. Hemoragii la pacienți peste 60 ani
102. CM Selectați maladiile ce pot fi cauza hemoragiei digestive superioare:
- A. Ulcerul gastric
 - B. Sindromul Mallory-Weiss
 - C. Gastropatia eroziv-hemoragică
 - D. Hamartomul
 - E. Boala ano-rectală
103. CM Selectați afirmațiile false despre conduita terapeutică în hemoragiile digestive superioare:
- A. Un aspirat nazogastric inițial clar sau bilios sugerează o sângerare activă curentă
 - B. Gastropatia erozivă sau hemoragică e de obicei accesibilă terapiei endoscopice

- C. Sângerarea provocată de antiinflamatorii nesteroidiene se poate ameliora prin administrarea de antagoniști de receptori H₂ sau inhibitori de pompă protonică
 - D. Malformațiile arterio-venoase sângerânde se tratează cu electrocauterizare bipolară
 - E. Aspirarea de sânge sau „zaț de cafea” prin tubul nazogastric necesită lavaj gastric
104. CM Selectați factorii asociați cu incidența crescută a ulcerului duodenal:
- A. Rudele de gradul întâi ale pacienților cu ulcer duodenal
 - B. Grupa sanguină A(II)
 - C. Boala pulmonară cronică obstructivă
 - D. Pacienți cu insuficiență renală cronică
 - E. Hipoparatiroidismul
105. CM Selectați afirmațiile adevărate despre aspectul radiologic al ulcerelor gastrice:
- A. Ulcerele gastrice benigne sunt mai frecvent localizate la nivelul mării curburi
 - B. Prezența pliurilor gastrice radiante de la marginea ulcerului gastric sugerează malignizarea
 - C. Ulcerele gastrice cu un diametru de peste 3 cm sunt mai frecvent maligne
 - D. Aproximativ 1-8% dintre ulcerele gastrice care apar benigne la examenul radiologic baritat se dovedesc a fi maligne
 - E. Investigația radiologică poate fi folosită drept unic criteriu de determinare a malignității
106. CM Specificați afirmațiile adevărate ce caracterizează ulcerul gastric:
- A. Durerea epigastrică constituie simptomul cel mai frecvent întâlnit
 - B. Durerea este întotdeauna calmată de ingestia de alimente
 - C. Greața și vărsăturile pot apărea și în absența obstrucției mecanice
 - D. Scăderea ponderală apare doar în ulcerele maligne
 - E. Hemoragia constituie o complicație a ulcerului gastric
107. CM Indicați afirmațiile corecte despre *Helicobacter pylori*:
- A. Este un bacil spiralat, microaerofil, Gram negativ
 - B. Invadează mucoasa gastrică
 - C. Produce exotoxină ce facilitează efectele sale agresive asupra mucoasei gastrice
 - D. Activează monocitele prin HLA-DR-receptorii pentru interleukina 2 pe suprafața acestora
 - E. Produce o adezină ce facilitează atașarea de celulele epiteliale gastrice
108. CM Specificați afirmațiile corecte despre tratamentul maladiei ulceroase cu inhibitori de pompă de protoni:
- A. Acționează prin inhibarea ATP-azei H⁺/K⁺
 - B. Se administrează zilnic la orele 18.00
 - C. Doza standard de lansoprazol este de 30 mg/zi, 4-8 săptămâni
 - D. Nivelul seric al gastrinei revine la normal după 2 luni de la oprirea tratamentului

- E. La oameni nu a fost raportat hiperplazia celulelor enterocromofine ale mucoasei gastrice după administrarea de Lansoprazol
109. CM Prostaglandinele influențează secreția gastrică prin:
- A. Stimularea secreției de mucus gastric
 - B. Stimularea secreției de bicarbonat
 - C. Stimularea regenerării celulelor mucoasei
 - D. Reducerea fluxului sanguin
 - E. Menținerea barierei împotriva retro-difuziei ionilor de hidrogen
110. CM Indicați complicațiile evolutive frecvente ale ulcerului gastric:
- A. Stenoza
 - B. Hemoragia
 - C. Malignizarea
 - D. Volvulusul
 - E. Invaginația
111. CM Indicați obiectivele intervenției chirurgicale în tratamentul ulcerului gastric:
- A. Înlăturarea ulcerului
 - B. Întreruperea lanțului patogen
 - C. Hemostaza
 - D. Devolvularea
 - E. Restabilirea circuitului digestiv
112. CM Selectați afecțiunile ce pot duce la hemoragie digestivă superioară:
- A. Esofagita erozivă
 - B. Boala Menetrier
 - C. Hernia hiatală
 - D. Tromboza arterei splenice
 - E. Apendicita perforativă
113. CM Indicați caracteristicile ulcerului gastric:
- A. Este mai puțin frecvent decât ulcerul duodenal
 - B. Este mai frecvent decât ulcerul duodenal
 - C. Are incidență egală la ambele sexe
 - D. Apare în decada 3 de vârstă
 - E. Se poate maligniza
114. CM Selectați elementele patogenetice specifice pentru ulcerul gastric:
- A. Alterarea barierei mucoasei gastrice
 - B. Hiperaciditate

- C. Reflux alcalin
 - D. Esofagită peptică
 - E. Prezența *Helicobacter pylori*
115. CM Despre ulcerul gastric, din punct de vedere epidemiologic, se poate afirma că:
- A. Este mai frecvent decât cel duodenal
 - B. Se întâlnește cu o frecvență maximă după decada a V-a
 - C. Este mai frecvent la bărbați
 - D. Este mai puțin frecvent decât ulcerul duodenal
 - E. Are o incidență egală la ambele sexe
116. CS Indicați cine a descris triada caracteristică perforației ulcerului duodenal:
- A. Mondor
 - B. Dieulafoy
 - C. Charcot
 - D. Virchow
 - E. Finsterer
117. CM Medicația antisecretorie gastrică folosită în tratamentul ulcerului peptic include:
- A. Antacide
 - B. Sucralfat
 - C. Inhibitori ai pompei de protoni
 - D. Antihistaminice H₂
 - E. M-colinoblocante
118. CS Alegeți atitudinea chirurgicală paliativă în ulcerul gastro-duodenal hemoragic:
- A. Rezeecție gastrică B-I
 - B. Rezeecție gastrică de excludere
 - C. Anastomoză gastro-jejunală și vagotomie
 - D. Vagotomie + operație de drenaj
 - E. Gastro-duodenotomie, sutura ulcerului în situ, gastro-duodenorafie
119. CS Hematemeza survine când:
- A. Originea hemoragiei este pulmonară
 - B. Când sursa este până la ligamentul Treitz și mai mare de 500 ml
 - C. Hemoragie din intestinul subtire
 - D. Hemoragii colonice
 - E. Hemoperitoneum
120. CM Melena – scaun moale, păstos, de culoarea “vișinei răskoapte” poate fi întâlnit în:
- A. Hemoragiile pulmonare

- B. Ulcerul gastro-duodenal hemoragic
 - C. Ruptura varicelor esofagiene
 - D. Hemobilie
 - E. Neoplasm de colon recto-sigmoid
121. CS Tratamentul conservator în ulcerul gastro-duodenal hemoragic se axează pe terapia cu:
- A. Anticoagulante
 - B. Antibiotice
 - C. Antisecretoare
 - D. Glucocorticoizi
 - E. Adrenomimetice
122. CM Enumerați indicațiile suturii în ulcerul perforat:
- A. Ulcer acut perforat la tineri
 - B. Ulcer cronic calos gastric
 - C. Ulcer acut la bătrâni cu comorbidități severe
 - D. Ulcer cronic cu peritonită peste 24 ore
 - E. Ulcere “kissing”
123. CM Originea morfologică a hemoragiei în ulcerul gastroduodenal poate fi:
- A. Un vas extragastric în care a penetrat ulcerul
 - B. Prin erodarea unui vas parietal
 - C. Prin erodarea venei portae
 - D. Din aortă
 - E. Din vena mezenterică inferioară
124. CM Selectați fenomenele fiziopatologice ce survin în ulcerele gastroduodenale hemoragice:
- A. Mecanismele de reajustare hemodinamică imediată
 - B. Vasoconstricția sistemică selectivă
 - C. Tahipneea
 - D. Bradicardia
 - E. Hiperfuncția vagală
125. CM Perforația ulceroasă se asociază cu contractură musculară abdominală în 95% cazuri. Aceasta este diminuată:
- A. La obezi
 - B. La cașectici
 - C. La pacienții aflați pe terapie imunosupresorie
 - D. La pacienții ce au îngerat înainte de perforație alcool
 - E. La tineri

126. CM Pneumoperitoneumul este semn patognomonic al perforației unui organ digestiv cavită și se manifestă prin:
- A. Transparență semilunară sub hemidiafragul drept
 - B. Transparență localizată între splină și peretele abdominal stâng (semnul Judin)
 - C. Nivele hidroaerice
 - D. Pneumatoză colonică
 - E. Aerobilie
127. CM Selectați tactica medico-chirurgicală în ulcerul perforat acoperit ce se prezintă după 48 ore:
- A. Tratament chirurgical de urgență imediată
 - B. CT cu contrast hidrosolubil administrat per os
 - C. Laparoscopie diagnostică
 - D. Tratament medicamentos și supraveghere
 - E. Refuz la spitalizare
128. CS Localizarea ulcerului gastric este cea mai frecventă la nivelul:
- A. Peretelui anterior
 - B. Peretelui posterior
 - C. Miciei curburi
 - D. Marii curburi
 - E. Fundului gastric
129. CS Selectați caracteristica ce încadrează ulcerul gastric în tipul Johnson I:
- A. Ulcer prepiloric
 - B. B.Ulcer cardial
 - C. Ulcer al curburii mici cu antru și pilor normale și secreție gastrică scăzută
 - D. Ulcer al curburii mici cu ulcer duodenal evolutiv
 - E. Ulcere care apar oriunde pe mucoasa gastrică după administrarea de lungă durată a aspirinei sau antiinflamatoarelor nesteroidiene
130. CM Ulcerul gastric Johnson III are următoarele caracteristici:
- A. Se menționează hipersecreția
 - B. Este localizat în antru prepiloric
 - C. Ulcer gigant localizat în cardiac
 - D. De geneză etiologică prin RAINS
 - E. De regulă este însoțit de gastrită
131. CS Selectați caracteristica ce încadrează ulcerul gastric în tipul Johnson IV:
- A. Ulcer prepiloric
 - B. Ulcer gigant cardial

- C. Ulcer al curburii mici cu antru și pilor normal și aciditate subnormală
 - D. Ulcer al curburii mici cu ulcer duodenal evolutiv
 - E. Ulcere care apar oriunde pe mucoasa gastrică după administrarea de lungă durată a aspirinei sau antiinflamatoarelor nesteroidiene
132. CM Enumerați criteriile de diagnostic radiologic care indică caracterul malign al “nișei” gastrice:
- A. “Nișă” încadrată într-o masă tumorală
 - B. Pliurile mucoasei rigide, fuzionate, întrerupte la distanță de marginile craterului
 - C. Marginile “nișei” cu aspect neregulat
 - D. Incizura spastică este situată pe peretele opus “nișei”
 - E. Proiecția “nișei” este în afara lumenului gastric
133. CM Indicați semiologia radiologică a “nișei” gastrice benigne:
- A. Pliurile mucoasei sunt simetrice, convergente, vizibile până la marginile “nișei”
 - B. Prezența unui colet radiotransparent regulat care înconjoară craterul ulceros datorat edemului
 - C. Proiecția “nișei” nu este în afara lumenului gastric
 - D. Absența peristalticii în zona periulceroasă
 - E. Incizură spastică situată pe peretele opus “nișei”
134. CS FEGDS reprezintă cea mai bună metodă de diagnostic al ulcerului, având o acuratețe:
- A. 50-60%
 - B. 61-70%
 - C. 71-80%
 - D. 81-90%
 - E. >91%
135. CM Selectați criteriile endoscopice dimensionale ale ulcerului gigant:
- A. Ulcer duodenal > 1cm
 - B. Ulcer duodenal > 2cm
 - C. Ulcer gastric > 1cm
 - D. Ulcer gastric > 2cm
 - E. Ulcer gastric > 3cm
136. CM Marcați mecanismele fiziopatologice ale acțiunii *Helicobacter pilory* în geneza ulcerului:
- A. Generează hipersecreția de gastrină
 - B. Inhibă eliberarea somatostatinei antrale
 - C. Produce o citotoxină cu consecința apariției unui proces inflamator și degenerativ al epiteliului
 - D. Induce hipersecreția vagală
 - E. Inhibă motilitatea gastroduodenală
137. CM Enumerați markerii genetici dovediți în etiopatogenia ulcerului gastroduodenal:

- A. Hipersecreția de acid consecutivă unei hiperpopulații de celule oxintice
 - B. Conținutul sporit de pepsinogen I seric
 - C. Infecția cu *Helicobacter pylori*
 - D. Turnover scăzut a celulelor epiteliale
 - E. Raspuns exagerat prin eliberare de gastrină la un stimul alimentar
138. CS Hipersecreția de acid clorhidric este elementul agresiv dominant în geneza:
- A. Ulcerului duodenal
 - B. Ulcerului gastric
 - C. Gastritei cronice antrale
 - D. Pangastritei
 - E. Cancerului gastric
139. CM Selectați factorii cu potential agresiv în geneza ulcerului gastric:
- A. Staza antrală
 - B. Reflux duodeno-gastric
 - C. Tumori endocrine secretante
 - D. Consum de RAINS
 - E. Dereglările mecanismelor de frână secretorie antrofundice (feedback)
140. CM Selectați în care din formele ulceroase hemoragice din clasificarea Forrest au un risc de resângerare mai mare de 50%?
- A. Clasa IA
 - B. Clasa IB
 - C. Clasa IIA
 - D. Clasa IIB
 - E. Clasa III
141. CM Care dintre estimările endoscopice completează indicațiile pentru tratamentul chirurgical de urgență în ulcerul gastroduodenal hemoragic?
- A. Clasa Ia – sângereare “în jet”
 - B. Clasa Ib – sângereare “în pânză”
 - C. Clasa IIa – vas vizibil în craterul ulceros > 2 mm
 - D. Clasa IIb – cheag aderent la baza ulcerului
 - E. Clasa III – baza curată a ulcerului
142. CS Ulcerul Curling, ca ulcer de stress apare în:
- A. Arsuri extinse, grave
 - B. Leziuni cerebrale
 - C. Politraumatisme

- D. Stări septice
- E. Intervenții majore

143. CM Care dintre următoarele explorări sunt de importanță în diagnosticul sindromului Zollinger-Ellison?

- A. Dozarea acidității gastrice
- B. R-grafia gastrică
- C. Dozarea gastrinemiei
- D. TC abdominală
- E. Dozarea pepsinogenului

144. CM Selectați ulcerele discirculator-hipoxice care apar ca consecință a deficitului factorilor de protecție gastro-intestinală:

- A. Ulcerul aterosclerotic
- B. Ulcerul Curling
- C. Ulcerul Cushing
- D. Ulcerul din șocul hipovolemic
- E. Ulcerul din sindromul Zollinger-Ellison

145. CS Manifestarea clinică a ulcerului acut gastric este cea mai frecventă prin:

- A. Hemoragie
- B. Perforație
- C. Cronicizare
- D. Malignizare
- E. Stenozare

146. CM Caracteristicile morfologice ale ulcerului acut sunt:

- A. Margini moi suple
- B. Pătrunde mai adânc de musculatura mucoasei
- C. Pot da hemoragii
- D. Se vindecă lăsând o cicatrice gingasă
- E. Țesut fibro-conjunctiv în abundență periulceros

147. CS Ulcerul perforat gastroduodenal acut are, de regulă, viză de tratament chirurgical:

- A. Sutura simplă
- B. Rezecție gastrică
- C. Rezecție de excludere
- D. Vagotomie tronculară + operație de drenaj gastric
- E. Operație izolată de drenaj gastric

148. CM Specificați indicațiile chirurgicale în ulcerul gastric:

- A. Eșecul tratamentului medical peste 6 săptămâni
- B. Perforația ulceroasă
- C. Hemoragia masivă repetitivă
- D. Aspectul acut al ulcerului
- E. Malignizarea ulcerului

149.CM Selectați obiectivele tratamentului chirurgical în ulcerul gastric:

- A. Exereza leziunii ulceroase
- B. Obținerea unui ritm secretor și o evacuare gastrică ritmică
- C. Alegerea și efectuarea, de regulă, a unei intervenții de intenție patogenetică
- D. Colectomie, de regulă, pentru profilaxia litiazei biliare
- E. Vagotomie tronculară pentru stoparea hipersecreției vagale

150.CS Selectați faza secreției gastrice apreciată prin testul Kay:

- A. Nocturnă
- B. Bazală
- C. Intestinală
- D. Cefalică
- E. Hormonală

151.CS Selectați caracteristica ce încadrează ulcerul gastric în tipul Johnson II:

- A. Ulcer prepiloric
- B. Ulcer subcardial
- C. Ulcer al curburii mici cu antru și pilor normal și aciditate subnormală
- D. Ulcer al curburii mici în asociere cu un ulcer duodenal cu un nivel secretor normal sau crescut
- E. Ulcer al curburii mici cu ulcere prepilorice și aciditate înaltă

152.CS Selectați caracteristica ce încadrează ulcerul gastric în tipul Johnson V:

- A. Ulcer prepiloric
- B. Ulcer cardial
- C. Ulcer al curburii mici cu antru și pilor normal și aciditate subnormală
- D. Ulcer al curburii mici cu ulcer duodenal evolutiv
- E. Ulcere care apar oriunde pe mucoasa gastrică fiind rezultatul ingestiei cronice de aspirină sau antiinflamatorii nesteroidiene

153.CM Dispariția matității hepatice poate fi întâlnită în:

- A. Ocluzia intestinală obstructivă de cancer rectal
- B. Ulcer perforat gastroduodenal în peritoneul liber
- C. Perforație de vezică biliară
- D. Pancreatită acută

E. Perforație de vezică urinară

154. CS Istoria naturală a ulcerului perforat evoluează, de regulă, spre:

A. Peritonită generalizată

B. Abces intraabdominal

C. Vindecare spontană

D. Flegmon retroperitoneal

E. Ocluzie intestinală

155. CS Tactica medico-chirurgicală în ulcerul perforat acoperit, internat peste 48h de la debut într-o stare satisfăcătoare, se rezidă la:

A. Tratament conservator

B. Intervenție chirurgicală de urgență

C. Laparoscopie diagnostico-curativă

D. Colangiopancreatografie endoscopică retrogadă cu papilosfincterotomie

E. Bronhoscopii curative

Boala ulceroasă
(răspunsuri):

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

52. D
53. D
54. C
55. A
56. D
57. ADE
58. BCD
59. ABDE
60. BCDE
61. BE
62. ABCD
63. ACDE
64. BCD
65. BCDE
66. ABE
67. ABE
68. ABC
69. CE
70. ABE
71. BD
72. BCD
73. ABC
74. BC
75. ACE
76. ABD
77. AD
78. AE
79. CD
80. BC
81. BD
82. ABE
83. ABDE
84. ABE
85. ABD
86. ACD
87. ACDE
88. ACD
89. ABD
90. CD
91. AE
92. ACE
93. ABC
94. DE
95. ABCE
96. ACDE
97. ABD
98. ABE
99. ADE
100. ABD
101. ACD
102. ABC
103. AB
104. ACD

105. CD
106. ACE
107. ACDE
108. ACE
109. ABCD
110. BC
111. ABE
112. ABC
113. ACE
114. ACE
115. BDE
116. A
117. CDE
118. E
119. B
120. ABCD
121. C
122. ACD
123. AB
124. AB
125. BCD
126. AB
127. BD
128. C
129. C
130. AB
131. B
132. ABC
133. ABE
134. E
135. BE
136. ABC
137. ABE
138. A
139. ABE
140. AC
141. AC
142. A
143. CD
144. ABCD
145. A
146. ABCD
147. A
148. ABCE
149. ABC
150. E
151. D
152. E
153. ABD
154. A
155. A

TRAUMATISM ABDOMINAL (teste)

1. CS Indicați afirmația ce caracterizează leziunile traumatice ale viscerelor:
 - A. Leziunile colonului necesită rezecție și anastomoză indiferent de extensie datorită contaminării cu materii fecale
 - B. Leziunile intestinale care interesează mai puțin de $\frac{1}{2}$ din circumferința intestinală se pot sutura de cele mai multe ori
 - C. Antibioticoprofilaxia pentru 24 de ore este suficientă
 - D. Plăgile gastrice nu se suturează ci se drenează prin gastrostomie temporară
 - E. Leziunile viscerelor abdominale sunt cel mai des rezultatul unor traumatisme închise
2. CS Alegeți semnul clinic cel mai frecvent în hematoamele retroperitoneale:
 - A. Polachiuria
 - B. Spasmul mușchilor lombari
 - C. Disuria
 - D. Colica reno-ureterală
 - E. Hematuria
3. CM Selectați afirmațiile ce caracterizează leziunile lienale traumatice:
 - A. Autotransplantul de fragmente de splină s-a dovedit inutil
 - B. În situația splenectomiei impuse de traumatism este indicat autotransplantul unor fragmente mici de splină în marele epiploon
 - C. Hemostaza se poate obține prin electrocoagulare, hemostatice locale, împachetarea splinei cu plasa resorbabilă
 - D. Tratamentul nonoperator este de preferință, în special la copii
 - E. Splenectomia de obicei este tratamentul de primă intenție
4. CM Specificați caracteristicile corecte despre leziunile traumatice ale pancreasului:
 - A. Explorarea chirurgicală este obligatorie
 - B. Diagnosticul se realizează de obicei prin CT cu contrastare
 - C. Semnele clinice sunt de obicei subtile sau necaracteristice
 - D. Se complică rareori cu pancreatită
 - E. Colangiopancreatografia endoscopică retrogradă este contraindicată deoarece agravează leziunile
5. CM Selectați afirmațiile ce caracterizează traumatismele abdominale închise:
 - A. În caz de impact pe zone laterale ale abdomenului se afectează preponderent organele cavitare
 - B. Leziunile intestinale sunt mai rare și pot fi omise la examenul clinic inițial
 - C. Leziunile prin decelerare sunt întâlnite predilect în accidente rutiere
 - D. Leziunile etajului supravezicolic sunt însoțite constant de fracturi ale oaselor bazinului
 - E. Contuziile abdominale centrale interesează în special organele parenchimatose

6. CM Plăgile abdominale pot avea caracteristicile:
 - A. Cele produse prin agenți contondenți asociază cu efectul distructiv al contuziei
 - B. Cele produse prin arme de foc de obicei sunt grave
 - C. Profilaxia tetanosului este obligatorie
 - D. Cele produse prin arme albe sunt de obicei multiple și asociază leziuni vasculare
 - E. Se clasifică în penetrante și nepenetrante
7. CM Specificați elementele corecte ale laparotomiei exploratorii în traumatismele abdominale:
 - A. Leziunile intestinale previn contaminarea abdominală
 - B. Incizia este mediană, xifopubiană
 - C. Manevra Pringle se realizează în caz de sângerare hepatică
 - D. În contaminările importante, pielea se suturează
 - E. Este indicată numai după identificarea organului traumatizat
8. CM Managementul nonoperator al leziunilor hepatice și lienale în contuziile abdominale se caracterizează prin:
 - A. Prezența leziunilor asociate extraabdominale sunt contraindicație pentru tratamentul nonoperator
 - B. În cazul eșecului tratamentului nonoperator, se intervine chirurgical
 - C. Examinarea CT este obligatorie în identificarea leziunilor și inițierea tratamentului
 - D. Majoritatea traumatismelor splenice sângerează activ și nu pot fi abordate nonoperator
 - E. Este contraindicat la pacienții cu hemoperitoneu
9. CM Selectați afirmațiile ce caracterizează tactica chirurgicală în leziunile lienale:
 - A. Prevenirea infecțiilor grave se face prin vaccinare în primele 41 de zile
 - B. Tratamentul nonoperator este privit ca prima intenție
 - C. Hemostaza se obține exclusiv prin electrocoagulare și sutură
 - D. Se încearcă tratamentul chirurgical cât mai des
 - E. Dacă se intervine chirurgical se încearcă conservarea totală sau parțială a splinei
10. CM Enumerați afirmațiile ce caracterizează leziunile pancreatice traumatiche:
 - A. Au manifestări clinice precoce
 - B. Valorile crescute ale amilazelor constituie un semnal de alarmă
 - C. Sunt ușor de identificat
 - D. Sunt rare
 - E. Semnele clinice sunt necaracteristice
11. CM Alegeți hemostaticele locale care sunt folosite în leziunile hepatice:
 - A. Fibrina
 - B. Colagenul
 - C. Blocanți al factorului X
 - D. Trombina

- E. Antiagregante plachetare
12. CM Selectați metodele chirurgicale de rezolvare a leziunilor lienale sângerânde:
- A. Coagulare cu argon, urmată de autotransplantul unor fragmente mici de splină în marele epiploon
 - B. Rezecții parțiale splenice
 - C. Aplicare de hemostatice locale
 - D. Împachetarea splinei cu plasă de celuloză
 - E. Manevra Pringle
13. CS Indicați complicația postoperatorie postsplenectomică specifică:
- A. Leziune de pancreas
 - B. Hemoperitoneu
 - C. Infecții sistemice cu germeni încapsulați
 - D. Eventrație postoperatorie
 - E. Supurația plăgii postoperatorii
14. CM Reintervenția chirurgicală la traumatizații la care laparotomia exploratorie s-a încheiat doar cu controlul sângerărilor și contaminării abdominale se va efectua după:
- A. stabilizarea hemodinamicii
 - B. 24 ore
 - C. câteva săptămâni
 - D. corectarea acidozei și anemiei
 - E. corectarea hipotermiei
15. CM Intervenția chirurgicală se finisează doar cu controlul sângerărilor și contaminării abdominale în laparotomia exploratorie dacă persistă riscul dezvoltării sindroamelor:
- A. Asteniei
 - B. Hipertermiei
 - C. Hipotermiei
 - D. Coagulopatiei
 - E. Acidozei
16. CM Selectați caracteristicile manevrei Pringle în laparotomiile exploratorii:
- A. Se aplică pentru leziunile pancreatice cefalice
 - B. Se poate efectua cu pensa vasculară
 - C. Nu se face în leziunile hepatice superficiale
 - D. Se poate face manual
 - E. Se aplică pentru leziunile hepatice centrale
17. CS Manevra Pringle pentru controlul temporar al hemoragiei în laparotomia exploratorie reprezintă:
- A. Aplicare de hemostatice locale
 - B. Pensare digitală a surselor de hemoragie

- C. Incizie mediană xifopubiană
 - D. Pensarea pediculului hepatic în sângerări din rupturile hepatice
 - E. Pensarea hilului lienal în leziunile în „doi timpi”
18. CS Indicați situația în traumatismul hepatic unde manevra Pringle nu va stopa hemoragia:
- A. Leziune de venă porta
 - B. Leziune de arteră hepatică
 - C. Lacerări parenchimotoase bilobare
 - D. Lacerări hepatice profunde
 - E. Leziuni de vene hepatice
19. CS Selectați metoda de tratament corectă în plăgile penetrante perforante:
- A. Administrarea de analgezice și supravegherea plăgii
 - B. Pansamentul plăgii asociat cu antibioterapia
 - C. Vaccinarea împotriva infecțiilor cu pneumococ
 - D. Laparotomie, explorarea întregului tub digestiv și tratamentul leziunilor
 - E. Stimularea tranzitului intestinal
20. CM Specificați principiile conduitei chirurgicale în cazul leziunilor lienale cu hemodinamică instabilă:
- A. Laparotomie de urgență
 - B. Splenectomie
 - C. Antibioterapie
 - D. Monitorizarea leucocitelor postoperatorii
 - E. Monitorizarea trombocitelor postoperatorii
21. CS Indicați complicația specifică ce se poate dezvolta consecutiv unui traumatism hepatic:
- A. Ocluzia intestinală
 - B. Peritonita biliară
 - C. Pancreatita acută posttraumatică
 - D. Abcesul Douglasului
 - E. Supurația parietală
22. CS Indicați complicația mai frecventă ce poate apărea în rezultatul traumatismului pancreatic:
- A. Peritonita septică generalizată
 - B. Hemoperitoneul masiv
 - C. Abcesul subfrenic pe dreapta
 - D. Pancreatita acută
 - E. Pancreatita cronică
23. CS Selectați opțiunea chirurgicală în cazul leziunilor lienale cu hemodinamică stabilă:
- A. Splenectomie
 - B. Antibioterapie

- C. Vaccinarea împotriva infecțiilor cu pneumococ
 - D. Imobilizarea fracturilor costale
 - E. Tratament nonoperator
24. CS Indicați conduita chirurgicală corectă în cazul traumatismului abdominal închis la un pacient hemodinamic instabil:
- A. Administrarea de analgezice
 - B. Laparotomie de urgență
 - C. Încălzirea pacientului
 - D. Profilaxia tetanosului
 - E. Monitorizarea pacientului în unitatea de terapie intensivă
25. CS Selectați măsura obligatorie în toate cazurile de plăgi abdominale:
- A. Laparotomie exploratorie
 - B. Profilaxia tetanosului și antibioticoprofilaxie
 - C. Plagă nepenetrantă – explorarea întregului tub digestiv
 - D. Laparoscopie diagnostică
 - E. Tomografie computerizată
26. CM Enumerați posibilele complicații în traumatismul hepatic:
- A. Trombembolia
 - B. Coleperitoneul
 - C. Angiocolita
 - D. Hemobilia
 - E. Fistula pancreatică
27. CS Selectați cauza ce determină ruptura de splină în „2 timpi”:
- A. Cedarea rezistenței și ruperea capsulei cu revărsarea sângelui în cavitatea peritoneală
 - B. Fragilitatea vasculară
 - C. Infecția splinei
 - D. Traumatismul splinei cu hemoragie intrasplenică, menținută de rezistența capsulei
 - E. Leziunea arterei lienale
28. CS Cauza agitației pacientului în faza de debut a șocului hemoragic este determinată de:
- A. Vasoconstricție
 - B. Anxietate
 - C. Scăderea masei sangvine circulante
 - D. Oxigenarea insuficientă a creierului
 - E. Tahicardiei
29. CS Indicați cauza tahipneei în hemoragiile intraabdominale:
- A. Scăderea CO₂ din sânge și țesuturi

- B. Creșterea CO₂ în sânge și excitarea centrului respirator
 - C. Vasoconstricția arterială
 - D. Scăderea hematocritului
 - E. Hipoxia
30. CM Semnele clinice ale șocului hipovolemic sunt următoarele:
- A. Scăderea TA (sistolice < 90 mmHg și TA medii < 50-60 mmHg)
 - B. Tahicardia
 - C. Tahipnea
 - D. Creșterea reflectorie a debitului urinar cu poliurie
 - E. Alterarea stării de conștiență
31. CS Alegeți definiția traumatismului abdominal penetrant:
- A. Soluție de continuitate la nivelul pielii
 - B. Leziune care interesează peritoneul parietal
 - C. Leziunea unui viscere intraabdominal
 - D. Hematom în teaca mușchiului rect abdominal
 - E. Pneumoperitoneu
32. CS Alegeți afirmația cea mai caracteristică traumatismelor lienale:
- A. Cel mai frecvent necesită intervenție chirurgicală
 - B. Prezintă balansare mediastinală
 - C. Au caracteristic semn Virchhoff-Troissier
 - D. Sunt manifestate prin hemoperitoneu
 - E. Sunt mai rare la persoanele cu splenomegalie
33. CS Hemoragia intraabdominală se definește ca:
- A. Hematemeză
 - B. Hemobilie
 - C. Epistaxis
 - D. Hemoptizie
 - E. Hemoperitoneu
34. CS Selectați semnul necaracteristic pierderilor sanguine:
- A. Paloarea mucoaselor și tegumentelor
 - B. Poliurie
 - C. Răcirea extremităților
 - D. Respirația rapidă și superficială
 - E. Agitație sau obnubilare
35. CM Indicați situațiile clinice ce pot fi întâlnite numai în traumatismele abdominale închise:
- A. Revărsatul Morel-Lavallée

- B. Leziune lienală în „doi timpi”
 - C. Leziune secundară prin unda de șoc
 - D. Perforație de organ cavitat
 - E. Integritatea tegumentelor este păstrată
36. CS Ce organ este mai frecvent lezat în traumatismele prin armă de foc:
- A. Ficatul
 - B. Splina
 - C. Stomacul
 - D. Diafragma
 - E. Intestinul subțire
37. CM Selectați semnele clinice ce pot fi remarcate în traumatismele abdominale cu sindrom peritoneal:
- A. Abolirea zgomotelor intestinale
 - B. Defans muscular
 - C. Sensibilitate difuză la palpare fără rezistență musculară
 - D. Dispariția matității hepatice
 - E. Cianoza tegumentelor
38. CM Alegeți metodele diagnostice contraindicate la pacienții cu hemodinamică instabilă:
- A. Tomografia computerizată
 - B. Laparoscopia
 - C. Toracocenteza
 - D. FAST
 - E. Laparocenteza
39. CM Indicați zonele intraabdominale examinate la ecografia FAST:
- A. Perisplenic
 - B. Bazinul mic
 - C. Periombilical
 - D. Spațiul Morisson
 - E. Bursa omentală
40. CS Indicați semnul patognomonic caracteristic leziunii de diafragmă:
- A. Dureri în hipocondrul stâng cu iradiere în umărul stâng
 - B. Defans muscular în epigastru
 - C. Confirmarea prezenței hemotoracelui
 - D. Zgomote intestinale la auscultarea toracelui
 - E. Prezența opacifierii în ariile pulmonare inferioare la examenul radiologic
41. CS Indicați cea mai sensibilă metodă de diagnostic a leziunilor diafragmei:
- A. Toracocenteza

- B. Laparoscopia
 - C. Radiografia toracelui în 2 incidente
 - D. Tomografia computerizată cu dublu contrast
 - E. Ultrasonografia FAST
42. CM Specificați în care dintre următoarele condiții în traumatismele tubului digestiv trebuie evitată aplicarea anastomozelor primare, preferându-se aplicarea stomelor:
- A. Prezența șocului traumatic sever
 - B. Contaminare stercorală masivă
 - C. Prezența unui segment de intestin devascularizat
 - D. Adresare după 24h de la traumatism
 - E. Leziune prin armă albă sau de foc
43. CM Selectați organele cel mai frecvent asociate cu leziuni ale duodenului:
- A. Pancreasul
 - B. Stomacul
 - C. Vasele mari
 - D. Ficatul
 - E. Intestinul subțire
44. CS Selectați contraindicația absolută pentru aplicarea conduitei nonoperatorii în traumatismele organelor intraabdominale parenchimotoase:
- A. Prezența hemoperitoneului
 - B. Prezența pneumoperitoneului
 - C. Riscul apariției leziunilor în „doi timpi”
 - D. Prezența durerilor abdominale
 - E. Suspectarea leziunii de ficat sau splină
45. CM Indicați elementele „Triadei Letale” la politraumatizați:
- A. Hipotermia
 - B. Acidoza
 - C. Anuria
 - D. Coagulopatia
 - E. Sindromul de detresă respiratorie a adultului
46. CM Alegeți caracteristicile leziunii de tip Morel-Lavallée:
- A. Tratamentul de obicei se rezumă la puncția colecției
 - B. Este un traumatism superficial
 - C. Este traumatism cu localizare intraabdominală
 - D. Poate duce la necroza pielii
 - E. Este un traumatism deschis

47. CM Selectați afirmațiile corecte referitoare la plăgile gastrice traumatice penetrante:
- A. Deschiderea bursei omentale este obligatorie
 - B. Mai frecvent sunt traumatisme deschise
 - C. Mai frecvent sunt traumatismele închise
 - D. Sindromul peritoneal este caracteristic
 - E. Manifestările clinice de obicei sunt șterse, de aceea necesită investigații paraclinice
48. CM Specificați caracteristicile leziunilor spontane ale mușchilor recti abdominali:
- A. Localizare mai frecventă pe partea dreaptă și în hipogastru
 - B. Localizare mai frecventă în regiunea suprapubiană
 - C. Localizare mai frecventă în mezogastru
 - D. Hemoragia rareori duce la șoc
 - E. Necesită intervenție chirurgicală obligatorie
49. CM Selectați metodele de diagnostic pentru aprecierea leziunilor mușchilor recti abdominali:
- A. Lavajul peritoneal diagnostic
 - B. Laparoscopia
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Toracosopia
 - E. Ultrasonografia abdominală
50. CS Clasificați traumatismul: echimoza peretelui abdominal și hematom lienal:
- A. Multiplu
 - B. Izolat
 - C. Asociat
 - D. Combinat
 - E. Politraumatism
51. CM Selectați afirmațiile corecte despre traumatisme:
- A. Traumatismele închise sunt mai frecvente decât cele deschise
 - B. Traumatismele închise mai frecvent sunt asociate
 - C. Traumatismele deschise mai frecvent sunt asociate
 - D. Leziunile iatrogene de obicei sunt asociate
 - E. Traumatismele deschise sunt mai frecvente decât cele închise
52. CS Alegeți semnul care face diferența dintre sindromul peritoneal și hemoragic în contuziile abdominale:
- A. Tahicardia
 - B. Tahipneea
 - C. Oliguria
 - D. Pareza intestinală

- E. Iradierea durerii abdominale în umărul stâng
53. CM Specificați metodele de hemostază folosite în rezolvarea leziunilor hepatice:
- A. Lărgirea leziunii hepatice cu suturarea sau ligatura sursei de hemoragie
 - B. Tamponarea plăgii hepatice transfixiante
 - C. Injectarea hemostaticelor locale în leziunile hepatice superficiale
 - D. Diatermocoagularea leziunilor hepatice superficiale
 - E. Meșierea perihepatică (packing)
54. CM Selectați elementele componente ale tratamentului chirurgical în leziunile gastrice traumatice:
- A. Sutura simplă a plăgii
 - B. Rezecție cuneiformă a defectului parietal
 - C. Gastrostomie
 - D. Expunerea peretelui posterior
 - E. Devascularizarea stomacului
55. CM Indicați semnificația sindromului Reily întâlnit în leziunile mușchilor recti abdominali:
- A. Abdomen acut fals indus de semne peritoneale
 - B. Prezența pneumoperitoneului
 - C. Prezența lichidului liber intraabdominal
 - D. Prezența șocului hipovolemic
 - E. Prezența defansului muscular în epigastru
56. CM Leziunile căror organe se vor manifesta clinic prin peritonită:
- A. Vezicula biliară
 - B. Ileonul
 - C. Rinichii
 - D. Splina
 - E. Colonul
57. CM Leziunile căror organe se va manifesta clinic prin hemoragie intraabdominală:
- A. Vezicula biliară
 - B. Intestinul subțire
 - C. Ficatul
 - D. Splina
 - E. Mezenterul
58. CM Selectați fazele evolutive în perioada posttraumatică la pacienții cu leziuni de diafragmă:
- A. Infiltrație
 - B. Abcedare
 - C. Leziune în „doi timpi”
 - D. Pseudoameliorare

- E. Herniere și strangulare
59. CM În caz de accident rutier, leziunile specifice pentru șofer pot fi determinate de:
- A. Prezența airbag-ului deschis
 - B. Decelerarea bruscă
 - C. Caracterul impactului lateral-față
 - D. Volanul automobilului
 - E. Centura de siguranță cuplată
60. CM Indicați cauzele ce limitează utilizarea laparoscopiei în traumatismele abdominale:
- A. Riscul emboliei gazoase
 - B. Acuratețe joasă în caz de leziuni ale diafragmei
 - C. Hemodinamică instabilă
 - D. Acuratețe joasă în leziunile viscerelor în primele 12 ore de la traumatism
 - E. Traumatismul asociat craniocerebral sever
61. CM În cadrul laparoscopiei diagnostice în traumatismul abdominal prezintă dificultate examinarea următoarelor organe:
- A. Diafragma
 - B. Ficatul
 - C. Intestinul subțire
 - D. Duodenul
 - E. Pancreasul
62. CS Un pacient adult, se adresează în departamentul de urgență prezentând o plagă tăiat-înțepată a abdomenului. La momentul adresării este confuz, cu tegumente reci și transpirate. Pulsul nu se palpează nici la nivelul arterelor femurale. Selectați managementul chirurgical corect:
- A. Spitalizare în secția ATI
 - B. Tratament nonoperator
 - C. Laparotomie exploratorie
 - D. Laparoscopie diagnostică
 - E. Prelucrarea chirurgicală a plăgii
63. CS Un pacient de 25 ani a fost adus în departamentul de urgență după ce a fost implicat într-un accident rutier în calitate de pasager. La momentul adresării acuză dureri cervicale și toracice. Obiectiv: GCS-14 pct, TA-110/70 mmHg, FCC-86, radiologic: fractura coastei X pe stânga. Tomografia computerizată conturează leziune lienală gr.II cu lichid paralienal în volum de circa 300ml. Selectați managementul medico-chirurgical indicat:
- A. Laparoscopie diagnostică
 - B. Lavaj peritoneal diagnostic
 - C. Tratament nonoperator

- D. Laparotomie de urgență
 - E. Puncție pleurală
64. CM Selectați componentele triadei Lafitte specifică leziunilor traumatice ale duodenului:
- A. Pete de steatonecroză
 - B. Peritonita purulentă
 - C. Imbibiția bilioasă a peritoneului
 - D. Emfizem al țesutului retroperitoneal
 - E. Hematom paraduodenal
65. CM Selectați componentele triadei Finsterer ce caracterizează hemobilia în leziunile hepatice:
- A. Tahicardie
 - B. Hipertensiune
 - C. Bradicardie
 - D. Hipotonie
 - E. Icter
66. CM Selectați sindroamele caracteristice contuziilor abdominale:
- A. Febril
 - B. Neuroastenic
 - C. Hemoragic
 - D. Peritoneal
 - E. Mixt
67. CM Selectați caracteristicile hematomului supraaponevrotic:
- A. Detașarea pielii și planului celular subcutanat de la aponevroză
 - B. Aprecierea unei colecții fluctuente la palpare
 - C. Tegumentele supraiacente reci, cianotice
 - D. Poate fi însoțit de fals sindrom peritoneal
 - E. Puncția este managementul chirurgical indicat
68. CS Definiți traumatismul produs de doi sau mai mulți factori etiologici:
- A. Traumatism asociat
 - B. Traumatism combinat
 - C. Traumatism complex
 - D. Politraumatism
 - E. Traumatism izolat
69. CM Selectați caracteristicile hematomului preperitoneal:
- A. Este cauzat de ruptura arterelor epigastrice
 - B. Este urmat de detașarea pielii și țesutului subcutanat de la aponevroză
 - C. Revărsatul hemoragic decolează peritoneul parietal

- D. Poate realiza fenomene de iritație peritoneală
 - E. Poate evolua până la necroza tegumentelor
70. CS Alegeți indicația directă a vulnerografiei:
- A. Aprecierea traiectului plăgii
 - B. Evidențierea corpurilor străini
 - C. Excluderea leziunilor organelor abdominale
 - D. Confirmarea penetrării plăgilor regiunii dorsale
 - E. Se efectuează în toate plăgile abdominale
71. CS Indicați metoda diagnostică inutilă în traumatismele organelor intraabdominale parenchimotoase:
- A. FAST
 - B. Laparocenteza
 - C. Laparoscopia
 - D. TC abdominală
 - E. Toracosopia
72. CS Indicați triada caracteristică leziunilor duodenale retroperitoneale:
- A. Dieulafoy
 - B. Charcot
 - C. Mondor
 - D. Laffite
 - E. Darrow
73. CM Specificați semnele prezente în ruptura vezicii urinare:
- A. Urohematom perineal
 - B. Proba Zeldovici pozitivă
 - C. Polachiurie
 - D. Extravazarea contrastului în cavitatea abdominală la cistografie
 - E. Vezica urinară goală la examenul USG
74. CM Selectați metodele diagnostice utile în confirmarea leziunilor diafragmei:
- A. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - B. Examenul baritat al stomacului
 - C. Ultrasonografia
 - D. Irigoscopia
 - E. Laparocenteza
75. CM Radiografia abdominală în ruptura diafragmei poate constata:
- A. Hipertransparența organelor migrate în cavitatea toracică
 - B. Ascensionarea hemidiafragmului afectat
 - C. Imagini hidroaerice

- D. Atelectazie pulmonară
 - E. Deplasarea mediastinului spre partea afectată
76. CM Laparoscopia diagnostică, efectuată în contuziile abdominale, în caz de traumatism pancreatic poate evidenția:
- A. Pete de citosteatonecroză
 - B. Sufuziuni sau hematom a mezenterului și/sau a mezocolonului
 - C. Starea propriu-zisă a pancreasului
 - D. Lichid hemoragic în cavitatea peritoneală
 - E. Răspândirea hematomului retroperitoneal
77. CM Indicați criteriile abordării nonoperatorii a leziunilor hepatice și lienale:
- A. Hemodinamica stabilă
 - B. Absența semnelor peritoneale
 - C. Lipsa conștienței
 - D. Prezența leziunilor asociate
 - E. Tomografia computerizată este obligatorie în aprecierea severității și evoluției leziunilor
78. CM Selectați cauzele abdomenului acut fals în traumatismele abdominale:
- A. Interesarea ultimilor nervi intercostali în fracturile costale
 - B. Rupturi incomplete ale mușchilor abdominali cu hematom preperitoneal (sindrom Reily)
 - C. Traumatisme vertebro-medulare asociate
 - D. Revărsatul Morell-Lavalle a peretelui abdominal
 - E. Hematoame retroperitoneale extinse
79. CM Indicați semnele radiologice ce pot sugera leziunea retroperitoneală a duodenului:
- A. Lărgirea opacității mușchiului psoas
 - B. Prezența aerului în spațiul retroperitoneal
 - C. Semnul Levi-Dorn
 - D. Semnul Vighiatto
 - E. Ieșirea substanței de contrast în afara cadranelor duodenale
80. CM Selectați contraindicațiile relative ale conduitei nonoperatorii a leziunilor lienale:
- A. Traumatisme asociate ale locomotorului
 - B. Traume craniocerebrale cu dereglare de conștiență
 - C. Hemodinamică stabilă
 - D. Splenomegalie de etiologie diversă
 - E. Vârsta peste 55 ani
81. CM Indicați principiile de bază ale managementului chirurgical în traumatismele pancreasului:
- A. Hemostază sigură
 - B. Menajarea parenchimului pancreatic

- C. Drenarea adecvată a bursei omentale
 - D. Anastomoze pancreatojejunale
 - E. Decompresia căilor biliare
82. CM Selectați afirmațiile caracteristice leziunilor penetrant-perforante ale peretelui abdominal:
- A. Au tablou clinic tipic perforațiilor tractului digestiv
 - B. Se manifestă prin sindrom hemoragic
 - C. Mai des este lezat intestinul subțire
 - D. Colonul este lezat de două ori mai frecvent decât intestinul subțire
 - E. Laparotomia exploratorie cu rezolvarea leziunilor este managementul chirurgical adecvat
83. CM Indicați semnele clinice ce caracterizează sindromul peritoneal:
- A. Durerea abdominală difuză exacerbată la palpare
 - B. Contractura peretelui abdominal
 - C. Corelația semnelor: matitate pe flancuri+abdomen moale
 - D. Diminuarea sau lipsa excursiei respiratorii a peretelui abdominal
 - E. Paloarea tegumentelor
84. CM Selectați caracteristicile specifice leziunilor organelor parenchimotoase intraabdominale:
- A. Se manifestă prin sindrom hemoragic
 - B. Cele mai frecvente sunt leziunile ficatului
 - C. Prezența semnelor peritoneale
 - D. FAST ultrasonografia apreciază hemoperitoneu
 - E. TC este metoda diagnostică cu specificitatea cea mai înaltă
85. CS Selectați semnul clinic absent în leziunile traumatice ale pancreasului:
- A. Pleurezie bazală pe stânga
 - B. Stare de șoc
 - C. Hiperamilazemie
 - D. Defans muscular în epi- și mezogastru
 - E. Pneumoperitoneu
86. CM Selectați sindroamele clinice nespecifice traumatismului abdominal la debut:
- A. Sindrom asteno-vegetativ
 - B. Sindrom de iritație peritoneală
 - C. Sindrom de hemoragie internă
 - D. Sindrom mixt (hemoragie+peritonită)
 - E. Sindrom inflamator infecțios
87. CM Indicați semnele clinice caracteristice leziunilor de stomac:

- A. Defans muscular în epigastru
 - B. Absența contracturii abdominale
 - C. Dispariția matității hepatice
 - D. Prezența clapotajului
 - E. Semnul Blumberg pozitiv
88. CS În contuziile abdominale leziunile organelor cavitare mai des apar pe un organ:
- A. În plenitudine
 - B. Golit
 - C. Atonic
 - D. Hipertonic
 - E. Colabat
89. CS Selectați metoda cea mai informativă în diagnosticarea leziunilor hepatice:
- A. Fibroesofagogastroduodenoscopia
 - B. Radiografia panoramică a abdomenului
 - C. Irigografia
 - D. TC
 - E. Laparocenteza
90. CM Specificați semnele clinice ale leziunilor hepatice asociate cu hemobilie:
- A. Dureri în hipocondrul drept
 - B. Semnul Blumberg pozitiv
 - C. Icter intermitent
 - D. Dispariția matității hepatice
 - E. Prezența melenei
91. CM Selectați procedeele chirurgicale posibile pentru stoparea hemoragiei din leziunea hepatică:
- A. Suturarea leziunilor
 - B. Aplicarea buretelui hemostatic
 - C. Rezecții hepatice
 - D. Hepatectomie
 - E. Meșierea ficatului
92. CS Plaga parietală simplă, cu un orificiu de intrare și unul de ieșire poartă denumirea:
- A. Plagă penetrantă
 - B. Plagă penetrantă, dar neperforată
 - C. Plagă perforantă
 - D. Plagă în seton (tangențială)
 - E. Plagă oarbă
93. CS Leziunile organelor cavitare în trauma închisă a abdomenului constituie 20-30%, printre acestea

pe locul I (50-60%) se situează:

- A. Duodenul
- B. Intestinul subțire
- C. Colonul
- D. Vezica urinară
- E. Stomacul

94. CS Hemobilia cel mai frecvent apare în caz de:

- A. Ruptură a unui anevrism de arteră hepatică
- B. Traumatism hepatic
- C. Colecistită gangrenoasă
- D. Hepatită virală
- E. Hemangiom hepatic

95. CM Selectați semnele caracteristice leziunii traumatice de diafragmă:

- A. Dureri toracice accentuate la respirație și tuse
- B. Murmur vezicular diminuat din partea afectată
- C. În hemitoracele interesat poate fi prezentă matitate și sonoritate
- D. Zgomote hidroaerice la nivelul hemitoracelui afectat
- E. Deplasarea organelor toracice

96. CS Numiți cel mai frecvent organ afectat în traumatismele abdominale închise:

- A. Intestinul
- B. Stomacul
- C. Splina
- D. Rinichii
- E. Pancreasul

97. CS Plaga penetrantă abdominală presupune existența unei soluții de continuitate la nivelul:

- A. Pielii și țesutului celular al abdomenului
- B. Peretelui musculo-aponevrotic abdominal
- C. Peritoneului parietal
- D. Peretelui unui viscere cavitătar
- E. Structurilor unui viscere parenchimos

98. CS Majoritatea absolută (90%) a traumatismelor abdominale sunt multiple. Selectați cauza principală:

- A. Plăgile prin armă de foc
- B. Plăgile prin armă albă
- C. Katatraumatismele
- D. Accidentele de circulație

E. Traumatismele sportive

99. CS Cota traumatismelor abdominale izolate este minimă (10%), deoarece cauza principală a traumatismelor în prezent o constituie:

- A. Accidentele de circulație
- B. Plăgile prin armă de foc
- C. Plăgile prin armă albă
- D. Traumatismele prin precipitare
- E. Traumatismele sportive

100. CS La un pacient cu plagă prin armă albă intraoperator s-a constatat lezarea ficatului, leziuni ale intestinului subțire și ale mezoului acestuia. Denumirea corectă a traumatismului este:

- A. Traumatism multiplu (multivisceral)
- B. Traumatism simplu
- C. Plagă în seton (tangențială)
- D. Traumatism asociat
- E. Traumatism combinat

101. CS Pacientul a suferit un accident de circulație. În secția de internare s-au constatat următoarele leziuni: fractura oaselor bazinului, ruptura uretrei, ruptura splinei. Această traumă poartă denumirea de:

- A. Traumă închisă nepenetrantă
- B. Traumatism multiplu
- C. Traumatism asociat
- D. Traumatism simplu
- E. Traumatism combinat

102. CS În diagnosticul leziunilor porțiunii retroperitoneale a duodenului, un semn relevant este:

- A. Blumberg
- B. Mandel-Razdolsky
- C. Grassman-Kulenkampff
- D. Levi-Dorn
- E. Vighiatto

103. CS Revărsatul Morel-Lavallée al peretelui abdominal se definește ca:

- A. Impact direct traumatic cu peretele abdominal
- B. Hematomul subaponevrotic
- C. Acumulare serohematică supraaponevrotică
- D. Hematom infiltrativ la locul traumei
- E. Ruptura musculară cu acumulare de revărsat hematic

104. CS Indicați situația clinică ce poate fi consecința leziunilor intraabdominale posttraumatice:

- A. Hemoragie intraperitoneală în „2 timpi”

- B. Pneumonie
 - C. Peritonită primară
 - D. Sindrom Mendelson
 - E. Septicemie
105. CS În diagnosticul leziunilor organelor cavitare cel mai accesibil și informativ procedeu este:
- A. Ultrasonografia
 - B. Laparoscopia
 - C. Radiografia abdominală de ansamblu
 - D. Laparocenteza
 - E. Irigoscopia
106. CS Semnul Kehr în leziunile splinei reprezintă:
- A. Durere provocată și apărare musculară în hipocondrul stâng
 - B. Durere spontană în hipocondrul stâng cu iradiere în umărul stâng
 - C. Matitate fixă în hipocondrul stâng
 - D. Matitate deplasabilă pe flancuri
 - E. Hipotensiune arterială cu tendință la scădere în ortostatism
107. CS Leziunile traumatiche ale pancreasului cel mai frecvent se întâlnesc în cazul celor:
- A. Deschise univiscerale
 - B. Deschise asociate
 - C. Închise univiscerale
 - D. Închise multiviscerale
 - E. Combinate
108. CS Selectați afirmația adevărată privind explorările imagistice în traumatismele abdominale:
- A. Sigmoidoscopia nu are nici o valoare în cazul traumatismelor colonului
 - B. Tomografia computerizată și ecografia constituie metodele cele mai utilizate în traumatismul ficatului
 - C. Radiografia abdominală pe gol este esențială pentru diagnosticul hematomului subscapular splenic
 - D. Pasajul baritat este recomandat în suspiciunea de perforație gastrică
 - E. Existența unui hematom parietal duodenal la nivelul ampulei Vater va duce la o lărgire a diametrului luminal pe radiografia abdominală cu substanță de contrast
109. CM Lezarea stomacului mai frecvent are loc în traumatismele deschise (6-12%), comparativ celor închise (2-3%). Alegeți procedeele diagnostice cele mai informative:
- A. Laparoscopia
 - B. Radiografia abdominală de ansamblu
 - C. USG abdominală

- D. Laparocenteza
 - E. FEGDS
110. CM În trauma închisă a abdomenului predomină lezarea organelor parenchimotoase. Care sunt organele cel mai frecvent expuse:
- A. Pancreasul
 - B. Splina
 - C. Ficatul
 - D. Rinichii
 - E. Diafragma
111. CM Diagnosticul tardiv al leziunilor traumatice extraperitoneale a duodenului este determinat de următorii factori:
- A. Răspândirea conținutului duodenal în spațiul retroperitoneal
 - B. Agresivitatea redusă a conținutului duodenal
 - C. Evoluția inițială a procesului într-o peritonită difuză
 - D. Lipsa peritonitei difuze în primele ore de la traumatism
 - E. Predominarea semnelor clinice determinate de leziunile asociate
112. CM Sindromul Reily semnifică un abdomen acut fals și este întâlnit în:
- A. Traumatismele vertebro-medulare
 - B. Fracturile coastelor cu revărsat intrapleural
 - C. Hematoame retroperitoneale
 - D. Rupturile spontane incomplete ale mușchilor abdominali cu hematom preperitoneal și iritație peritoneală
 - E. Hematom traumatic al peretelui abdominal anterior și iritație peritoneală
113. CM Indicațiile absolute pentru laparotomia de urgență sunt:
- A. Plăgile penetrante cu eviscerația unui organ
 - B. Plăgile nepenetrante abdominale
 - C. Plăgile abdominale parietale
 - D. Plăgile penetrante abdominale asociate cu hemodinamică instabilă
 - E. Plăgile penetrante abdominale cu eliminări de conținut bilios
114. CM Ruptura traumatică a splinei în „2 timpi” se poate dezvolta mai frecvent în perioadele:
- A. Peste 48 ore de la traumatism
 - B. Peste 7 zile de la traumatism
 - C. Peste 14-21 zile de la traumatism
 - D. La impactul traumatic
 - E. În primele 24 ore de la traumatism
115. CS Cea mai utilă metodă de diagnostic a traumatismului pancreatic este:

- A. USG abdominală
 - B. Laparocenteza
 - C. Radioscopia de ansamblu a abdomenului
 - D. Laparoscopia
 - E. Tomografia computerizată abdominală
116. CM Care investigații paraclinice au sensibilitatea și specificitatea cea mai înaltă în diagnosticul leziunilor ficatului:
- A. Examenul radiologic de ansamblu al abdomenului
 - B. Laparocenteza
 - C. Laparoscopia
 - D. Tomografia computerizată
 - E. USG
117. CM Selectați caracteristicile ce pot fi remarcate în hematomul retroperitoneal:
- A. Șoc hipovolemic
 - B. Dureri abdominale sau lombare
 - C. Abdomen suplu
 - D. Lipsa hemoperitoneului
 - E. Prezența pneumoperitoneului
118. CM Care sunt indicațiile cateterizării vezicii urinare la pacientul traumatizat:
- A. Depistarea leziunii rinichiului
 - B. Depistarea leziunii vezicii urinare
 - C. Efectuarea probei Zeldovici
 - D. Monitorizarea diurezei
 - E. Lezarea uretrei
119. CS Rupturile întârziate ale hematoamelor subcapsulare ale splinei sunt definite ca:
- A. Formare de pseudochist
 - B. Abcedare
 - C. Leziune în „2 timpi”
 - D. Tromboza venei lienale
 - E. Hemoragie prelungită
120. CM Hemoragia intraperitoneală în „2 timpi” se poate produce prin traumatizarea:
- A. Ficatului
 - B. Pancreasului
 - C. Splinei
 - D. Venei porta
 - E. Rinichiului

121. CM Sindromul de hemoragie intra- sau retroperitoneală se dezvoltă în rezultatul lezării:
- A. Unui organ parenchimos
 - B. Intestinului subțire
 - C. Intestinului gros
 - D. Mezourilor
 - E. Vaselor mari
122. CM Hematomul perisplenic poate fi manifestat clinic prin:
- A. Durere la palparea hipocondrului stâng
 - B. Iradierea durerii în umărul stâng
 - C. Defans muscular abdominal difuz
 - D. Tahicardie și paliditate
 - E. Bombarea fundului de sac Douglas
123. CM Care din semnele clinice enunțate definesc sindromul de hemoragie intraperitoneală?
- A. Lipotimie
 - B. Tegumente și mucoase palide
 - C. Contractură musculară abdominală
 - D. Douglas dureros cu fluctuență
 - E. Abdomen cu matitate declivă deplasabilă pe flancuri
124. CM Hematomul subaponevrotic al peretelui abdominal este cauzat de:
- A. Acțiunea perpendiculară a agentului traumatic asupra peretelui abdominal
 - B. Rupturi musculare cu sângerare difuză
 - C. Este mai frecvent în traumatismele musculare lombare
 - D. Leziunile arterelor lombare produc hematomul
 - E. Lezarea ramurilor arterei epigastrice
125. CM Splenectomia este obligatorie în următoarele cazuri de traumatism splenic:
- A. Imposibilitatea realizării hemostazei intraoperatorii
 - B. Prezența hematomului subcapsular
 - C. Afectarea hilului splenic
 - D. Leziune lienală cu hemodinamică stabilă
 - E. Leziune lienală în „2 timpi”
126. CM Referitor la tabloul clinic al traumatismelor abdominale sunt adevărate afirmațiile:
- A. Poate fi necaracteristic și dificil de evaluat
 - B. Șocul poate fi unica manifestare
 - C. Sindromul de hemoragie intraperitoneală nu apare în cazul lezării structurilor parenchimotoase
 - D. Sindromul de iritație peritoneală este consecutiv lezării organelor cavitare

- E. Hemoragia este unicul semn al traumatismului abdominal
127. CM Selectați afirmațiile false referitor la incidența leziunilor în traumatismele abdominale:
- A. Splina este cel mai des afectată
 - B. Traumatismele intestinului subțire sunt mai frecvente decât cele ale duodenului și colonului
 - C. Contuziile stomacului sunt mai frecvente decât plăgile penetrante gastrice
 - D. Ficatul și splina sunt cel mai rar lezate
 - E. Traumatismele colonului se manifesta prin hemoperitoneu
128. CM Hemoperitoneul în ruptura traumatică de splină se manifestă prin:
- A. Semnul „Hopa-Mitică”
 - B. Dureri în hipocondrul stâng cu iradiere în umăr
 - C. Apărare musculară în hipocondrul stâng
 - D. Hemobilie
 - E. Semne peritoneale pozitive
129. CM În leziunile multiple ale jejunului în perioada de până la 6 ore după traumă rezolvarea chirurgicală presupune:
- A. Sutura defectelor
 - B. Rezecția segmentului lezat cu anastomoză
 - C. Burso-omentostomie
 - D. Ileostomie terminală
 - E. Jejunostomia tip Maydl
130. CM Semnele intraoperatorii precoce în leziunile retroperitoneale ale duodenului sunt:
- A. Pete de stearină pe peritoneu și mezou
 - B. Colorarea foiței peritoneale posterioare cu bilă
 - C. Semne de peritonită fibrinos-purulentă difuză
 - D. Emfizem al țesutului adipos retroperitoneal
 - E. Hematom retroperitoneal

**Traumatism
abdominal
(răspunsuri):**

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. B | 52. D | 106.B |
| 2. E | 53. ABDE | 107.D |
| 3. BCD | 54. ABD | 108.B |
| 4. BC | 55. AE | 109.ABE |
| 5. BC | 56. ABE | 110.BC |
| 6. ABCE | 57. CDE | 111.ADE |
| 7. BC | 58. DE | 112.DE |
| 8. BC | 59. BCDE | 113.ADE |
| 9. BE | 60. CDE | 114.ABC |
| 10. BDE | 61. CDE | 115.E |
| 11. ABD | 62. C | 116.CDE |
| 12. BCD | 63. C | 117.ABD |
| 13. C | 64. CDE | 118.BCD |
| 14. ADE | 65. CDE | 119.C |
| 15. CDE | 66. CDE | 120.AC |
| 16. BCDE | 67. ABCE | 121.ADE |
| 17. D | 68. B | 122.ABD |
| 18. E | 69. ACD | 123.ABDE |
| 19. D | 70. D | 124.ABE |
| 20. ABCE | 71. E | 125.ACE |
| 21. B | 72. D | 126.ABD |
| 22. D | 73. ABDE | 127.CD |
| 23. E | 74. ABD | 128.ABC |
| 24. B | 75. ABCD | 129.AB |
| 25. B | 76. ABDE | 130.BDE |
| 26. ABCD | 77. ABE | |
| 27. D | 78. ABCE | |
| 28. D | 79. ABDE | |
| 29. B | 80. BDE | |
| 30. ABCE | 81. ABCE | |
| 31. B | 82. ACE | |
| 32. D | 83. ABD | |
| 33. E | 84. ADE | |
| 34. B | 85. E | |
| 35. ABE | 86. AE | |
| 36. E | 87. ACE | |
| 37. ABD | 88. A | |
| 38. AB | 89. D | |
| 39. ABD | 90. ACE | |
| 40. D | 91. ABCE | |
| 41. B | 92. D | |
| 42. ABD | 93. B | |
| 43. AD | 94. B | |
| 44. B | 95. ABCD | |
| 45. ABD | 96. C | |
| 46. ABD | 97. C | |
| 47. ABD | 98. D | |
| 48. AD | 99. A | |
| 49. CE | 100.A | |
| 50. B | 101.C | |
| 51. AB | 102.E | |
| | 103.C | |
| | 104.A | |
| | 105.C | |

TRAUMATISM TORACIC (teste)

1. CS În traumatismele toracice toracotomia este indicată în următoarea situație clinică:
 - A. În fractura costală simplă, pentru a stabiliza focarul de fractură și a preveni agravarea leziunilor
 - B. Dacă pe tubul de toracostomie se exteriorizează o hemoragie cu un debit de peste 300ml/oră mai mult de 3 ore
 - C. Dacă pe tubul de toracostomie se exteriorizează inițial un volum de 1000 ml de sânge
 - D. Dacă la 2 ore de la plasarea tubului de toracostomie încă se mai elimină aer pe dren
 - E. Dacă pe tubul de toracostomie se exteriorizează inițial o cantitate mare de aer
2. CS Pentru contuziile pulmonare este corectă următoarea afirmație:
 - A. Gravitatea contuziei se evaluează prin radiografie pulmonară, examenul CT fiind inutil în aceste cazuri
 - B. Necesită cel mai adesea toracotomie exploratorie
 - C. Pot îmbracă forme grave până la dezvoltarea plămânului de șoc (ARDS posttraumatic)
 - D. Sunt întotdeauna leziuni minore și superficiale care necesită doar tratament medicamentos
 - E. Sunt produse exclusiv prin traumatisme închise
3. CS Traumatismele toracice sunt caracterizate prin:
 - A. În marea majoritate a cazurilor necesită intervenții chirurgicale laborioase
 - B. Mortalitatea este >75% în cazul politraumatismelor
 - C. Este necesară intervenția chirurgicală în mai bine de 75% din cazuri
 - D. Traumatismele deschise impun necesitatea intervențiilor chirurgicale mai frecvent decât cele închise
 - E. Mortalitatea pacienților spitalizați pentru leziuni toracice este de 15-30%
4. CS Traumatismele toracice NU sunt caracterizate de:
 - A. Mortalitate de 35-40% în cazul politraumatismelor
 - B. În 60-70% din cazuri sunt necesare intervenții chirurgicale
 - C. Cele mai multe contuzii toracice apar în cursul accidentelor rutiere
 - D. Mortalitatea pacienților spitalizați pentru leziuni toracice este de 5-10%
 - E. Contribuie la 75% din decesele prin traumatisme
5. CS Selectați afirmația corectă referitor la traumatismele toracice:
 - A. Continuarea sângerării cu un debit de peste 30ml/oră timp de 5 ore impune toracotomia
 - B. La o hemoragie inițială în volum de 1000 ml de sânge se impune toracotomia
 - C. Prezența aerului în spațiul pleural semnifică leziuni grave
 - D. Perforațiile esofagiene minore, fără mediastinită nu necesită tratament chirurgical
 - E. Hemoragia posttraumatică intrapleurală în majoritatea cazurilor se stopează spontan
6. CS Afirmația corectă pentru fracturile costale este:
 - A. La pacienții vârstnici sunt indicate analgezice opiacee întrucât favorizează expectorația

- B. Examinarea radiologică identifică toate leziunile grilajului costal
 - C. Disjuncțiile condrocostale sunt vizibile radiologic
 - D. Cele mai expuse la fracturi sunt coastele IV-VII
 - F. Mai frecvent interesează arcul costal în porțiunea sa posterioară
7. CM Hemotoracele și pneumotoracele traumatic pot avea în comun următoarele caracteristici:
- A. Rezultă în traumatismele toracice închise
 - B. Determină colabarea plămânului
 - C. Turgescența venelor jugulare
 - D. În majoritatea cazurilor necesită doar toracocenteză
 - E. Poate fi tensionat
8. CS Pentru leziunile traumatice confirmate de esofag este caracteristic:
- A. Se administrează antibiotice per os
 - B. Tratamentul chirurgical trebuie temporizat în primele 24 de ore pentru pregătire preoperatorie adecvată a pacientului
 - C. Constant sunt catalogate drept foarte grave
 - D. Sunt foarte frecvente
 - E. De obicei sunt leziuni izolate
9. CM Selectați afirmații false în hemotorace:
- A. Este o acumulare de sânge în cavitatea pleurală
 - B. Cea mai frecventă sursă sunt vasele intercostale
 - C. Apare insuficiența respiratorie obstructivă severă
 - D. Poate fi cauza tulburărilor respiratorii de tip restrictiv
 - E. Se impune întotdeauna toracotomia
10. CS Selectați afirmația falsă în leziunile traumatice ale esofagului:
- A. Pot fi spontane
 - B. Asociază frecvent leziuni pleurale
 - C. În prezent cele mai frecvente sunt leziunile iatrogene
 - D. Tratamentul chirurgical se recomandă în primele 24 ore
 - E. FEGDS este test diagnostic obligatoriu care confirmă prezența plăgii
11. CM În traumatismele toracice toracocenteza reprezintă:
- A. O manevră complexă, cu risc de sângerare și alte complicații importante, care se va realiza numai de către chirurgul toracic în sala de operații
 - B. Ameliorează spectaculos starea pacientului cu pneumotorace masiv
 - C. Este exclusiv o manevră curativă, nu și diagnostică
 - D. Poate fi terapeutică

- E. Poate fi diagnostică
12. CM Următoarele afirmații despre originea pneumotoracelui sunt corecte:
- A. Se poate produce prin plăgi esofagiene
 - B. Se poate produce prin plăgi ale plămânului sau ale căilor respiratorii
 - C. Se poate produce prin plăgi ale peretelui toracic
 - D. Poate apărea la un subiect sănătos fără traumatism
 - E. Cavitatea peritoneală este o sursă frecventă
13. CM Despre obstrucția căilor respiratorii în caz de traumatism se poate afirma:
- A. Traheostomia este obligatorie
 - B. Se percep zgomote stridoroase
 - C. Excursiile respiratorii sunt ineficiente
 - D. Pacientul este cianotic-cenușiu
 - E. Trebuie evitată ridicarea mandibulei
14. CM Toracocenteza se realizează ținând cont de următoarele afirmații corecte:
- A. Prezintă numeroase riscuri și nu este indicată în absența unui diagnostic cert
 - B. Este indicată în hemotorace
 - C. Este indicată în toate cazurile de pneumotorace
 - D. Poate fi terapeutică
 - E. Este exclusiv diagnostică
15. CM Toracocenteza în traumatisme poate fi descrisă prin:
- A. Incizia cutanată se plasează la nivelul coastei X mai ales pe stânga
 - B. Anestezia locală este obligatorie chiar și la traumatizații critici, inconștienți
 - C. Are indicații și în absența unui diagnostic de certitudine
 - D. Este recomandată la politraumatizați în stare critică
 - E. Este o manopera simplă
16. CM Următoarele afirmații despre tehnica aplicării toracocentezei în traumatisme sunt corecte:
- A. După incizie se înaintează cu un instrument ascuțit pe marginea inferioară a coastei
 - B. Tubul se conectează la o sursă de aspirație cu presiune negativă de 200cm H₂O
 - C. Necesită anestezie generală
 - D. Inserarea tubului se face după revizia digitală a cavității pleurale
 - E. Sistemul de colectare este conectat inițial la drenaj pasiv
17. CM Traumatismele toracice pot fi descrise prin următoarele enunțuri corecte:
- A. Autotransfuzia sangvină este un act terapeutic obligatoriu în hemotoracele masiv
 - B. În sângerările masive se indică intervenția chirurgicală de urgență
 - C. La pacienții cu pneumotorace mic acesta poate fi evidențiat prin tomografie computerizată

- D. Debitul de aer aspirat din pleură nu oferă informații despre gravitatea leziunilor căilor respiratorii
 - E. USG toracelui este sensibilă în diagnosticarea pneumotoracelui
18. CM Volumul intervenției chirurgicale în tamponada cardiacă în traumatisme constă:
- A. Se evacuează sângele din pericard
 - B. Permite masajul cardiac direct
 - C. Toracotomia antero-laterală este abordul cel mai util
 - D. Sternotomia mediană permite un acces rapid și larg
 - E. Pericardul se suturează etanș pentru a proteja cordul
19. CM Despre traumatismele toracice se pot afirma următoarele:
- A. În cadrul examenului USG-FAST se examinează și structurile intratoracice
 - B. USG nu este fezabilă în traumatismele toracelui
 - C. CT toracelui se indică de rutină la toți traumatizații deoarece permite evaluarea completă a bilanțului lezional
 - D. Bronhoscopia are rol diagnostic și curativ în leziunile pulmonare
 - E. Scintigrafia perfuzională este investigația utilă la politraumatizații gravi
20. CM Următoarele afirmații despre traumatismul toracic sunt corecte:
- A. A. Vârstnicii au risc sporit de fracturi costale
 - B. La vârstnici se practică kinetoterapia respiratorie activă
 - C. La vârstnici administrarea de opiacee favorizează atelectaziile
 - D. Anestezia locală (blocajul intercostal) trebuie evitată
 - E. Controlul optimal al durerii pe durata recuperării se face prin administrarea de analgezice majore
21. CM Fracturile sternale sunt caracterizate prin:
- A. Fracturile fără deplasare nu exclud prezența leziunilor intratoracice
 - B. Centura de siguranță necuplată prezintă factor de risc
 - C. Se asociază de obicei cu fracturi costale
 - D. Apar frecvent în cadrul accidentelor rutiere
 - E. Centura de siguranță cuplată prezintă factor de risc
22. CM Volețul costal poate fi descris prin următoarele enunțuri corecte:
- A. Alterarea dinamicii ventilatorii
 - B. Determină schimbări ventilatorii de tip obstructiv
 - C. Presupune fracturi simple a două sau mai multe coaste adiacente
 - D. Presupune aplicarea unor forțe mari
 - E. Reprezintă o porțiune mobilă a peretelui toracic
23. CM Volețul costal produce:

- A. Scăderea debitului cardiac prin balansarea mediastinului
- B. Scăderea ventilației efective din cauza respirației paradoxale
- C. Respirația paradoxală cu deplasarea voletului în interior în timpul expirului
- D. Scăderea ventilației efective din cauza respirației pendulare
- E. Respirația paradoxală cu deplasarea voletului în exterior în timpul inspirului

24. CM Voletul toracic este caracterizat:

- A. Expectorație eficientă
- B. Dereglări de drenaj prin evitarea tusei
- C. Diminuarea mișcărilor respiratorii
- D. Obligatoriu se asociază cu hemo-pneumotorace
- E. Contuzia pulmonară este prezentă în majoritatea cazurilor

25. CM Enumerați acțiunile utile pentru tratamentul în regim de urgență a voletului costal:

- A. Ventilația mecanică de rutină trebuie evitată
- B. Imobilizarea fragmentelor prin osteosinteză
- C. Tratamentul insuficienței respiratorii și cardio-circulatorii acute
- D. Utilizarea de benzi circulare toracice
- E. Imobilizarea externă provizorie

26. CM Pneumotoracele simplu este caracterizat prin:

- A. Nu în toate cazurile se impune drenajul chirurgical
- B. Nu influențează debitul cardiac
- C. În pneumotoracele deschis gravitatea depinde de mărimea defectului toracic
- D. Se întâlnește rar în traumatismele toracelui
- E. În pneumotoracele închis aerul ajunge în cavitatea pleurală prin leziuni viscerale

27. CM Pneumotoracele sufocant este caracterizat prin:

- A. Fragmentul tisular mobil blochează evacuarea aerului la expir
- B. Puncția pleurală decompresivă se realizează în spațiul VII intercostal linia axilară anterioară
- C. Devierea traheii spre partea sănătoasă
- D. Dispnee cu bradipnee
- E. Apare în rupturi pleuro-pulmonare extinse

28. CM Leziunile cardiace din cadrul traumatismelor toracice pot fi caracterizate prin următoarele enunțuri corecte:

- A. Plăgile sunt mai frecvente decât contuziile
- B. Prezența sângelui în pericard necesită intervenție chirurgicală de urgență
- C. Freamătul pericardic este semn constant
- D. Triada Beck este constant prezentă

- E. Contuziile sunt mai frecvente decât plăgile
29. CM Despre leziunile diafragmei cauzate în cadrul traumatismelor toracice se poate afirma:
- A. Abordul laparoscopic trebuie evitat
 - B. Frecvent pacientul nu prezintă acuze
 - C. Rupturile diafragmei interesează mai frecvent cupola
 - D. Se produc la creșterea bruscă a presiunii intratoracice
 - E. Majoritatea rupturilor sunt la nivelul diafragmului drept
30. CM Enunțați indicațiile pentru toracotomie în traumatismul toracic:
- A. Hemoragia inițială de 1000 ml pe tubul de drenaj
 - B. Sângerarea cu debit de peste 250 ml/oră timp de 2 ore
 - C. Hemotoracele coagulat
 - D. Sângerarea cu debit de peste 50 ml/oră timp de 5 ore
 - E. Sângerarea cu debit de peste 100 ml/oră timp de 2 ore
31. CM Tratamentul fracturilor costale necesită:
- A. Intervenție chirurgicală
 - B. Imobilizarea coastelor
 - C. Analgezice minore
 - D. Kinetoterapie respiratorie
 - E. Blocaj intercostal
32. CM Tratamentul contuziilor pulmonare implică:
- A. Toracotomie
 - B. Excizia leziunii pulmonare
 - C. Kinetoterapie respiratorie
 - D. Medicație ce favorizează expectorația
 - E. Medicație ce inhibă tusea
33. CM Identificați afirmațiile corecte în leziunile cardiace penetrante:
- A. Este prezentă triada Beck
 - B. Zgomotele cardiace sunt accentuate
 - C. Impun intervenție chirurgicală de urgență
 - D. Hemopericardul poate fi depistat la USG-FAST
 - E. Pe ECG va fi prezent macrovoltaj în toate derivațiile
34. CM Eficiența mișcărilor respiratorii în traumatismul toracic se evaluează prin:
- A. Aprecierea amplitudinii excursiilor peretelui toracic
 - B. Aprecierea caracterului excursiilor peretelui toracic
 - C. Constatarea balansării mediastinului

- D. Evaluarea mișcărilor paradoxale ale peretelui toracic
 - E. Hipersonoritate la percuție în pneumotoracele compresiv
35. CM Cele mai expuse coaste la fracturi costale simple sunt:
- A. Coasta a IV-a
 - B. Coasta a VI-a
 - C. Coasta a II-a
 - D. Coastele flotante
 - E. Toate au o probabilitate aproximativ egală
36. CM La pacienții vârstnici cu fracturi costale simple, administrarea de analgezice majore, opiacee favorizează:
- A. Atelectaze pulmonare
 - B. Hiperventilație
 - C. Emfizem pulmonar
 - D. Recuperarea rapidă posttraumatism
 - E. Pneumonii posttraumatice
37. CM Alegeți dintre următoarele, caracteristici frecvente ale fracturilor sternale:
- A. Sunt leziuni izolate
 - B. Sunt cu două fragmente
 - C. Sunt mai frecvent oblice
 - D. Sunt mai frecvent cominutive
 - E. Sunt mai frecvent transversale
38. CM Pentru voletul costal sunt caracteristice următoarele enunțuri adevărate:
- A. Este asociat cu blocarea tusei eficiente
 - B. Este asociat cu alterarea dinamicii ventilatorii
 - C. Prezintă mișcări în același sens cu cutia toracică
 - D. De obicei este traumatism izolat
 - E. Turgescența venelor jugulare
39. CM Tratamentul de urgență al traumatizațiilor cu volet costal constă în:
- A. Tratamentul insuficienței respiratorii
 - B. Imobilizarea cu pansamente fixate cu benzi adezive
 - C. Imobilizarea cu benzi circulare a toracelui
 - D. Imobilizarea permanentă a toracelui prin restricție externă
 - E. Tratamentul insuficienței cardio-circulatorii acute
40. CM În pneumotoracele închis aerul poate pătrunde în cavitatea pleurală prin:
- A. Leziunile parenchimului pulmonar

- B. Leziunile esofagiene
- C. Leziunile viscerelor intratoracice
- D. Defecte ale peretelui toracic
- E. Leziuni de căi respiratorii

41. CM Alegeți afirmațiile adevărate referitor la pneumotoracele sufocant:

- A. Interesează bronhiile care se închid spontan
- B. Apare în rupturile spontane de bule emfizematoase
- C. Interesează bronhiile de calibru mare
- D. Apare în rupturile pleuro-pulmonare minore
- E. Apare în rupturile pleuro-pulmonare majore

42. CM Specificați modificările clinice la un pacient cu pneumotorace sufocant:

- A. Cianoză
- B. Dispnee
- C. Puls filiform, tahicardie
- D. Bradipnee
- E. Agitație

43. CM Selectați afirmațiile corecte în contuziile pulmonare:

- A. Sunt produse prin traumatism deschis
- B. În formele severe pot apărea hipoxemie și hipercapnie
- C. În formele severe apar dezechilibre importante ale raportului ventilație/perfuzie
- D. În formele severe apare diminuarea spațiului mort funcțional
- E. Determină hipovolemie

44. CM Enumerați semnele ce caracterizează pneumotoracele sufocant:

- A. Vene cervicale turgescențe
- B. Vene cervicale colabate
- C. Hipersonoritate la percuție
- D. Matitate dacă se asociază cu hemotorace
- E. Dilatarea matității mediastinului

45. CM Hemotoracele masiv se caracterizează clinic prin:

- A. Vene cervicale turgescențe
- B. Vene cervicale colabate
- C. Matitate la percuție
- D. Hipersonoritate la percuție
- E. Trahee dislocată spre partea sănătoasă

46. CM În absența unui diagnostic cert la politraumatizat, toracocenteza este indicată în următoarele situații:

- A. Hemotorace
 - B. Pneumotorace mic la pacienți intubați
 - C. Leziunile esofagului
 - D. Nu se indică fără diagnostic cert, fiind o manevră chirurgicală
 - E. Politraumatizați în șoc și stare critică
47. CM Anestezia nervilor intercostali în fracturile costale se realizează:
- A. În imediata apropiere a focarului de fractură
 - B. La distanță de locul fracturii
 - C. Pe marginea inferioară a coastei
 - D. Pe marginea superioară a coastei
 - E. Nu se practică anestezia locală în mod uzual, preferându-se opiaceele
48. CS Care este întâiul gest diagnostic la un pacient hemodinamic instabil cu traumatism toracic:
- A. Radiografia toracelui în ortostatism
 - B. Toracosopia
 - C. Toracocenteza
 - D. Tomografia computerizată a toracelui
 - E. Analiza generală a sângelui
49. CS Leziunile căror organe OBLIGATOR sunt suspectate în caz de fractură a coastelor inferioare:
- A. Cord și vase mari
 - B. Stomac
 - C. Lobi pulmonari inferiori
 - D. Splină și ficat
 - E. Pelvis
50. CS Selectați cel mai fezabil semn pentru leziune traumatică de aortă la radiografia toracică simplă:
- A. Obliterarea ferestrei aorto-pulmonare
 - B. Compresia bronhiei principale pe stânga
 - C. Deplasarea traheei
 - D. Lărgirea mediastinului
 - E. Contur anormal al aortei
51. CS Leziunile aortei mai frecvent sunt cauzate prin:
- A. Plăgi prin armă albă
 - B. Plăgi prin armă de foc
 - C. Strivirea toracelui
 - D. Traumatism închis prin decelerare
 - E. Traumatism închis prin lovitură din spate

52. CM Selectați afirmațiile false în leziunile traumatice ale esofagului:
- A. Sunt suspectate în toate cazurile de plăgi transmediastinale cu traiect dreapta-stânga
 - B. În stadii inițiale pot fi fără manifestări clinice
 - C. Radiografia toracelui în 2 incidențe este obligatorie
 - D. Esofagoscopia permite stabilirea diagnosticului cert în toate cazurile
 - E. De obicei sunt traumatisme închise
53. CM Selectați afirmațiile corecte despre tratamentul chirurgical al leziunilor traumatice pulmonare:
- A. În leziunile tranfixiante ale pulmonului se evită ermetizarea defectului parenchimului
 - B. De obicei se impune în plăgi
 - C. De obicei se impune în traumatismul închis
 - D. Lobectomiile sunt frecvente
 - E. Leziunile de pulmon care ar necesita pulmonectomie de obicei sunt letale
54. CM Specificați afirmațiile corecte în leziunile diafragmei în cazul traumatismelor toracelui:
- A. Se suspectează în toate cazurile de traumatism toracic
 - B. Obligator sunt suspectate în plăgile toracice localizate inferior de spațiul intercostal V
 - C. Toracosopia este cea mai informativă metodă diagnostică
 - D. Radiografia toracelui în 2 incidențe de obicei identifică leziunea
 - E. Prezența hemotoracelui nu corelează cu prezența leziunilor diafragmei
56. CM Care din următoarele caracteristici ale leziunii toracice presupun un traumatism cu energie cinetică mare:
- A. Fractura coastelor III-V
 - B. Fractura sternului
 - C. Fractura claviculei
 - D. Prezența hemopneumotoracelui
 - E. Fractura de scapulă
57. CS Leziunea cărui organ extratoracic se asociază cel mai frecvent traumatismelor cutiei toracice:
- A. Pelvis
 - B. Vase majore
 - C. Splină
 - D. Rinichi
 - E. Intestin subțire
58. CM Care dintre următoarele semne pot fi comune atât pentru pneumotoracele sufocant, cât și pentru tamponada cardiacă:
- A. Devierea traheei spre partea sănătoasă
 - B. Turgescența venelor jugulare

- C. Hipotensiunea
 - D. Lărgirea mediastinului
 - E. Tahipnea
59. CS Care dintre manifestări corespund hemotoracelui masiv:
- A. Devierea traheei spre partea opusă leziunii
 - B. Turgescența venelor jugulare
 - C. Emfizemul subcutan
 - D. Presiunea venoasă centrală sporită
 - E. Respirația paradoxală
60. CM Care dintre traumatisme sunt clasificate în categoria leziunilor rapid letale:
- A. Voletul costal
 - B. Fracturile multiple de coaste
 - C. Pneumotoracele cu supapă
 - D. Hemotoracele masiv
 - E. Leziunea disecantă de aortă
61. CM Dereglările de debit cardiac în traumatismele toracelui se pot datora:
- A. Hemoragiei
 - B. Dereglărilor de retur venos
 - C. Vasoconstricției periferice
 - D. Leziunii de valve cardiace
 - E. Mobilizării sângelui din depouri
62. CM Cauzele majore ale tulburărilor de ventilație în voletul costal sunt:
- A. Mișcarea paradoxală
 - B. Durerea
 - C. Pendularea mediastinului
 - D. Contuzia pulmonară
 - E. Obstrucția căilor respiratorii
63. CS Care gest medical NU este prioritar în conduita pacienților cu volet costal:
- A. Aport sporit de O₂
 - B. Repleția volemică masivă
 - C. Asigurarea permeabilității căilor respiratorii
 - D. Imobilizarea leziunilor de coloană vertebrală
 - E. Asigurarea reexpansionării plămânului
64. CM Care dintre semne apar tardiv în evoluția pneumotoracelui sufocant:
- A. Cianoza tegumentelor

- B. Devierea traheei
- C. Șocul
- D. Abolirea sunetelor respiratorii
- E. Anxietatea, agitația

65. CM Toracocenteza este obligatorie în următoarele situații clinice:

- A. Pneumotorace cu supapă
- B. Traumatizați cu suspecție la leziune de esofag
- C. Pneumotorace mic la pacienți cu ventilație asistată
- D. Hemotorace mic cauzat de fracturi costale
- E. Volet costal

66. CS Care este cea mai frecventă cauză a șocului la pacienții cu traumatisme toracice:

- A. Durerea
- B. Hemoragia
- C. Voletul costal
- D. Pneumotoracele
- E. Tamponada cardiacă

67. CM Care dintre semne sunt comune pentru pneumotoracele sufocant și tamponada cardiacă:

- A. Febra
- B. Devierea traheei
- C. Dereglări de retur venos spre cord
- D. Dispneea
- E. Matitate la percuția hemitoracelui stâng

68. CM Prezența următoarelor leziuni toracice sugerează traumatism cu agent vulnerant cu energie cinetică mare:

- A. Fractura coastei a X-a
- B. Prezența hemopneumotoracelui
- C. Fractura coastei I
- D. Fractura sternului
- E. Fractura scapulei

69. CS Traumatismele toracice se pot complica cu următoarele, EXCEPTÂND:

- A. Hernie diafragmală
- B. Șoc
- C. Insuficiență poliorganică
- D. Peritonită
- E. Pleurezie

70. CS Cauza cea mai frecventă a leziunilor diafragmei este:
- A. Traumatismele sportive
 - B. Căderea de la înălțime
 - C. Exploziile
 - D. Traumatismele penetrante
 - E. Leziunile iatrogene
71. CS Indicați cea mai frecventă cauză de morbiditate și mortalitate în leziunile diafragmei:
- A. Hemoragia rezultată din leziunea diafragmei
 - B. Peritonita rezultată din leziunea diafragmei
 - C. Insuficiența respiratorie
 - D. Compresia organelor intratoracice determinată de hernie
 - E. Hernia strangulată în leziunile omise
72. CM Pentru leziunile diafragmei sunt utilizate următoarele modalități curative:
- A. Nonoperator, dacă leziunile sunt mici și nu hemoragiază
 - B. Plastia cu fragment de oment pe picioruș
 - C. Sutura simplă cu fir neresorbabil
 - D. Aoplastia
 - E. Sutura simplă cu fir resorbabil
73. CS Pentru traumatismele diafragmei este corectă următoarea afirmație:
- A. Nu se operează dacă au dimensiuni mici și nu hemoragiază
 - B. De obicei au semne clinice manifeste
 - C. Se operează indiferent de dimensiuni și intervalul de timp scurs după traumatism
 - D. Stomacul are un rol protector
 - E. De obicei sunt asociate cu hemoperitoneu
74. CS Selectați testul diagnostic cel mai indicat la un traumatizat asimptomatic cu fractură simplă a coastei a X-a pe stânga:
- A. Electrocardiograma
 - B. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - C. Ultrasonografia abdominală
 - D. Analiza generală a sângelui
 - E. Spirografia
75. CS Leziunile izolate ale diafragmei clinic se manifestă de obicei prin:
- A. Hemoragie intraabdominală
 - B. Hemopneumotorace
 - C. Sunt frecvent asimptomatice

- D. Peritonită
 - E. Sindrom de detresă respiratorie a adultului
76. CS Afirmăția corectă despre toracotomie în traumatismele toracelui este:
- A. Este cel mai frecvent gest chirurgical adresat unui pacient cu traumatism toracic
 - B. De obicei se face prin sternotomie mediană
 - C. Are indicații restrânse
 - D. Este calea de abord de elecție în leziunile diafragmei în perioada acută
 - E. Se impune la prezența sângelui în cavitatea pleurală pentru stoparea hemoragiei în majoritatea cazurilor
77. CS Următorul enunț despre tamponada cardiacă în traumatisme este corect:
- A. Rareori prezintă pericol pentru viață
 - B. Poate fi exclusă prin radiografia toracelui în 2 incidente
 - C. Clinic poate fi confundată cu pneumotoracele tensionat
 - D. Cauzează diminuarea tensiunii arteriale sistolice >15 mm Hg în expir
 - E. Cel mai frecvent rezultă prin traumatism toracic închis în proiecția cordului
78. CS Absența zgomotelor respiratorii și matitate la percucia hemitoracelui stâng cel mai bine poate fi explicată prin:
- A. Hemotorace pe stânga
 - B. Tamponada cardiacă
 - C. Pneumotorace pe stânga
 - D. Leziunea diafragmei pe stânga
 - E. Pneumotorace tensionat pe dreapta
79. CS Pentru care dintre situațiile clinice toracostomia de urgență imediată este obligatorie:
- A. Pneumomediastin
 - B. Hemotorace masiv
 - C. Pneumotorace deschis
 - D. Leziune de diafragmă
 - E. Emfizem subcutanat
80. CS Se impune restricția judicioasă a repleției volemice în următoarea situație clinică de traumatism toracic:
- A. Pneumotoracele sufocant
 - B. Contuzia pulmonară
 - C. Tamponada cardiacă
 - D. Politraumatizată cu șoc de origine necunoscută
 - E. În toate cazurile de traumatism toracic este binevenită repleție volemică agresivă

81. CS Primul gest aplicat unui pacient cu traumatism toracic pentru a ameliora oxigenarea este:
- A. Intubația orotraheală
 - B. Administrarea O₂ suplimentar
 - C. Blocaj al nervilor intercostali
 - D. Repleția volemică
 - E. Toracocenteza
82. CS Cel mai important gest de urgență imediată în managementul pneumotoracelui deschis este:
- A. Intubația endotraheală
 - B. Aplicarea pansamentului ocluziv
 - C. Sutura chirurgicală a plăgii
 - D. Toracocenteza în spațiul II intercostal
 - E. Analgezia adecvată
83. CS Cel mai important semn în diagnosticul diferențial al tamponadei cardiace și pneumotoracelui cu supapă este:
- A. Tahicardia
 - B. Dispneea
 - C. Zgomotele respiratorii
 - D. Turgescența venelor jugulare
 - E. Hipotensiunea arterială
84. CS Pierderea a 20% din volumul sângelui circulant la traumatizat se asociază de obicei cu:
- A. Oligurie
 - B. Hipotensiune
 - C. Obnubilare
 - D. Necesitate în hemotransfuzie
 - E. Tahicardie
85. CS Un copil a suportat traumatism accidental prin tamponare cu bicicleta într-un zid. Care dintre următoarele afirmații este corectă?
- A. Voletul costal este probabil
 - B. Contuzia cardiacă simptomatică este frecventă
 - C. Leziunile aortei toracice sunt mai frecvente ca la adulți
 - D. Contuzia pulmonilor poate fi prezentă în absența leziunilor costale
 - E. Fracturile costale sunt constant prezente în astfel de traumatisme
86. CM La un pacient monitorizat pentru traumatism toracic se dezvoltă sindromul hemoragic. Care sunt manifestările sugestive?
- A. Puls accelerat, diminuarea tensiunii arteriale

- B. Cutia toracică pe partea afectată este mărită în dimensiuni
- C. Hipoxemie accentuată
- D. Prezența sângelui la puncția pleurală
- E. Sunet percutor „de cutie” pe partea afectată

87. CM Dintre leziunile parietale ale toracelui fac parte:

- A. Echimozele, hematoamele cutanate
- B. Fracturile costale
- C. Leziunile splinei, ficatului
- D. Lezarea mușchilor
- E. Lezarea vaselor sangvine magistrale

88. CS Următoarea situație NU caracterizează traumatismul penetrant al toracelui:

- A. Pneumoperitoneul
- B. Hemotoracele
- C. Hemopericardul
- D. Pneumotoracele deschis
- E. Pneumotoracele tensionat

89. CM Selectați componentele triadei clinice caracteristice pneumotoracelui sufocant:

- A. Turgescența venelor jugulare
- B. Deplasarea traheei de la linia mediana către partea neafectată
- C. Dispnee
- D. Timpanism în proiecția hemitoracelui afectat
- E. Tahicardie

90. CS Selectați semnul clinic distinctiv ce diferențiază pneumotoracele sufocant de tamponada cardiacă:

- A. Turgescența venelor jugulare
- B. Deplasarea traheei de la linia mediana către partea neafectată
- C. Dispnee
- D. Hipotonie
- E. Tahicardie

**Traumatismul toracic
(răspunsuri):**

1. B
2. C
3. D
4. B
5. E
6. D
7. ABD
8. C
9. CE
10. E
11. BDE
12. ABCD
13. BCD
14. BD
15. CDE
16. DE
17. BCE
18. ABC
19. AD
20. ABC
21. ABC
22. ADE
23. BD
24. BCE
25. ACE
26. ACE
27. ACE
28. BE
29. BC
30. BC
31. CDE
32. CD
33. ACD
34. ABD
35. AB
36. AE
37. BE
38. AB
39. ABE
40. ABCE
41. CE
42. ABCE
43. BC
44. AC
45. BCE
46. ABCE
47. BC
48. C
49. D
50. D
51. D
52. DE
53. ABE
54. BCE
55. BCE
56. BCE
57. C
58. BCE
59. A
60. ACD
61. ABD
62. ABD
63. B
64. AB
65. ABC
66. B
67. CD
68. CDE
69. D
70. D
71. E
72. CD
73. C
74. C
75. C
76. C
77. C
78. A
79. B
80. B
81. B
82. B
83. C
84. E
85. D
86. AD
87. ABD
88. A
89. ABD
90. B

PERITONITA (teste)

1. CM Indicați scopul intubației gastrointestinale în tratamentul peritonitei difuze purulente:

- A. Evidența pierderilor lichidiene din tractul digestiv
- B. Decompresia intestinului
- C. Alimentarea pacientului prin sondă
- D. Introducerea prin sondă a preparatelor medicamentoase
- E. Profilaxia ocluziei intestinale paralitice

2. CM Indicați manifestările clinice atribuite fazei reactive ale peritonitei acute:

- A. Dureri în regiunea suprapubică la efectuarea tușeului rectal
- B. Tahicardie
- C. Dereglări ireversibile hidroelectrolitice
- D. Defans muscular al peretelui abdominal anterior
- E. Leucocitoză

3. CM Indicați căile cel mai frecvent utilizate de administrare a antibioticelor în perioada postoperatorie la pacienții cu peritonită difuză:

- A. Subcutan
- B. Intramuscular
- C. Intravenos
- D. Intrarterial
- E. Intraabdominal

4. CM Indicați afirmațiile corecte privind argumentarea efectuării inciziei laparotomice în peritonita acută difuză:

- A. Revizia adecvată a cavității peritoneale
- B. Asanarea optimală a cavității peritoneale
- C. Traumatismul minor al organelor cavității peritoneale
- D. Pierderi minore de sânge
- E. Risc minimal de supurare a plăgii

5. CM Indicați formele peritonitei acute, în care se determină depuneri de fibrină pe foițele parietală și viscerală ale peritoneului:

- A. Seroasă
- B. Purulentă
- C. Fecaloidă
- D. Fermentativă

E. Fibrinoasă

6. CM Indicați maladiile care pot cauza sindromul de abdomen chirurgical fals:

A. Anevrismul disecant de aortă

B. Hematomul retroperitoneal

C. Fracturile multiple costale

D. Sindromul Reily

E. Hernia femurală strangulată

7. CM Indicați substanțele care pot provoca peritonita acută:

A. Urina în leziunile intraabdominale ale vezicii urinare

B. Conținutul gastric ca urmare a ulcerului perforat

C. Sângele ca urmare a traumatismului splenic

D. Bila ca urmare a perforației vezicii biliare

E. Aerul din cavitatea peritoneală rezidual laparoscopiei

8. CM Peritonita acută difuză se poate instala în următoarele forme ale apendicitei acute:

A. Colica apendiculară

B. Apendicita acută catarală

C. Apendicita acută flegmonoasă

D. Apendicita acută gangrenoasă

E. Apendicita acută perforativă

9. CM Indicați formele peritonitei acute după caracterul exsudatului intraperitoneal:

A. Locală

B. Fibrinoasă

C. Purulentă

D. Difuză

E. Fecaloidă

10. CM Enumerați complicațiile peritonitei acute:

A. Abcesul subfrenic

B. Fistula intestinală

C. Abcesul interintestinal

D. Abcesul spațiului Douglas

E. Prezența conținutului gastric pe flancul lateral drept în ulcerul perforat

11. CM Indicați fazele în evoluția clasică a peritonitei acute:

A. Precoce

- B. Tardivă
- C. Reactivă
- D. Toxică
- E. Terminală

12. CM Pentru faza terminală a peritonitei acute sunt caracteristice:

- A. Adinamia
- B. Hipertermia
- C. Tahicardia
- D. Hipotonia arterială
- E. Hipertensiunea arterială

13. CM Selectați formele de peritonită locală circumscrișă:

- A. Abcesul subdiafragmal
- B. Abcesul subhepatic
- C. Abcesul mezoceliac
- D. Abcesul de sac Douglas
- E. Peritonita primară idiopatică

14. CM Enumerați măsurile terapeutice ale tratamentului complex al peritonitei acute difuze:

- A. Tratamentul non operator
- B. Diminuarea intoxicației
- C. Corecția dereglărilor metabolice
- D. Antibioterapia
- E. Tratamentul parezei intestinale

15. CM Specificați criteriile ce indică dinamica pozitivă postoperatorie în peritonita acută:

- A. Diminuarea leucocitozei
- B. Diminuarea indexului leucocitar de intoxicație
- C. Creșterea nivelului proteinei serice
- D. Scăderea nivelului azotului rezidual
- E. Creșterea nivelului proteinei C-reactive

16. CM Indicați criteriile de diagnostic al peritonitei anaerobe:

- A. Evoluție fulminantă
- B. Intoxicație pronunțată
- C. Confirmare bacteriologică
- D. Cantitate enormă de exudat în cavitatea peritoneală cu o nuanță verzuie-cafenie

E. Lipsa exudatului în cavitatea peritoneală

17. CM Enumerați metodele de profilaxie și tratament a parezei intestinale postoperatorii în peritonita difuză:

A. Infiltrarea cu Sol. Novocaini a rădăcinii mezoului intestinal

B. Intubarea intestinului subțire

C. Enterosorbția

D. Blocul epidural

E. Foamea

18. CM Enumerați semnele caracteristice fazei reactive a peritonitei acute în ulcerul perforat:

A. Dureri violente la palparea abdomenului

B. Semnul Blumberg pozitiv

C. Balonarea simetrică a abdomenului

D. Tahicardia

E. Dispariția peristaltismului intestinal

19. CM Enumerați metodele de detoxicare în peritonita acută:

A. Limfosorbția

B. Hemosorbția

C. Enterosorbția

D. Plasmofereza

E. Administrarea precoce a antibioticelor

20. CM Specificați gesturile curative urmărite în cazul *abdomenului deschis* în peritonita acută difuză:

A. Revizia repetată a organelor cavității peritoneale

B. Efectuarea lavajului abdominal repetat

C. Înlăturarea lichidului purulent sub controlul vizual

D. Controlul ermetismului suturilor intestinale

E. Stimularea funcției vezicii urinare

21. CM Enumerați factorii care datorează rezultatul favorabil în tratamentul pacienților cu peritonită acută:

A. Intervenția chirurgicală tardivă

B. Tratamentul antibacterian

C. Efectuarea corectă a intervenției chirurgicale

D. Metodele de detoxicare

E. Profilaxia parezei intestinale

22. CM Abdomenul deschis (laparostoma) în peritonita acută are ca scop:

A. Asanarea repetată a cavității peritoneale

B. Schimbul tuburilor de dren

C. Înlăturarea lichidului purulent și a depunerilor de fibrină

D. Monitorizarea schimbărilor patologice din cavitatea peritoneală la intervențiile de etapă

E. Înlăturarea suturilor mecanice pe stomac sau intestine ca urmare a dehiscentelor survenite cu aplicarea noilor anastomoze

23. CM Indicați semnele peritonitei acute difuze:

A. Balonarea abdomenului

B. Hiperperistaltismul

C. Durerile pe toată suprafața abdomenului la palpate

D. Defansul muscular simetric al peretelui abdominal

E. Prezența semnului Mandel-Razdolski

24. CM Indicați metodele ce NU permit evidențierea abceselor intrabdominale:

A. Ultrasonografia abdominală

B. Radiografia de ansamblu a abdomenului

C. Colonoscopia

D. CT

E. FEGDS

25. CM Enumerați funcțiile principale ale sondei nasointestinale care argumentează aplicarea patogenică a acesteia în peritonita acută:

A. Necesitatea decompresiei îndelungate a intestinului subțire

B. Necesitatea detoxicației ca rezultat a stazei conținutului intestinal

C. Profilaxia maladiei aderențiale postoperatorii

D. Utilizată pentru antibioterapie selectivă în intestin

E. Necesitatea alimentării enterale a pacientului

26. CM Efectuând diagnosticul diferențial dintre hemoragia intraabdominală și peritonita acută, selectați simptomele clinice caracteristice pentru peritonita acută:

A. Semnul *Hopa-Mitică*

B. Simptomul Kulemkampff

C. Simptomul Blumberg

D. Simptomul „tăcerii de mormânt”

E. Dureri permanente în abdomen

27. CM Specificați elementele de bază care determină evoluția peritonitei acute:

A. Răspândirea afectării peritoneului

B. Virulența microorganismelor

C. Sursa peritonitei

D. Durata bolii

E. Prezența la pacient în anamneză a colicilor biliare frecvente

28. CM Specificați indicațiile pentru revizia de etapă și asanarea cavității peritoneale în chirurgia abdominală prin aplicarea laparostomei:

A. Peritonita fecaloidă

B. Peritonita purulentă totală

C. Tromboza vaselor mezenteriale

D. Pancreonecroza infectată

E. Colecistita cronică calculoasă

29. CM Enumerați preparatele antibacteriene de elecție în tratamentul peritonitei acute fibrinos-purulente difuze:

A. Carbapenemele

B. Florchinolonele

C. Cefalosporinele de generația a III-IV-a

D. Derivații metronidazolului

E. Macrolidele

30. CS Indicați forma peritonitei care evoluează fără prezența germenilor patogeni:

A. Primitivă

B. Secundară

C. Terțiară

D. Specifică

E. Postoperatorie

31. CM Tratamentul complex al peritonitei acute cuprinde:

A. Laparotomia

B. Antibioticoterapia

C. Prelevarea de probe bacteriologice

D. Tratamentul cauzei peritonitei

E. Lavajul cavității abdominale

32. CS Indicați cantitatea de lichid seros intraperitoneal la un om sănătos cu masa corporală de 70 kg:

- A. 50 ml
- B. 500 ml
- C. 120 ml
- D. 200 ml
- E. 220 ml

33. CM Indicați patologiile abdominale care evoluează cu exsudat hemoragic în cavitatea peritoneală:

- A. Pancreatita acută
- B. Colecistita acută
- C. Ischemia mezenterică acută
- D. Ulcerul perforat
- E. Hemoragia digestivă superioară

34. CS La un bolnav de 46 ani care a suportat apendicectomie pentru apendicită acută gangrenoasă, la a 5 zi postoperator au apărut dureri surde în regiunea suprapubiană, tenesme, dureri acute la defecație și disurie, febră 37,8- 38,5°C. Care este diagnosticul prezumptiv?

- A. Paraproctită acută
- B. Tromboză anorectală acută
- C. Peritonită difuză
- D. Abces al spațiului Douglas
- E. Pielonefrită acută

35. CS Indicați cauza cea mai frecventă a peritonitelor:

- A. Ileusul intestinal acut
- B. Ulcerul gastroduodenal perforat
- C. Salpingita acută
- D. Apendicita acută
- E. Cancerul gastric

36. CS Indicați durata fazei reactive a peritonitei acute:

- A. 36 ore
- B. 24 ore
- C. 48 ore
- D. 72 ore

E. Mai mult de 72 ore

37. CM Specificați cele mai frecvente căi de infectare a peritoneului în peritonita primară:

- A. Perforația ulcerului gastric
- B. Perforația apendicelui vermicular
- C. Infecția gonococică
- D. Calea hematogenă
- E. Leziunile traumatice ale ileonului

38. CS Pentru peritonita acută NU este caracteristic:

- A. Defansul muscular abdominal
- B. Simptomul Courvoisier
- C. Tahicardia
- D. Reținerea eliminărilor de gaze și mase fecale
- E. Vomele

39. CS Indicați semnul clinic principal în peritonita acută:

- A. Vomele
- B. Durerile abdominale
- C. Scaunul sangvinolent
- D. Reținerea eliminărilor de mase fecale și gaze
- E. Febra

40. CS Indicați afirmația care NU este caracteristică pentru peritonita acută:

- A. Tahicardia
- B. Limba uscată
- C. Defansul muscular al peretelui abdominal anterior
- D. Lipsa peristaltismului intestinal
- E. Diareea

41. CS Peritonita acută poate fi secundară următoarelor afecțiuni, CU EXCEPȚIA:

- A. Perforației diverticulului Meckel
- B. Maladiei Crohn
- C. Stenozei papilei Vater
- D. Strangulării Richter
- E. Ileusului intestinal acut

42. CM Specificați afirmațiile care corespund abcesului subdiafragmal pe dreapta:

- A. Prezența durerilor în hemitoracele drept și epigastru ca urmare a mișcărilor respiratorii

- B. Prezența durerilor la palparea hipocondrului drept
- C. Temperatura hectică
- D. Prezența pneumoperitoneului
- E. Creșterea matității hepatice

43. CS Care afirmație NU corespunde abcesului subfrenic:

- A. Diminuarea mișcărilor respiratorii
- B. Poziția înaltă a cupolei diafragmale
- C. Prezența lichidului reactiv în cavitatea pleurală
- D. Prezența durerii în hipocondru cu iradiere în regiunea supraclaviculară
- E. Prezența diareei

44. CS Specificați varianta optimă de tratament al abcesului subdiafragmal:

- A. Doar tratamentul conservativ
- B. Deschiderea și drenarea extraperitoneală a abcesului
- C. Laparotomie, deschiderea și drenarea abcesului
- D. Puncția ecoghidată
- E. Drenare prin abord toracotomic

45. CS Numiți abordul optimal de deschidere și evacuare a abcesului subhepatic:

- A. Toraco-laparotomia
- B. Lumbotomia
- C. Incizia transpleurală în doi timpi
- D. Laparotomia medio-mediană
- E. Laparotomia tip Kocher

46. CS Indicați gestul chirurgical în abcesul de sac Douglas:

- A. Puncția ecoghidată a abcesului prin cavitatea peritoneală
- B. Clistere evacuatorii
- C. Deschiderea și drenarea abcesului prin laparotomie mediană inferioară
- D. Puncția, deschiderea și drenarea transrectală a abcesului
- E. Doar tratament conservativ

47. CS Notați indicația de laparotomie medie xifo-pubiană:

- A. Peritonita difuză
- B. Peritonita locală
- C. Abcesul de sac Douglas
- D. Plastronul apendicular abcedat

E. Apendicita acută necomplicată

48. CS Nuanța hemoragică a lichidului peritoneal se întâlnește în toate cazurile enumerate, CU EXCEPȚIA:

- A. Peritonitei tuberculoase
- B. Eruperii sarcinii extrauterine
- C. Trombozei mezenteriale
- D. Pancreatitei acute
- E. Hematomului retroperitoneal

49. CS Enumerați, ce NU este caracteristic pentru peritonita acută în faza terminală:

- A. Balonarea abdomenului
- B. Hipovolemia
- C. Dispariția zgomotelor intestinale
- D. Hipoproteinemia
- E. Intensificarea peristaltismului intestinal

50. CS Indicați semnul cel mai sugestiv pentru stabilirea diagnosticului de peritonită acută postoperatorie:

- A. Febra
- B. Durerea
- C. Pneumoperitoneul
- D. Ileusul intestinal persistent
- E. Diureza

51. CS La un pacient de 70 ani cu infarct miocardic acut în anamneză, este prezent tabloul clinic al peritonitei generalizate cu un debut de 5 zile. Indicați tactica medico-chirurgicală:

- A. Intervenție chirurgicală de urgență după 24 ore de pregătire preoperatorie
- B. Intervenție chirurgicală imediată după administrarea preparatelor cardiotonice
- C. Intervenție chirurgicală urgentă după repleție hidro-electrolitică
- D. Nu necesită pregătire preoperatorie
- E. Intervenție chirurgicală urgentă după stabilirea diagnosticului cu corecția insuficienței cardiace

52. CM Indicați obiectivele intervenției chirurgicale care cer a fi efectuate în cazul peritonitei difuze fibrinos-purulente:

- A. Înlăturarea sau limitarea focarului de peritonită
- B. Sanarea cavității peritoneale
- C. Decompresia intestinală

- D. Aplicarea epicistostomei
- E. Drenarea cavității peritoneale

53. CS Pentru o peritonită acută sunt caracteristice următoarele afirmații, CU EXCEPȚIA:

- A. Prezenței răspunsului inflamator sistemic
- B. Prezenței semnelor de iritare a peritoneului
- C. Prezenței ileusului intestinal
- D. Prezenței poliuriei
- E. Prezenței tahicardiei

54. CS Indicați semnul patognomonic pentru peritonita acută cauzată de perforația unui organ cavitat:

- A. Prezența leucocitozei
- B. Lipsa gărguimentului intestinal
- C. Prezența pneumoperitoneumului
- D. Prezența semnelor de iritare ale peritoneului
- E. Prezența matității în regiunile declive ale cavității peritoneale

55. CS La un pacient cu peritonită acută difuză fecaloidă în timpul laparotomiei s-a depistat neoplasm rezecabil al ascendentului cu perforația intestinului proximal de tumoră. Indicați volumul operației:

- A. Suturarea perforației cu aplicarea ileotransversanastomozei
- B. Hemicolectomie dreaptă cu aplicarea ileostomiei terminale
- C. Suturarea perforației cu aplicarea ileostomiei terminale
- D. Suturarea perforației cu drenarea cavității peritoneale
- E. Aplicarea cecostomiei cu suturarea perforației

56. CS Indicați necesitatea administrării metronidazolului ca element important în tratamentul peritonitei secundare:

- A. Combaterea infecției anaerobe
- B. Combaterea infecției fungice
- C. Combaterea infecției aerobe
- D. Combaterea infecției virale
- E. Profilaxia candidozei generalizate

57. CS Pentru stabilirea diagnosticului de abces al spațiului Douglas pot fi indicate toate metodele enumerate, CU EXCEPȚIA:

- A. Tușeului rectal

- B. Fibrocolonoscopiei
- C. Examenului ultrasonografic
- D. CT
- E. Tușeului vaginal

58. CS Pentru stabilirea diagnosticului de abces subhepatic sunt indicate următoarele metode de investigație, CU EXCEPȚIA:

- A. Toracoscopiei
- B. Examenului ultrasonografic
- C. Radiografiei cutiei toracice
- D. Radiografiei abdomenului
- E. CT

59. CS În tabloul clinico-paraclinic al abcesului subdiafragmal pe stânga sunt caracteristice următoarele afirmații, CU EXCEPȚIA:

- A. Diminuarea excursiilor respiratorii ale pulmonilor
- B. Poziția înaltă a cupolei diafragmale
- C. Prezența pleureziei pe stânga
- D. Prezența atelectaziei bazale pe stânga
- E. Hemoptiziei

60. CS Selectați semnul clinic care NU este caracteristic pentru peritonita acută:

- A. Limba uscată
- B. Contractura musculară a peretelui abdominal anterior cu prezența semnului Blumberg pozitiv
- C. Lipsa peristaltismului intestinal
- D. Prezența icterului
- E. Balonarea abdomenului

61. CS Indicați cea mai informativă metodă paraclinică de diagnostic în caz de peritonită acută difuză:

- A. Laparoscopia diagnostică
- B. Examenul ultrasonografic
- C. Laparocenteza
- D. CT
- E. Determinarea proteinei C-reactive

62. CS Indicați, care dintre formele clinice ale peritonitei acute NU necesită intervenție chirurgicală prin laparotomie:

- A. Peritonita totală purulentă
- B. Peritonita pancreatogenă fermentativă
- C. Peritonita difuză fibrinos-purulentă
- D. Peritonita biliară
- E. Peritonita fecaloidă

63. CS Alegeți una dintre formele peritonitei acute care prezintă probleme majore în diagnostic și are o evoluție gravă:

- A. Peritonita postoperatorie
- B. Peritonita fermentativă
- C. Peritonita biliară
- D. Ascit-peritonita
- E. Pelvioperitonita

64. CS Indicați maladia, în patogeniza căreia în faza inițială a peritonitei factorul bacterian NU are un rol decisiv:

- A. Perforația tumorală a intestinului gros
- B. Pancreonecroza
- C. Leziunea intestinului subțire
- D. Apendicita acută distructivă
- E. Colecistita acută distructivă

65. CS Indicați maladia care NU provoacă dezvoltarea peritonitei acute secundare:

- A. Colecistita acută distructivă
- B. Colangita purulentă
- C. Tromboza vaselor mezenteriale
- D. Apendicita acută distructivă
- E. Ocluzia intestinală acută

66. CS Indicați cea mai informativă metodă în diagnosticul diferențial al peritonitei acute de origine apendiculară și ginecologică:

- A. Laparoscopia diagnostică
- B. Examenul ultrasonografic
- C. Puncția fornixului posterior
- D. Radiografia de ansamblu a abdomenului
- E. Laparocenteza

67. CM Specificați germeni izolați cel mai frecvent întâlniți în peritonita acută secundară de origine apendiculară:
- A. E. Coli
 - B. Bacteriile gram negative
 - C. B. Koch
 - D. Anaerobii
 - E. Fungii
68. CM Indicați categoriile pacienților la care diagnosticul clinic de peritonită acută este dificil:
- A. Vârstnici
 - B. Persoanele care urmează medicație imunosupresorie
 - C. Bolnavii aflate în perioada ciclului menstrual
 - D. Bolnavii spitalizați în stare de șoc
 - E. Bolnavii alergici
69. CM Sindromul de insuficiență multiplă de organe (MODS) se apreciază după manifestările anormale timp de 24 ore la nivelul următoarelor sisteme:
- A. Cardiac
 - B. Respirator
 - C. Renal
 - D. Osteoarticular
 - E. Nervos central
70. CM Caracterizați peritonitele primare:
- A. Sunt determinate de un singur germen patogen
 - B. Sunt determinate de mai mulți germeni patogeni
 - C. Mai frecvent sunt afectați bolnavii cu ciroză hepatică
 - D. Au surse de contaminare hematogenă
 - E. Au surse de contaminare intraperitoneală
71. CM Specificați care dintre afirmații privind tratamentul chirurgical al abceselor intraabdominale sunt adevărate:
- A. Abcesele subfrenice și subhepatice aflate în contact cu peretele parietal anterior se deschid de preferință prin abord transpleurodiafragmatic
 - B. În abcesele pelvine se recurge la rectotomie sau deschiderea prin fornixul posterior al vaginului
 - C. Abcesele apendiculare se drenează pe cât posibil transperitoneal
 - D. Abcesele interintestinale se tratează de preferință conservativ

- E. Abcesele bursei omentale se drenează prin ligamentul gastrocolic
72. CM Hemoleucograma într-o peritonită acută poate evidenția:
- A. Hematoconcentrație
 - B. Hiperleucocitoză cu devierea spre stânga a formulei leucocitare
 - C. Poichilocitoză
 - D. Trombocitopenie
 - E. Cel mai frecvent se determină monocitoză
73. CM Selectați afirmațiile corecte privind peritonitele acute postoperatorii:
- A. Au o evoluție gravă și imprevizibilă
 - B. Diagnosticul se stabilește relativ ușor
 - C. Majoritatea peritonitelor sunt consecința dehiscentei anastomozelor digestive
 - D. Majoritatea peritonitelor sunt consecința contaminării extrabdominale
 - E. Pot fi provocate de leziuni iatrogene
74. CM Selectați afirmațiile adevărate privind abcesele intraabdominale:
- A. Se clasifică în abcese intraperitoneale și viscerale
 - B. Sunt în general monomicrobiene
 - C. Cel mai frecvent survin secundar leziunilor posttraumatice, postoperatorii sau din cauza unui proces patologic abdominal
 - D. Pot surveni în leziunile viscerale
 - E. Pot fi unice sau multiple
75. CM Caracterizați contractura musculară în peritonita acută:
- A. Apare numai la palparea profundă
 - B. Este dureroasă
 - C. Este permanentă
 - D. Este invincibilă
 - E. Poate fi învinsă prin distragerea atenției pacientului
76. CM. Selectați afirmațiile corecte privind peritonitele acute primare:
- A. Apar la prezența unui focar infecțios intraabdominal
 - B. Pot apărea la orice vârstă, dar sunt prevalente la copii
 - C. Clinic se manifestă cu semne generale de infecție
 - D. În majoritatea cazurilor sunt polimicrobiene
 - E. Tratamentul peritonitelor primare se bazează numai pe tratamentul chirurgical

77. CM Selectați afirmațiile adevărate privind evoluția abcesului fundului de sac Douglas în lipsa tratamentului:
- A. Se poate evacua prin rect sau vagin
 - B. Se poate erupe în marea cavitate peritoneală
 - C. Frecvent se erupe în vezica urinară
 - D. Se manifestă prin apariția complicațiilor septice la distanță
 - E. Poate determina acutizarea focarelor cronice de infecții
78. CM Indicați tratamentul etiologic al peritonitei acute:
- A. Antibioticoterapie
 - B. Pleurostomie
 - C. Lavajul cavității peritoneale
 - D. Tratament chirurgical
 - E. Corticoterapie
79. CM Indicați semnele diagnosticului clinic al peritonitei acute:
- A. Febra
 - B. Poliuria
 - C. Vărsăturile
 - D. Oliguria
 - E. Tahicardia
80. CM Enumerați consecințele peritonitei acute la nivel sistemic:
- A. Alcaloza metabolică
 - B. Acidoza metabolică
 - C. Acidoza respiratorie
 - D. Insuficiența hepatică
 - E. Insuficiența renală
81. CM Specificați simptomele care facilitează diagnosticul de peritonită postoperatorie:
- A. Febra persistentă
 - B. Prezența hiperperistaltismului
 - C. Insuficiența renală acută, insuficiența respiratorie acută
 - D. Secreții purulente prin plagă/pe tuburile de dren
 - E. Prezența pneumoperitoneumului
82. CM Indicați situațiile clinice ce impun procedeul Hartmann în cadrul tratamentului peritonitei acute secundare:

- A. Ulcerul duodenal perforat
- B. Perforația intestinului subțire
- C. Sigmoidita diverticulară perforată
- D. Cancerul sigmoidian perforat
- E. Perforația cancerului unghiului hepatic al colonului

83. CM Specificați afirmațiile adevărate referitoare la peritonita acută postoperatorie:

- A. Este dificil de diagnosticat
- B. Poate fi determinată de dehiscența anastomotică
- C. CT nu este necesar, diagnosticul fiind adesea evident datorită tabloului clinic
- D. Este o formă de peritonită primitivă
- E. Va fi prezentă durerea toracică intensă însoțită de tuse și dispnee

84. CS Indicați patologia cu cea mai mare incidență în patologia chirurgicală de urgență:

- A. Peritonita tuberculoasă
- B. Peritonita terțiară
- C. Peritonita secundară
- D. Peritonita idiopatică
- E. Peritonita primară

85. CS Indicați manifestarea clinică tipică de peritonită secundară cauzată de perforația ulceroasă:

- A. Vărsătura cu “zaț de cafea”
- B. Contractura abdominală
- C. Oprirea tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze
- D. Debutul lent, insidios al bolii
- E. Durerea în centură

86. CM Specificați semnele clinice prezente la palparea abdomenului în peritonita secundară difuză:

- A. Prezența matității hepatice
- B. Apărarea musculară
- C. Matitate deplasabilă pe flancuri
- D. Fluctuență în fosa iliacă dreaptă
- E. Împastare epigastrică

87. CS în cazul peritonitei ionograma indică următoarele abateri de la normă, CU EXCEPȚIA:

- A. Hipocloremiei
- B. Hiponatriemiei
- C. Hiperмагниemiei

- D. Hipocalcemiei
 - E. Hipopotasemiei
88. CS Indicați afirmația FALSĂ privind peritonitele secundare:
- A. Sunt de regulă monomicrobiene
 - B. Contaminarea peritoneului are loc frecvent pe cale hematogenă
 - C. Contaminarea peritoneului este realizată direct
 - D. Pot apărea în urma unor perforații iatrogene ale tractului digestiv
 - E. Pot apărea ca urmare a traumatismului abdominal
89. CS Despre semnele clinice ale peritonitei acute se pot afirma următoarele, CU EXCEPȚIA:
- A. Elementul esențial este contractura abdominală
 - B. La început vărsăturile sunt cu conținut alimentar și bilioase
 - C. Unele peritonite pot debuta cu diaree
 - D. Durerea este un semn inconstant
 - E. Lipsa febrei nu exclude peritonita
90. CS Tratamentul abceselor intra-abdominale este următorul, CU EXCEPȚIA:
- A. Incizie subcostală în drenarea abcesului subfrenic
 - B. Drenaj prin ligamentul gastro-colic în abcesul bursei omentale
 - C. Non-chirurgical în abcesul mezoceliac
 - D. Drenaj pe calea extraperitoneală în abcesul apendicular
 - E. Rectotomie sau colpotomie în abcesul pelvin
91. CS Selectați afirmația adevărată referitoare la tratamentul peritonitelor acute secundare este:
- A. În peritonitele primare rolul cel mai important îi revine metodelor chirurgicale
 - B. În peritonitele acute secundare tratamentul chirurgical este metoda de elecție
 - C. În peritonitele acute difuze secundare antibioticoterapia este de regulă suficientă
 - D. În peritonitele acute rolul chirurgiei nu este esențial în tratamentul focarului infecțios, mai important fiind reechilibrarea hidroelectrolitică a bolnavului
 - E. Tratamentul chirurgical se efectuează programat după corecția dezechilibrelor fiziopatologice ale bolnavului
92. CS Indicați afirmația adevărată referitoare peritonitelor secundare:
- A. Constituie mai puțin de 5% din totalul peritonitelor
 - B. Nu se asociază cu MODS
 - C. Reprezintă localizarea de către peritoneu a infecției
 - D. Sunt frecvent monomicrobiene

- E. Sunt datorate mai ales afectării organelor tractului digestiv și constituie grupul cel mai numeros (peste 90%) din totalul peritonitelor
93. CS Selectați afirmația adevărată referitoare la peritonitele produse ca urmare a colangiopancreatografiei endoscopice retrograde:
- A. Frecvente
 - B. Prin perforația peretelui duodenal
 - C. Prin perforație gastrică
 - D. Prin perforația jejunului
 - E. Prin perforație la nivelul ligamentului Treitz
94. CS Indicați caracteristica peritonitelor primare:
- A. Constituie grupul cel mai numeros din totalitatea patologiilor abdominale
 - B. Se dezvoltă în incapacitatea organismului de a delimita și localiza colecția
 - C. Nu este păstrată integritatea tractului digestiv
 - D. Includ peritonita tuberculoasă
 - E. Constituie 50% din totalul peritonitelor
95. CS Indicați suprafața peritoneului uman la adult:
- A. 10 m²
 - B. 20 m²
 - C. 5 m²
 - D. Egală cu suprafața corpului 2 m²
 - E. 1 m²
96. CS Indicați autorul tratamentului modern al peritonitei acute:
- A. Billroth
 - B. Kocher
 - C. Mondor
 - D. Kirshner
 - E. Mandel
97. CS Indicați cel mai important element în tratamentul peritonitei acute:
- A. Eradicarea sursei de infecție
 - B. Combaterea ileusului paralytic
 - C. Lavajul peritoneal
 - D. Drenajul peritoneal
 - E. Heparinoterapia

98. CS Indicați primul sistem de organe afectat în contextul sindromului MODS în peritonita acută este:
- A. Cardio-vascular
 - B. Excretor renal
 - C. Hepatic
 - D. Nervos central
 - E. Respirator
99. CS Indicați sugestia legii lui Stoks în contextul peritonitei acute:
- A. Ocluzie paralică
 - B. Hepatită toxică
 - C. Leucocitoză
 - D. Hipovolemie
 - E. Deshidratare
100. CS Indicați intervalul de timp în care au loc reparațiile defectelor peritoneale:
- A. 1-3 zile
 - B. 5-8 zile
 - C. 1-2 săptămâni
 - D. 3-4 săptămâni
 - E. Luni de zile
101. CS Indicați intervalul de timp necesar pentru formarea aderențelor ca rezultat al polimerizării fibrinei, care vine în contact cu bazala peritoneală:
- A. 1-3 zile
 - B. 5-7 zile
 - C. 10 zile
 - D. 4 săptămâni
 - E. 2-3 luni de zile
102. CS În rezultatul perforației unui organ cavitărilor în cavitatea peritoneală pătrund multiple specii de microorganisme. Într-un final rămân doar:
- A. 1 specie
 - B. 2-3 specii
 - C. 5-7 specii
 - D. 10 specii
 - E. Toate speciile

103. CM Indicați microflora prezentată în peritonele terțiare:
- A. Fungii
 - B. Bacteriile cu patogenitate scăzută
 - C. Enterococii
 - D. Clostridiile
 - E. Stafilococii
104. CS Indicați intervalul de timp necesar pentru colonizarea cavității peritoneale de către bacterii în peritonele secundare prin perforație:
- A. 1 oră
 - B. 3-6 ore
 - C. 10-12 ore
 - D. 24 ore
 - E. 2-3 zile
105. CM Funcția de absorbție a peritoneului rezultă în pătrunderea în circulația sistemică prin spațiile dintre celulele mezoteliale de pe suprafața diafragmală a:
- A. Apei și electroliților
 - B. Sângelui
 - C. Ureei
 - D. Analgezicelor
 - E. Antibioticelor
106. CM Specificați factorii cauzali ai abceselor peritoneale:
- A. Peritonitei primare
 - B. Peritonitei secundare
 - C. Peritonitei terțiare
 - D. Bacteriemiei
 - E. Septicemiei
107. CS Indicați în care dintre perforații germenii anaerobi au rol esențial:
- A. Gastrice
 - B. Duodenale
 - C. Abcesului pancreatic
 - D. Colecistitei destructive
 - E. Colonice

108. CM Sindromul de disfuncție multiplă de organe (MODS) în peritonita acută este consecința invadării excesive în circulația sistemică a:
- A. Endotoxinelor
 - B. Exotoxinelor
 - C. Bacteriilor
 - D. Mediatorilor inflamației
 - E. Virușilor
109. CM Enumerați procesele care crează răspunsul local al peritoneului la pătrunderea germenilor patogeni în cavitatea peritoneală:
- A. Inițierea fagocitozei
 - B. Exudația cu lichid bogat în fibrină
 - C. Absorbția bacteriilor în circulația sistemică
 - D. Migrarea granulocitelor în cavitatea peritoneală
 - E. Hiperperistaltismul intestinal
110. CM Enumerați factorii cu rol major de adjuvanți în evoluția peritonitei acute:
- A. Sucul gastric
 - B. Bila
 - C. Sucul pancreatic
 - D. Urina
 - E. Lichidul cefalo-rahidian
111. CM Enumerați entitățile nozologice ce se includ în peritonita primară:
- A. Peritonita cu micobacterii
 - B. Ascit-peritonita în contextul cirozei hepatice
 - C. Peritonita pneumococică la fetițe
 - D. Peritonita gonococică
 - E. Peritonita prin iatrogenie
112. CM Enumerați posibilele combinații ale antibioterapiei raționale în tratamentul peritonitelor acute:
- A. Cefalosporine + aminoglicozide + metronidazol
 - B. Fluorchinolone + aminoglicozide + metranidazol
 - C. Cefalosporine + macrolide
 - D. Imipenem + metronidazol
 - E. Vancomicină + tetracycline

113. CM Indicați măsurile obligatorii ale pregătirii preoperatorii în peritonita acută:
- A. Cateterizarea unui trunchi venos pentru resuscitarea volemică și elecrolitică
 - B. Aspitația nazo-gastrică continuă
 - C. Cateterizarea vezicii urinare
 - D. Alimentația parenterală
 - E. Detoxifierea extracorporală
114. CS Lavajul peritoneal ca etapă în tratamentul chirurgical al peritonitelor este obligatoriu și se efectuează cu:
- A. Soluții normosaline, sterile (t-37°C)
 - B. Verde de briliant dizolvat
 - C. Sol. NaCl 10%
 - D. Sol. Glucoză 5%
 - E. Sol. Dextran 70%
115. CM Enumerați principiile chirurgicale în tratamentul peritonitei acute generalizate:
- A. Laparotomie mediană largă
 - B. Eradicarea sursei de infecție
 - C. Toaleta cavității peritoneale
 - D. Drenajul abdominal
 - E. Aplicarea bursoomentostomei pentru lavaj programat
116. CM Specificați indicațiile pentru *abdomenul deschis* în peritonita acută generalizată:
- A. Mortalitate prognozată până la 30% (scorul APACHE)
 - B. Hemoragie intraabdominală stopată prin tamponament
 - C. Sursă de infecție nelichidată la prima intervenție
 - D. Viabilitate incertă intestinală
 - E. Sindrom MODS/MSOF
117. CM Indicați pericolele evolutive posibile ale abcesului intraabdominal, în caz de întârziere a drenării acestuia:
- A. Poate erupe în cavitatea abdominală
 - B. De regulă, erupe într-un organ cavitat
 - C. Poate erupe la tegumente
 - D. Poate genera sindromul de disfuncție multiplă de organe
 - E. Se rezolvă spontan
118. CM Indicați variantele de evoluție ale peritonitei acute aseptice:

- A. Spre infectare
 - B. Spre vindecare spontană
 - C. Generează sindromul de disfuncție multiplă de organe (MODS)
 - D. Spre șoc hipovolemic
 - E. Spre septicemie
119. CM Enumerați semnele fizice ale peritonitei:
- A. Contractura abdominală
 - B. Diareea
 - C. Hiperestezia cutanată
 - D. Durerile la percuția abdomenului
 - E. Sughitul
120. CM Enumerați relevanța examenelor paraclinice, care certifică sindromul de peritonită acută:
- A. R-grafia abdomenului pe gol – pneumoperitoneum
 - B. R-grafia abdomenului – anse intestinale dilatate, cu pereții îngroșați
 - C. Ecografia abdominală – lichid liber în cavitatea abdominală
 - D. RMN și CT nu sunt informative
 - E. Scintigrafia este definitivă în diagnosticul peritonitei acute
121. CM Diagnosticul diferențial al peritonitei acute se face cu un șir de entități ce mimează tabloul clinic (falsul abdomen acut chirurgical). Enumerați cele mai frecvent întâlnite:
- A. Crizele saturnice
 - B. Infarctul miocardic, forma abdominală
 - C. Sindromul Reily
 - D. Pneumoniile bazale
 - E. Traumatismul cranio-cerebral
122. CM Enumerați elementele fiziopatologice de bază în peritonita acută:
- A. Pierderile enorme de lichide și electroliți
 - B. Toxemia cauzată de excesul de mediatori
 - C. Endotoxinemia
 - D. Intoxicația cu produși azotați din intestine
 - E. Anemia
123. CM Specificați obiectivele tratamentului antibacterian după drenajul chirurgical în caz de peritonită acută:

- A. Eradicarea infecției persistente sau reziduale
 - B. Prevenirea infecției din plagă
 - C. Stimularea motilității intestinale
 - D. Profilaxia insuficienței respiratorii acute
 - E. Durata antibioticoterapiei de 5-10 zile
124. CM Specificați tehnicile chirurgicale pentru eliminarea sursei de contaminare în peritonitele secundare:
- A. Drenajul simplu în abcesele intraabdominale
 - B. Sutura perforației cu drenaj de vecinătate
 - C. Exteriorizarea segmentului cu perforație
 - D. Rezeecția segmentului cu perforație
 - E. Enterostomia pentru combaterea ileusului paralytic
125. CM Indicați semnele certe obținute la examenul CT sau/și RMN în diagnosticul peritonitei acute:
- A. Colecții fluide intraperitoneale
 - B. Îngroșarea mezenterului și a foștelor peritoneale
 - C. Îngroșarea peretelui intestinal
 - D. Ștergerea conturului țesutului adipos mezenteric și retroperitoneal
 - E. Dilatarea cailor biliare intra- și extrahepatice
126. CM Enumerați factorii ce determină magnitudinea fenomenelor fiziopatologice într-o peritonită generalizată:
- A. Virulența germenilor contaminați
 - B. Extinderea și durata contaminării
 - C. Prezența sau absența unui adjuvant
 - D. Eficiența terapiei inițiale
 - E. Sexul pacientului
127. CS Indicați factorul cauzal al mecanismului principal în patogenia efectelor sistemice grave în peritonitele acute:
- A. Absorbția rapidă a bacteriilor și endotoxinelor prin stomata diafragmală
 - B. Șocul hipovolemic
 - C. Demararea sindromului MSOF/MODS
 - D. Amplitudinea procesului infecțios
 - E. Localizarea perforației pe segmentele digestive

128. CS Clasificarea peritonitelor (Hamburg, 1987) NU include noțiunile:

- A. Abcese retroperitoneale
- B. Peritonite terțiare
- C. Peritonite secundare
- D. Abcese intraabdominale
- E. Peritonite primare

129. CM Specificați fazele clinice în evoluția peritonitei difuze:

- A. Faza reactivă
- B. Faza toxică
- C. Faza intermediară
- D. Faza terminală
- E. Faza de rezorbție

130. CM Enumerați criteriile de clasificare a peritonitelor:

- A. Tipul agentului cauzal
- B. Modalitatea inoculării peritoneului
- C. Extensia procesului inflamator
- D. Caracterul exudatului peritoneal
- E. Gravitatea dereglărilor hidroelectrolitice

Peritonita (răspunsuri):	50. D	100. B
1. ABCD	51. C	101. C
2. BD	52. ABCE	102. B
3. BC	53. D	103. AB
4. AB	54. C	104. B
5. BCE	55. B	105. ABC
6. ABCD	56. A	106. ABC
7. ABD	57. B	107. E
8. CDE	58. A	108. ACD
9. BCE	59. E	109. ABCD
10. ABCD	60. D	110. ABCD
11. CDE	61. A	111. BCD
12. ACD	62. B	112. ABD
13. ABCD	63. A	113. ABC
14. BCDE	64. B	114. A
15. ABCD	65. B	115. ABCD
16. ABCD	66. A	116. ABCD
17. ABCD	67. ABD	117. AD
18. AB	68. ABD	118. AB
19. BCD	69. ABCE	119. ACD
20. ABCD	70. ACD	120. ABC
21. BCDE	71. BE	121. ABCD
22. ABCD	72. AB	122. ABC
23. ACDE	73. ACE	123. ABE
24. CE	74. ACDE	124. ABCD
25. ABE	75. BCD	125. ABCD
26. CD	76. BC	126. ABCD
27. ABCD	77. ABD	127. A
28. ABCD	78. ACD	128. A
29. ABCD	79. ACDE	129. ABD
30. C	80. BDE	130. ABCD
31. ABDE	81. ACD	
32. A	82. CD	
33. AC	83. AB	
34. D	84. C	
35. D	85. B	
36. B	86. BC	
37. CD	87. C	
38. B	88. A	
39. B	89. D	
40. E	90. C	
41. C	91. B	
42. ABCE	92. E	
43. E	93. B	
44. D	94. D	
45. E	95. D	
46. D	96. D	
47. A	97. A	
48. A	98. B	
49. E	99. A	

BOALA VARICOASĂ (teste)

1. CM Care dintre semnele clinice enumerate sunt caracteristice bolii varicoase:
 - A. Dureri acute în membrele inferioare
 - B. Edemul permanent al membrului pe tot traiectul
 - C. Prezența dereglărilor trofice la nivelul maleolei mediale
 - D. Edemul plantei și dureri surde în membre spre sfârșitul zilei
 - E. Prezența dilatației varicoase a venelor superficiale
2. CM Care dintre factorii enumerați stau la baza instalării dereglărilor trofice cutanate în boala varicoasă:
 - A. Ocluzia arterelor tibiale
 - B. Insuficiența valvelor venelor perforante
 - C. Tromboza venelor profunde ale gambei
 - D. Insuficiența valvulei ostiale a venei safene magna
 - E. Limfostaza
3. CM Probele funcționale practicate în diagnosticul bolii varicoase pot furniza următoarele date:
 - A. Aprecierea insuficienței valvulare a venelor superficiale
 - B. Diagnosticarea tromboflebitei venelor superficiale
 - C. Aprecierea sediului perforantelor insuficiente
 - D. Evidențierea fistulelor arterio-venoase
 - E. Aprecierea permeabilității venelor profunde
4. CS Selectați complicațiile evolutive ale bolii varicoase sunt următoarele, CU EXCEPȚIA:
 - A. Tromboflebita venelor superficiale
 - B. Gangrena plantei
 - C. Hemoragia din venele varicoase
 - D. Ulcerele trofice ale gambei
 - E. Tromboza venelor comunicante
5. CM Varicele secundare necesită diferențierea de cele primare, fiind consecința unei patologii preexistente cum ar fi:
 - A. Tumorile abdomino-pelviene
 - B. Sindromul posttrombotic
 - C. Tromboflebita venelor superficiale
 - D. Fistula arterio-venoasă
 - E. Insuficiența valvulei ostiale
6. CM Fluxul sanguin venos fiziologic al membrelor inferioare este caracterizat prin:
 - A. Flux de la periferie spre atriul drept

- B. Flux din venele superficiale în cele profunde
 - C. Flux din venele profunde în cele superficiale
 - D. Flux bidirecțional
 - E. Flux de la cord spre periferie
7. CM Indicați factorii, care influențează pozitiv circulația de reflux sanguin venos:
- A. Forța sistolică reziduală
 - B. Aspirația diastolică a atriilor
 - C. Aspirația toracică
 - D. Presiunea intraabdominală
 - E. Pompa musculo-venoasă
8. CS Enumerați afirmațiile adevărate pentru sistemul venos profund al membrelor inferioare, CU EXCEPȚIA:
- A. Sistemul venos profund drenează circa 90% din debitul sanguin al membrelor
 - B. Circulația venoasă în regiunea labei piciorului este bidirecțională
 - C. Forța gravitațională este cel mai important factor favorizant în întoarcerea venoasă
 - D. Venele profunde sunt situate subaponeurotic
 - E. Dopplerografia este metoda de elecție în evidențierea permeabilității
9. CM Enumerați semnele clinice care NU sunt caracteristice bolii varicoase:
- A. Ulcere trofice ale gambei
 - B. Claudicație intermitentă
 - C. Hipertrofia membrului
 - D. Scăderea temperaturii locale
 - E. Membre de „plumb”
10. CS Indicați semnele caracteristice dereglărilor trofice în boala varicoasă:
- A. Scăderea temperaturii locale, diminuarea stratului pilos
 - B. Colorația brună a pielii, celulita indurativă, eczema, prezența ulcerelor trofice
 - C. Hipertrofia și alungirea membrului afectat, prezența angioamelor, varice congenitale
 - D. Pigmentația membrelor inferioare, atrofie cutanată, fistule arterio-venoase
 - E. Hipertrofia osoasă, hiperpigmentația, ulcere trofice circulare, angioame
11. CM Ulcerul de gambă este leziunea trofică, ce poate apărea spontan sau după traumatisme minore, fiind caracterizat prin:
- A. Localizarea supramaleolară pe partea internă a gambei
 - B. Acoperit de granulație
 - C. Are tendință la vindecare spontană
 - D. Fundul ulcerului este aton

- E. Poate fi asociat de celulită indurativă
12. CS Tromboflebita acută a venelor superficiale ale membrelor inferioare se caracterizează prin prezența următoarelor semne clinice, CU EXCEPȚIA:
- A. Prezența unui cordon elastic, sensibil la palpare pe traiectul venei afectate
 - B. Edem și hiperemie pe traiectul venei implicate
 - C. Mărirea considerabilă în volum a gambei
 - D. Creșterea temperaturii locale
 - E. Poate avea evoluție ascendentă
13. CS În tromboflebita ascendentă a venei safene magna cu răspândirea procesului la nivelul treimeii superioare a coapsei se indică:
- A. Bandajul elastic al membrului
 - B. Administrarea dezagregantelor
 - C. Aplicarea locală a unguentelor cu heparină
 - D. Intervenție chirurgicală de urgență
 - E. Administrarea preparatelor ce îmbunătățesc calitățile reologice sanguine
14. CM Specificați complicațiile tromboflebitei acute ale venelor superficiale:
- A. Abcedarea focarului flebitic
 - B. Propagarea trombozei către sistemul venos profund
 - C. Sindromul posttromboflebitic
 - D. Embolia pulmonară
 - E. Gangrena umedă
15. CS Indicați afirmațiile corecte referitor la sistemul venos superficial, CU EXCEPȚIA:
- A. Debitul sanguin prin venele superficiale constituie 10%
 - B. În 35% la nivelul coapsei se întâlnește o venă accesorie (Giacomini)
 - C. Crosa venei safene magna are un număr de 2-5 colaterale
 - D. Prin venele comunicante se face legătura cu sistemul venos profund
 - E. Cel mai mare număr de comunicante se află la nivelul coapsei
16. CS Mecanismul de apariție a bolii varicoase este datorat următorilor factori, CU EXCEPȚIA:
- A. Refluxul venos prin venele comunicante
 - B. Staza venoasă
 - C. Refluxul venos datorită insuficienței valvulei ostiale a crosei safenei magna
 - D. Diminuarea presiunii venoase ortostatice
 - E. Dilatarea venelor deficiente în colagen
17. CS Indicați intervenția patogenetică optimală în boala varicoasă complicată cu ulcer trofic de gambă:

- A. Troianov-Trendelenburg
 - B. Babcock
 - C. Linton
 - D. Madelung
 - E. Narath
18. CM Indicați scopul intervenției chirurgicale în boala varicoasă a membrelor inferioare:
- A. Excluderea refluxului patologic din venele profunde în cele superficiale
 - B. Înlăturarea propriu-zisă a venelor dilatate
 - C. Restabilirea permeabilității venelor profunde
 - D. Plastia defectelor cutanate
 - E. Excizia dereglărilor trofice a țesuturilor
19. CM Enumerați procedeele indicate în boala varicoasă, în scopul excluderii refluxului prin venele perforante ale gambei:
- A. Babcock
 - B. Madelung
 - C. Linton
 - D. Narath
 - E. Cockett
20. CM Specificați manevrele de urgență în hemoragia prin ruptura de varice a membrelor inferioare:
- A. Aplicarea garoului proximal de ruptură
 - B. Sutura vasului lezat
 - C. Aplicarea pansamentului compresiv
 - D. Procedul Troianov-Trendelenburg
 - E. Administrarea hemostaticelor
21. CS Conform clasificării CEAP (2004) stadiul C₅ al bolii varicoase se caracterizează prin:
- A. Jenă în gambă, oboseală preponderent în ortostatism
 - B. Senzație de greutate în gambă („gambă de plumb”)
 - C. Eczemă, dermatită pigmentară, lipodermo-scleroză, ulcer vindecat
 - D. Senzație de tensiune în molet
 - E. Eczemă, dermatită pigmentară, lipodermo-scleroză, ulcer activ
22. CM Enumerați complicațiile ce pot surveni în rezultatul scleroterapiei bolii varicoase:
- A. Infiltrate
 - B. Tromboflebită acută a venelor superficiale și celor profunde
 - C. Trombembolie a arterei pulmonare

- D. Necroză regională a tegumentelor
 - E. Fistulă arterio-venoasă
23. CM Enumerați indicațiile către intervenția chirurgicală de urgență în tromboflebita acută a venelor superficiale:
- A. Tromboflebita la nivelul joncțiunii safeno-femorale
 - B. Coexistența tromboflebitei cu erizipel
 - C. Tromboza venei safene magna pe întregul traiect al gambei
 - D. Tromboflebita ascendentă
 - E. Tromboflebita venei safene parva
24. CM Enumerați factorii ce induc procesul de formare a trombilor în patul vascular venos:
- A. Leziunile endoteliale
 - B. Șunturile arterio-venoase
 - C. Tulburările de coagulare
 - D. Tulburările ritmului cardiac
 - E. Staza în circulația venoasă
25. CS Procedul Cockett este utilizat în tratamentul chirurgical al bolii varicoase și constă în:
- A. Rezecția venelor comunicante
 - B. Ligaturarea subfascială a venelor comunicante
 - C. Ligaturarea supra- și subfascială a venelor comunicante
 - D. Ligaturarea suprafascială a venelor comunicante
 - E. Procedul nu prevede manipulări pe venele comunicante
26. CM Enumerați caracteristicile bolii varicoase ca afecțiune cronică, degenerativă a peretelui venos:
- A. Afectarea a 17-25% din populație
 - B. Mai des suferă bărbații
 - C. Incidență crescută la femei
 - D. Dilatații venoase permanente
 - E. Deseori este asociată cu alte patologii (varicocel, hemoroizi, hernii)
27. CM Enumerați noțiunile anatomice caracteristice sistemului venos superficial al membrelor inferioare:
- A. Vena safena parva
 - B. Vena safena magna
 - C. Venele comunicante ce fac conexiune între ambele vene superficiale
 - D. Sistemul venos superficial este situat subaponeurotic
 - E. Vena accesorie Giacomini

28. CM Venele comunicante prezintă:
- A. Conexiunea directă între sistemul venos superficial și cel profund
 - B. Dispune de valvă ostială la nivelul vărsării în sistemul venos profund
 - C. Valvula ostială permite circulația sângelui în ambele direcții
 - D. În regiunea coapsei, de obicei există 4-5 vene comunicante
 - E. Insuficiența valvei ostiale permite refluxul venos
29. CM Enumerați caracteristicile insuficienței valvulelor ostiale:
- A. Trecerea sângelui din venele profunde în cele superficiale
 - B. Refluxul sângelui venos din sistemul superficial în cel profund
 - C. Creșterea presiunii în sistemul venos profund
 - D. Creșterea presiunii în sistemul venos superficial
 - E. Apare edemul și cianoza membrului inferior afectat
30. CM Enumerați caracteristicile sistemului venos a membrului inferior:
- A. Sistemul venos profund drenează 50% din debitul sanguin
 - B. Sistemul venos superficial preia 10% din sânge
 - C. Sistemul venos profund drenează 90% din debitul sanguin
 - D. Viteza de circulație a sângelui venos este de 20 cm/sec
 - E. Dispoziția și continența valvulelor axiale și ostiale induc circulația unidirecțională
31. CM Tromboflebita acută a venelor superficiale a membrului inferior se caracterizează prin următoarele semne clinice, CU EXCEPȚIA:
- A. Dureri acute pe traiectul venei afectate
 - B. Edem constant al membrului inferior
 - C. Tulburări cutanate trofice la nivelul maleolei mediale
 - D. Tulburări cutanate trofice al primului deget plantar
 - E. Edem și durere surdă în picior, care apar la sfârșitul zilei
32. CM Tromboflebita acută a venelor superficiale se caracterizează prin semnele enumerate, CU EXCEPȚIA:
- A. Dispariția pulsației la artera dorsalis pedis
 - B. Prezența sigiliilor de-a lungul venei
 - C. Creșterea semnificativă în volum a membrului
 - D. Creșterea temperaturii locale
 - E. Durere pe traiectul venei
33. CM Specificați indicațiile pentru intervenția chirurgicală de urgență în tromboflebita acută a venelor superficiale:
- A. Localizarea tromboflebitei la nivelul crosei venei safene

- B. Faza incipientă a procesului inflamator în regiunea trombozei
 - C. Combinarea tromboflebitei cu erizipel
 - D. Tromboflebită ascendentă
 - E. Tromboza totală a venei safene la gambă
34. CS Selectați semnul caracteristic triadei Virchow:
- A. Incetinirea fluxului sanguin
 - B. Prezența fistulei arterio-venoase
 - C. Tulburările electrolitice sanguine
 - D. Creșterea fluxului arterial
 - E. Diminuarea oxigenării sângelui
35. CM Selectați semnele clinice caracteristice tromboflebitei acute ale venelor profunde:
- A. Ulcer trofic circular al membrului inferior
 - B. Dispnee
 - C. Edem moderat al plantei și în treimea inferioară a gambei
 - D. Semnul Homans pozitiv
 - E. Edem pe traiectul venei
36. CM Selectați metodele de profilaxie a tromboflebitei acute a venelor profunde:
- A. Antibioticoterapie
 - B. Bandajarea elastică ale membrului inferior
 - C. Comprese cu unguent Vishnevsky
 - D. Anticoagulante
 - E. Poziția ridicată a membrului
37. CS Indicați locul formării trombilor primari în bazinul venei cave inferioare, CU EXCEPTIA:
- A. Venele profunde ale gambei
 - B. Venele superficiale ale extremităților inferioare
 - C. Anastomozele arterio-venoase
 - D. Venele iliace interne
 - E. Plexul venos pelvian
38. CM Enumerați complicațiile caracteristice trombozei venoase ilio-femorale acute:
- A. Embolia pulmonară
 - B. Contractura musculară
 - C. Sindromul posttromboflebitic
 - D. Flegmonul coapsei
 - E. "Crash" sindrom

39. CS Selectați investigația ce poate confirma diagnosticul de tromboză acută a venelor profunde:
- A. Termografia
 - B. Doppler ecografia
 - C. Iliocavografia retrogradă
 - D. Venografia ascendentă distală
 - E. Oximetria transcutanată
40. CM Selectați semnele caracteristice trombozei acute ileo-femorale:
- A. Edem persistent a membrelor inferioare
 - B. Golirea venelor la poziția ridicată a piciorului
 - C. Vene de tip “evantai”
 - D. Pulsația venelor și suflu sistolic local
 - E. Accentuarea venelor safene și cianoza pielii extremității inferioare
41. CS În tromboza venoasă profundă acută se indică următoarele măsuri, CU EXCEPȚIA:
- A. Comprese cu unguent de heparină
 - B. Terapia cu anticoagulanți
 - C. Dezagregante (Trental)
 - D. Terapia hemostatică
 - E. Bandajarea elastică a extremității
42. CM Enumerați factorii implicați în dezvoltarea tromboflebitei venoase profunde:
- A. Incetinirea fluxului sanguin în sistemul venos al membrelor inferioare
 - B. Deteriorarea endoteliului varicelor
 - C. Refluxul de sânge venos din venele profunde spre suprafață prin perforante
 - D. Insuficiența relativă a valvelor venelor profunde
 - E. Hipertensiunea arterială
43. CS Indicați cea mai periculoasă complicație a trombozei venoase profunde:
- A. Ulcerul trofic al gambei
 - B. Embolia pulmonară
 - C. Flebita nodulilor varicoși
 - D. Obliterarea venelor profunde
 - E. Limfantiaza
44. CM Selectați simptomele caracteristice ale trombozei venoase profunde acute:
- A. Atrofia musculară
 - B. Durerea în mușchii gambei
 - C. Edemul treimeii inferioare a gambei și plantei

- D. Semnul Homans pozitiv
 - E. Semnul pozitiv de ischemie plantară
45. CM Enumerați măsurile terapeutice ce previn răspândirea tromboflebitei în venele magistrale ale membrelor inferioare:
- A. Antibiotice
 - B. Repaus strict la pat
 - C. Anticoagulante
 - D. Terapie dezagregantă
 - E. Bandaj elastic al extremităților inferioare
46. CS Numiți semnul clinic caracteristic tromboflebitei venoase profunde acute:
- A. Rowzing
 - B. Körte
 - C. Homans
 - D. Musso
 - E. Joure-Rozanov
47. CM Specificați scopul bandajării elastice a membrelor inferioare în perioada postoperatorie:
- A. Prevenirea tromboemboliei arterei pulmonare
 - B. Accelerarea fluxului sanguin la nivelul venelor profunde
 - C. Prevenirea tulburărilor trofice
 - D. Necesitatea de a influența fluxul sanguin arterial
 - E. Stabilizarea articulațiilor
48. CS Selectați factorul defavorizant îmbunătățirii fluxului sanguin venos în membrele inferioare în perioada postoperatorie:
- A. Bandajarea elastică a gambelor
 - B. Poziția elevată a extremităților
 - C. Repaus la pat de lungă durată
 - D. Conracțiile mușchilor gambei
 - E. Masajul membrelor inferioare
49. CM Enumerați complicațiile care pot urma pe fundal de tromboflebită a extremității inferioare?
- A. Infarctul renal
 - B. Pneumonia postinfarct
 - C. Tromboembolia mezenterică
 - D. Pileflebita
 - E. Embolia pulmonară

50. CS Enumerați principalele simptome clinice ale trombemboliei masive a arterei pulmonare, CU EXCEPȚIA:
- A. Durerii retrosternale
 - B. Colapsului
 - C. Sufocării
 - D. Durerilor abdominale
 - E. Cianozei feței și a părții superioare a corpului
51. CM Enumerați metodele ce pot fi utilizate pentru prevenirea trombemboliei masive pulmonare în cazul unui tromb flotant al venei cave inferioare:
- A. Trombectomia
 - B. Plicația venei cave inferioare
 - C. Rezecția venei cave inferioare
 - D. Implantarea cava-filtrelor
 - E. Crearea fistulei aorto-cavale
52. CM Selectați metodele de diagnostic specifice embolismului pulmonar:
- A. Radiografia orientativă a cutiei toracice
 - B. Electrocardiografia
 - C. USG cordului
 - D. Angiopulmonografia
 - E. Scanarea perfuzantă pulmonară
53. CM Indicați factorii implicați în formarea trombilor:
- A. Deteriorarea peretelui venos
 - B. Prezența șunturilor arterio-venoase congenitale
 - C. Marirea coagulabilității sângelui
 - D. Dereglarea ritmului cardiac
 - E. Incetinirea fluxului sanguin în vene
54. CS Sindromul posttromboflebitic a extremităților inferioare este consecința:
- A. Trombozei venelor superficiale
 - B. Varicelor venelor superficiale
 - C. Trombozei venoase profunde
 - D. Ligaturării venei safene magna
 - E. Trombozei arterelor mari
55. CM Enumerați principalii factori patogenetici, ce stau la baza sindromului posttromboflebitic a extremităților inferioare:
- A. Ocluzia arterelor

- B. Bariera mecanică a fluxului sanguin la nivelul venelor profunde
 - C. Refluxul retrograd în venele profunde
 - D. Refluxul patologic prin perforante în rețeaua venoasă superficială
 - E. Erizipelul
56. CM Sindromul posttromboflebitic implică în procesul patologic:
- A. Sistemul capilar
 - B. Venele comunicante
 - C. Venele profunde ale membrelor inferioare
 - D. Vasele arteriale
 - E. Fistulele arterio-venoase
57. CS Sindromul posttromboflebitic afectează în mod predominant:
- A. Segmentul popliteo-tibial
 - B. Segmentul femuro-tibial
 - C. Segmentul iliaco-femural
 - D. Vena cava inferioară
 - E. Vena safena parva
58. CM Selectați formele clinice ale sindromului posttromboflebitic:
- A. Forma edemo-algică
 - B. Forma varicoasă-ulceroasă
 - C. Trofică
 - D. Distrofică
 - E. Hemoragică
59. CS Enumerați metodele de diagnostic ce determină tratamentul chirurgical al sindromului posttromboflebitic:
- A. Teste funcționale
 - B. Angiografia cu radionuclizi
 - C. Ecografia Doppler
 - D. Tomografia computerizată
 - E. Flebografia
60. CS Sindromul posttromboflebitic se caracterizează prin următoarele procese, CU EXCEPȚIA:
- A. Recanalizării venelor trombozate
 - B. Formare de noi valve
 - C. Distrugerea valvelor
 - D. Fibroza paravenoasă

- E. Creșterea presiunii hidrostatice venoase
61. CS În sindromul posttromboflebitic cele mai pronunțate modificări apar în:
- A. Venele profunde
 - B. Arterele magistrale
 - C. Vasele limfatice
 - D. Rețeaua venoasă superficială
 - E. Venele comunicante
62. CM Enumerați caracteristicile sindromului posttromboflebitic:
- A. Alungirea membrelor inferioare
 - B. Durerile la nivelul extremităților
 - C. Creșterea volumului membrelor
 - D. Deformarea articulațiilor piciorului
 - E. Ulcerele trofice
63. CM Selectați obiectivele terapeutice majore indicate în tromboflebita acută a venelor profunde:
- A. Împiedicarea extinderii flebitei și prevenirea emboliei pulmonare prin stoparea extinderii trombului
 - B. Dezobstrucția venei prin tromboliză sau trombectomie
 - C. Combaterea stazei venoase prin aplicarea compresiei externe
 - D. Rezeecția segmentară a venei afectate
 - E. Ligaturarea venei proximal de zona obstrucției
64. CM Enumerați vizele intervenției chirurgicale în varicele primare, CU EXCEPȚIA:
- A. Suprimarea refluxului venos ostial
 - B. Plastia valvulelor incompetente
 - C. Întreruperea refluxului prin colateralele crosei venei safene magna
 - D. Implantarea cava-filtrelor
 - E. Stoparea refluxului prin venele comunicante și colaterale
65. CS Specificați cauzele apariției ulcerului trofic de gambă în boala varicoasă:
- A. Insuficiența venoasă cronică
 - B. Insuficiența arterială cronică
 - C. Asocierea infecției tegumentare
 - D. Refluxul sanguin prin vena perforantă adiacentă
 - E. Prezența fistulei arterio-venoase

**Boala varicoasă
(răspunsuri):**

1. CDE
2. BD
3. ACE
4. B
5. ABD
6. AB
7. ABCE
8. C
9. BCD
10. B
11. ABDE
12. C
13. D
14. ABD
15. E
16. D
17. C
18. AB
19. CE
20. BC
21. C
22. ABCD
23. AD
24. ACE
25. D
26. ACDE
27. ABE
28. ABE
29. ADE
30. BCDE
31. BD
32. AC
33. AD
34. A
35. CD
36. BDE
37. C
38. AC
39. B
40. AE
41. D
42. AB
43. B
44. BCD
45. BCD
46. C
47. AB
48. C
49. BE
50. D
51. BD
52. DE
53. ACE
54. C
55. BCD
56. BC
57. C
58. AB
59. C
60. B
61. A
62. BCE
63. ABC
64. BD
65. D

CLASIFICAREA APENDICITEI

În conformitate cu clasificările morfopatologice curente ale apendicitei acute (V.S.Saveliev, 2004; S.Schwartz, 1999) diferențiem 3 variante **clinice evolutive** ale apendicitei (Maloman și coaut., 2006):

- A. **Apendicita acută necomplicată:** inclusiv apendicita acută simplă (catarală), flegmonoasă, gangrenoasă, necomplicată cu peritonită supurativă
- B. **Apendicita acută distructivă,** inclusiv apendicita flegmonoasă, gangrenoasă și perforativă, complicată cu peritonită supurativă (locală liberă (necircumscrișă), delimitată – plastron apendicular, generalizată), abcese intraabdominale, hepatice, ocluzie intestinală și hemoragie
- C. Unii chirurghi mai deosebesc apendicită slab pronunțată sau colică apendiculară (V.I.Kolesov, 1972) și empiem apendicular (I.M.Panțirev, 1988)
- D. **Apendicită cronică** (reziduală)

Clasificarea **clinică atipică** a apendicitei acute în funcție de localizarea apendicelui vermicular:

- retrocecală
- pelvină
- mezoceliacă
- subhepatică
- apendicita în *situs inversus*
- apendice în sac herniar

Formele clinice particulare ale apendicitei acute:

- apendicita acută la copii
- apendicita la bătrâni
- apendicita la gravide
- apendicita acută la pacienți cu SIDA sau infecția HIV (Maloman și coaut., 2006):

Clasificarea **morfopatologică a apendicitei acute** (cu modificări de către D.Burlui, E.Proca, P.Simici, V.I.Kolesov, I.M.Panțirev, M.I.Kuzin):

- catarală (simplă)
- flegmonoasă (empiem vezicular)
- gangrenoasă
- perforativă

Clasificarea **morfopatologică a apendicitei cronice:**

- sclero-atrofică – apendice atrofiat, dur, subțire – lumen redus sau dispărut
- sclero-hipertrofică – apendice îngrosat – hipertrofia foliculilor limfoizi

Complicații evolutive:

- peritonita locală (necircumscrișă sau delimitată – plastron apendicular)
- peritonita generalizată
- abcese intraabdominale
- abcese hepatice
- pileflebita – tromboflebita septică a *v.porta* și *v.v.intrahepatice*
- septicemie

Complicații postoperatorii (după apendicectomie):

- peritonită continuă (persistentă)
- abcese intraabdominale: apendicular, pelvic, subfrenic, subhepatic,mezoceliac
- fistule intestinale
- pileflebita – tromboflebita septică a *v.porta* și *v.v.intrahepatice*
- hemoragie în plaga parietală
- hemoragie intraperitoneală
- ocluzie intestinală precoce

Complicațiile plăgii parietale:

- serom
- hematom
- supurația plăgii parietale
- eventrație
- fistule de fir (ligatură)

CLASIFICAREA HERNILOR

Herniile se clasifică după 3 principii:

A. Anatomic-topografic:

- Hernie inghinală oblică (congenitală și dobândită)
- Hernie inghinală directă
- Hernie femurală
- Hernie liniei albe (epigastrică)
- Hernie Spiegel
- Hernie liniei Douglas
- Hernie ombilicală
- Hernie paraombilicală (juxtaumbilicală)
- Hernie lombară
 - patrulaterului Grynfelt
 - triunghiului Petit
- Hernie obturatorie
- Hernie diafragmatică
- Hernie ischiadică

B. Etiopatogenic:

- Hernii congenitale și dobândite (căpătate, câștigate)
- Hernii incizionale (postoperatorii)
- Hernii posttraumatice
- Hernii recidivante
- Hernii patologice

C. Clinic:

- Hernii reductibile (simple, libere)
- Hernii ireductibile
- Hernii “cu pierderea dreptului la domiciliu”
- Hernii strangulate

În funcție de sediul herniei în raport cu peretele abdominal:

- Hernii externe
- Hernii interne (diafragmatică, paraesofagiană, paraduodenală, paracecală, a fosetei sigmoidiene)

Clasificarea herniilor inghino-femorale (Nyhus, 1993) în funcție de tipul herniei și dimensiunea defectului parietal:

- Tip I = hernie indirectă, cu inel inghinal profund normal
- Tip II = hernie indirectă, cu inel inghinal profund dilatat
- Tip IIIA = hernie inghinală directă
- Tip IIIB = hernie inghinală indirectă cu peretele posterior al canalului inghinal slab, sau hernie prin alunecare
- Tip IIIC = hernie femurală
- Tip IV = hernie recidivantă (A = directă; B = indirectă; C = femurală; D = altele)

Tipuri particulare de hernie:

- Hernie Littre – diverticulul Meckel
- Hernie Amyand – apendicele strangulat în hernia inghinală
- Hernie Garengeot – apendicele strangulat în hernia femurală
- Hernie Berger – prezența concomitentă a herniilor inghinale și femurale (hernie cu saci multipli)
- Hernie Pantaloon (*hernia premagna*) – hernie inghinală dublă („în bisac”, directă + indirectă)
- Hernie Astley-Cooper – hernie “în bisac”

Altele:

- Hernii veritabile (adevărate) – în care se disting toate elementele constitutive
- Pseudohernii – în care lipsește sacul herniar (diafragmatică posttraumatică)

CLASIFICAREA OCLUZIEI INTESTINALE

Etiopatogenetică:

A. Ocluzia intestinală mecanică (conform mecanismului)

- Prin obstrucție
- Prin strangulare

B. Ocluzia intestinală dinamică (funcțională)

- Spastică
- Paralitică

După nivelul obstacolului pe tubul digestiv:

- Ocluzie înaltă (proximală) – la nivelul intestinului subțire
- Ocluzie joasă (distală) – la nivelul colonului

După timpul scurs de la debutul bolii:

- Ocluzie precoce (până la 24 ore)
- Ocluzie tardivă (după 24 ore)

După proveniență:

- Ocluzie congenitală
- Ocluzie dobândită

În funcție de existența tulburărilor vasculare ale intestinului:

- Ocluzie ischemică
- Ocluzie non-ischemică

După principiul clinico-evolutiv:

- acută
- subacută
- cronică

În funcție de manifestările clinice:

- parțială
- totală

Ocluzia intestinală în funcție de mecanismul obstrucției:

- Obstacol intraluminal: calculi biliari, ghemuri de ascarizi, *fito-* sau *trichobezoar*, fecaloame, corpi străini
- Obstacol parietal: tumori benigne sau maligne, stenoze postradice sau posttraumatice, boala Crohn, TBC intestinal
- Compresiune extrinsecă: tumori abdominale sau retroperitoneale, bride

Forme anatomo-clinice ale ocluziei mecanice prin strangulare:

- volvulus de intestin subțire sau colon
- invaginație
- hernie strangulată
- hernie internă

CLASIFICAREA LITIAZEI BILIARE

Formele clinice ale colecistitei cronice litiazice:

- Latentă
- Dispeptică
- Dureroasă
- Torpidă prelungită
- Cardiacă (sindromul Botkin)

Clasificarea litiazei biliare în funcție de dimensiunile calculilor:

- Microlitiază (până la 3 mm)
- Calculi mici (3-5 mm)
- Calculi medii (5-20 mm)
- Calculi mari (mai mari de 20 mm)

Complicațiile litiazei biliare:

A. Mecanice:

- Hidropsul vezicular
- Litiaza secundară de coledoc
- Fistulele biliare (bilio-biliare, bilio-digestive)

B. Inflamatorii (infecțioase):

- Colecistita acută
- Pancreatita cronică satelit
- Hepatita cronică satelit

C. Degenerative:

- Cancerul vezicii și căilor biliare
- Cancerul căii biliare principale

D. Mixte:

- Colangita (angiocolita)
- Angiocolita ictero-uromigenă Caroli

Clasificarea morfopatologică a colecistitei acute:

- Catarală
- Flegmonoasă (inclusiv ocluzivă cu empiem al colecistului)
- Gangrenoasă
- Perforativă

Forme clinice particulare ale colecistitei acute:

- Sindromul Mirrizi
- Colecistita emfizematoasă
- Colecistita acută alitiazică

CLASIFICAREA PANCREATITEI

Formele clinico-morfologice ale pancreatitei acute (Filin V.I, 1982):

- Pancreatita acută edematoasă
- Pancreatita acută necrotică
- Pancreatita acută infiltrativ-necrotică
- Pancreatita acută purulent-necrotică

Formele pancreatitei acute (Atlanta, Georgia, 1992):

- Pancreatita acută edematoasă
- Pancreatita acută necrotică:
 - neinfectată
 - infectată
- Complicațiile pancreatitei acute:
 - plastron parapancreatic
 - abces pancreatogen
 - peritonită
 - flegmon retroperitoneal
 - chisturi pancreatice (infectate și neinfectate)
 - fistule ale tubului digestiv
 - hemoragii arozive

Clasificarea clinică a pancreatitei acute:

- Pancreatită acută forma ușoară:
 - Disfuncție organică minimă sau absentă
 - Vindecare fără sechele
- Pancreatită acută forma severă:
 - Insuficiență de organ
 - Complicații locale (necroză, abces, pseudochist)

Clasificarea clinică a pancreatitei acute (Pancreatic Disease Group, 2005):

Pancreatita acută ușoară – manifestări clinice și modificări biochimice tipice pentru PA fără dereglări funcționale sistemice sau complicații locale, cedează bine la tratament infuzional

Scorurile de severitate:

Ranson <3 / APACHE II <8

Gradul CT: A, B sau C

Pancreatita acută severă – manifestări clinice și modificări biochimice tipice pentru PA,
plus:

Complicație locală a necrozei pancreatice

Pseudochist sau țesut pancreatic infectat

Dereglări funcționale sistemice ale altor organe

Scorurile de severitate:

Ranson ≥ 3 / APACHE II ≥ 8

Gradul CT: D sau E

Clasificarea pancreatitei acute (Working Group Classification, 2007):

Pancreatită acută

Pancreatită edematoasă interstițială

Pancreatită necrotică (necroză pancreatică și/sau necroză peripancreatică):

necroză sterilă

necroză infectată

Colecții lichidiene în evoluția pancreatitei acute (<4 săptămâni de la debutul bolii)

Colecție lichidiană acută peripancreatică:

sterilă

infectată

Colecție lichidiană pancreatică/peripancreatică postnecrotică:

sterilă

infectată

(>4 săptămâni de la debutul pancreatitei)

Pseudochist pancreatic (de obicei cu activitate crescută a amilazei/lipazei)

steril

infectat

Necroză pancreatică închistată (cu sau fără activitate crescută a amilazei/lipazei)

sterilă

infectată

Clasificarea fiziopatologică a pancreatitei acute:

Faza reactivă

Faza modificărilor inflamator-degenerative ale organelor interne

Faza de liză și sechestrare

SCORUL BALTHAZAR

Evaluează prognosticul unui pacient cu pancreatită acută pe baza aspectului CT:

Clasa A – pancreas normal

Clasa B – pancreas mărit în volum, cu o colecție lichidiană intraglandulară

Clasa C – aspectul din clasa B + infiltrația grăsimii peripancreatice

Clasa D – aspectul din clasa C + colecție lichidiană unică la distanță

Clasa E – aspectul din clasa B + cel puțin 2 colecții la distanță sau prezența de bule de gaz pancreatice/peripancreatice

Clasele A și B au evoluție favorabilă, iar clasele C, D și E pot evolua cu complicații (abcese pancreatice)

INDEXUL DE SEVERITATE CT

În baza clasificării Balthazar a PA a fost elaborat indexul de severitate CT (CTSI), care reprezintă un scor de 10 puncte care se compune din evaluarea gradului inflamației pancreatice și peripancreatice (0-2 puncte), prezența și numărul de colecții lichidiene peripancreatice (0-2 puncte), precum și prezența și gradul parenchimului pancreatic necontrastat sau a necrozei pancreatice (0-6 puncte). A fost demonstrată o corelare semnificativă a letalității cu majorarea CTSI: la pacienții cu CTSI <3 rata mortalității a fost de 3%, pe când la cei cu CTSI >7 – de 17%.

Colecții lichidiene	Puncte
Pancreas normal	0
Mărirea glandei	1
Inflamație peripancreatică	2
O colecție lichidiană	3
Colecții lichidiene multiple	4
Necroza glandei:	
<30%	2
30-50%	4
>50%	6
Total	10

BOALA ULCEROASĂ

Clasificarea ulcerului gastroduodenal:

- **Acut** – de dimensiuni mici (diametrul circa 1 cm) înconjurat de o zonă puternic edematoasă, hiperemică (linia Hempton); perforază mult mai frecvent decât cele cronice
- **Cronic** – calos, care de obicei în stomac, are 2-5 cm, iar în duoden 1-2 cm, și este forma în care locul edemului periulceros este luat de o zonă fibroză, care constituie cu timp un bloc aderențial-fibros ce sudează stomacul sau duodenul de organul vecin (ficat, pancreas)
- **De stress** – sunt leziuni, care apar pe fondul unor agresiuni grave cum ar fi: leziuni cerebrale (ulcer Cushing), arsuri întinse grave (ulcer Curling); stări septice, politraumatisme, intervenții chirurgicale majore; sunt leziuni acute, care apar pe mucoasă anterior sănătoasă
- **În sindromul Zollinger-Ellison** – localizarea ulcerului gastric este cel mai frecvent la nivelul miciei curburi, după care urmează în ordine crescândă: peretele (anterior – 5%, posterior – 1%), regiunea prepilorică și cu mult mai rar marea curbură.

Clasificarea ulcerului gastric în funcție de localizare și nivel secretor (Johnson, 1965; Scendens, 1987):

- Tipul I – înglobează ulcerele miciei curburi (57%) cu antru și pilor normale și secreție gastrică scăzută
- Tipul II – cuprinde ulcerele miciei curburi în asociere cu un ulcer duodenal și cu un nivel secretor normal sau crescut
- Tipul III – grupează ulcerele prepilorice antrale cu hipersecreție gastrică acidă (uneori normosecreție)
- Tipul IV – ulcere gigante în regiunea cardiei (polare superioare)
- Tipul V – ulcere care apar oriunde pe mucoasa gastrică fiind rezultatul ingestiei cronice de aspirină sau RAINS

Complicațiile bolii ulceroase:

Hemoragie

Perforație

Stenozare

Penetrare

Malignizare

Clasificarea perforației ulcerului gastroduodenal (V.S.Saveliev, 1976):

După origine:

- perforația ulcerului acut
- perforația ulcerului cronic

După localizare:

- perforația ulcerului gastric
- perforația ulcerului duodenal

După evoluție:

- perforație în peritoneul liber
- perforație închisă sau oarbă
- perforație atipică
- perforație acoperită (menajată)

În evoluția perforației tipice se disting clar 3 perioade:

- de șoc
- de pseudoameliorare
- de peritonită difuză

HEMORAGIA ULCEROASĂ

Clasificarea Orfanidi:

- **Gradul I** – hemoragie moderată (mică), deficitul volumului sângelui circulant (VSC) nu depășește 15-20%, TA maximă (sistolică) nu coboară sub 100 mm Hg, pulsul 90-100 b/min., respirația nițel accelerată, numărul eritrocitelor mai sus de 3.500.000, hematocritul mai mare de 35
- **Gradul II** – hemoragie medie, volumul sângelui circulant (VSC) scade cu 30% – 1000-1500 ml, TA sistolică oscilează între 90-70 mmHg, pulsul până la 120 b/min, numărul eritrocitelor între 3.500 – 2.500.000, hematocritul între 35-25%
- **Gradul III** – hemoragie gravă. Scăderea volumului sângelui circulant mai bine de 30% – peste 1500 ml. TA maximă sub 70 mm Hg, pulsul peste 120-140 b/min, filiform, uneori inapreciabil (indiscifrabil)
- **Gradul IV** – hemoragie foarte gravă, pierderile de 2000-3000 ml, TA mai mică de 50 mm Hg, puls indiscifrabil

- **Gradul V** – hemoragie cataclismică – viteza și volumul pierderilor de sânge duc rapid la deces, înainte de a se putea interveni terapeutic

Clasificarea activității hemoragiilor ulceroase (Forrest, 1974):

- Stadiul Ia – sângerare arterială în jet
- Stadiul Ib – sângerare lentă («în pânză»)
- Stadiul IIa – vas vizibil, sângerarea este oprită, tromb moale, flotant
- Stadiul IIb – cheag aderent, hemoragie oprită
- Stadiul IIc – puncte negre în baza leziunii (hematină la baza ulcerului), hemoragie oprită
- Stadiul III – ulcer fără semne de hemoragie, baza curată a ulcerului

Stenoza ulceroasă

După gradul de îngustare a zonei piloro-duodenale se deosebesc 3 faze ale stenozei:

- faza I (compensată)
- faza II (subcompensată)
- faza III (decompensată)

Întârzierea evacuării contrastului în funcție de faza stenozei:

- cu 6-12 ore în faza I
- 12-24 ore în faza a II-a
- peste 24 ore în faza a III-a

Fazale de penetrare a ulcerului cronic (Hausbrich, 1963):

- faza pătrunderii ulcerului prin toate straturile pereteului gastric sau duodenal
- faza concreșterii fibroase cu organul adiacent
- faza penetrării definitive cu pătrunderea în organul adiacent

TRAUMATISMELE ABDOMINALE

Clasificarea traumatismelor abdominale în funcție de păstrarea/dereglarea integrității tegumentelor:

A. Închise (contuzii):

- Cu leziuni ale peretelui abdominal (contuzie, hematom, ruptură mușchi)
- Cu leziuni ale organelor intraabdominale (parenchimotoase și/sau cavitare)
- Cu leziuni ale organelor și structurilor retroperitoneale
- Cu leziuni ale organelor intra- și retroperitoneale

B. Deschise (plăgi):

- Neperforante
- Penetrante, dar neperforante
- Perforante

În funcție de numărul organelor lezate traumatismele:

- Izolate (simple)
- Traume multiviscerale
- Traumatisme asociate (politraumatisme)

**Clasificarea AAST (American Association for the Surgery of Trauma)
a leziunilor traumatice ale ficatului (Moore E. și coaut., 1994)**

Gradul*	Tipul leziunii	Morfologia leziunii
I	Hematom	Subcapsular, <10% suprafață
	Lacerație	<1cm profunzime în parenchim
II	Hematom	Subcapsular, 10% - 50% suprafață
	Lacerație	Intraparenchimos <10 cm în diametru de 1-3 cm profunzime, <10 cm în lungime
III	Hematom	Subcapsular, >50% suprafață, sau eruperea hematomei subcapsulare sau intraparenchimos; hematom intraparenchimos > 10 cm sau în extensie
	Lacerație	>3 cm profunzime
IV	Lacerație	Leziune ce implică 25% - 75% lob hepatic sau 1-3 segmente Couinaud
V	Lacerație	Leziune ce implică >75% din lob hepatic sau >3 segmente Couinaud
	Vascular	Leziuni venoase Juxtahepatice; de ex: vena cavă retrohepatică/vene hepatice
VI	Vascular	Avulsia ficatului

*Avansare cu un grad pentru leziuni multiple până la gradul III

**Clasificarea AAST (American Association for the Surgery of Trauma)
a leziunilor traumatice ale splinei (Moore E. și coaut., 1994)**

Gradul*	Morfologia leziunii
I	Hematom subcapsular neexpansiv <10% din suprafață
	Plagă fără sângerare < 1 cm profunzime
II	Hematom subcapsular neexpansiv, 10-15% din suprafață
	Hematom intraparenchimos neexpansiv cu diametrul < 2 cm
	Leziune capsulară cu sângerare activă
	Leziune parenchimatiosă cu adâncime de 1-3 cm care nu implică vasele
III	Hematom subcapsular > 50% din suprafață sau expansiv
	Hematom subcapsular erupt, cu sângerare activă
	Hematom intraparenchimos cu diametru > 2 cm sau expansiv
	Leziune parenchimatiosă > 3 cm sau cu lezarea vaselor trabeculare
IV	Hematom intraparenchimos erupt, cu sângerare activă
	Leziune cu implicarea vaselor segmentare sau hilare, cu producerea unei devascularizări majore (>25% din splină)
V	Zdrobirea splinei
	Avulsia

*Avansare cu un grad pentru leziuni multiple până la gr. III

Forme clinice evoluție ale traumatismului splinei în funcție de simptomatologie:

- Supraacută – șoc hemoragic sever
- Acută – (cea mai frecventă):
 - semne generale de hemoragie
 - semne locale abdominale
- Evoluție în 2 timpi

**Clasificarea AAST (American Association for the Surgery of Trauma)
a leziunilor traumatice ale diafragmei (Moore E. și coaut., 1992)**

Gradul*	Morfologia leziunii
I	Contuzie
II	Lacerație <2cm
III	Lacerație 2-10cm
IV	Lacerație >10 cm defect tisular $\leq 25 \text{ cm}^2$
V	Lacerație cu defect tisular $> 25 \text{ cm}^2$

*Avansare cu un grad pentru leziuni bilaterale până la gr. III

**Clasificarea AAST (American Association for the Surgery of Trauma)
a leziunilor traumatiche ale stomacului (Moore E. și coaut., 1994)**

Gradul*	Morfologia leziunii
I	Contuzie/hematom
	Lacerație ce nu depășește grosimea peretelui
II	Lacerație <2cm în joncțiunea GE sau pilor
	<5cm în 1/3 proximală a stomacului
	<10cm în 2/3 distală a stomacului
III	Lacerație >2cm în joncțiunea GE sau pilor
	>5cm în 1/3 proximală a stomacului
	>10cm în 2/3 distală a stomacului
IV	Pierdere de țesut sau devascularizarea <2/3 stomac
V	Pierdere de țesut sau devascularizarea >2/3 stomac

*Avansare cu un grad pentru leziuni multiple până la gr. III; GE – gastroesofagian

**Clasificarea AAST (American Association for the Surgery of Trauma)
a leziunilor traumatiche ale intestinului subțire (Moore E. și coaut., 1992)**

Gradul*	Tipul leziunii	Morfologie
I	Hematom	Contuzie sau hematom fără devascularizare
	Lacerație	Leziune neperforantă
II	Lacerație	<50% din circumferință
III	Lacerație	>50% din circumferință fără transecție
IV	Lacerație	Transecția intestinului
V	Lacerație	Transecția intestinului cu pierdere tisulară
	Vascular	Segment devascularizat

*Avansare cu un grad pentru leziuni multiple până la gr. III

**Clasificarea AAST (American Association for the Surgery of Trauma)
a leziunilor traumatiche ale duodenului (Moore E. și coaut., 1994)**

Gradul*	Morfologia leziunii
I	Hematom al unei singure porțiuni de duodenului
	Plagă incompletă
II	Hematom implicând mai mult decât o singură porțiune
	Leziune <50% din circumferință
III	Leziune 50-75% circumferință în D2
	50-100% din circumferința D1, D3, D4
IV	Leziune > 75% din circumferința D2
	Leziunea implică ampula sau ductul
V	Ruptură masivă a complexului duodenopancreatic
	Devascularizare a duodenului

**Clasificarea AAST (American Association for the Surgery of Trauma)
a leziunilor traumatice ale pancreasului (Moore E. și coaut., 1994)**

Gradul*	Morfologia leziunii
I	Contuzie sau plagă minoră fără leziune ductală
II	Contuzie sau plagă majoră fără leziune ductală
III	Transecție sau leziune parenchimatoasă distală cu leziune distală
IV	Transecție proximală sau leziune implicând ductul sau ampula
V	Leziune masivă a capului pancreasului

Clasificarea plăgilor traumatice ale abdomenului (armă albă, armă de foc):

- A. Neperforante
- B. Perforante, dar neperforante
- C. Perforante
- D. Transfixiante ale peretelui organului

CRITERIILE POZITIVE ale Lavajului Peritoneal Diagnostic

Indicii calitativi:

- Evident sânge
- Bilă
- Conținut intestinal
- Bacterii (bacterioscopia coloratie după Gram)

Indicii cantitativi:

- Eritrocite > 100 000 în 1ml
- Le > 500 în 1ml
- Ht > 1-2% (ce corespunde 20-30ml de sânge în 1000ml perfuzat)
- Alfa-amilaza > 175un/100ml
- Crește bilirubina în dinamică
- Crește ureea în dinamică

TRAUMATISMELE TORACELUI

Clasificarea etiopatogenetică a traumatismelor toracelui (Coman C., Coman B., 1989):

I. Traumatisme toracice închise (contuzii)

II. Traumatisme toracice deschise (plăgi):

- Oarbe
- Transfixiante
- Nepentrante:
 - ✓ cu leziuni viscerale
 - ✓ fără leziuni viscerale
- Penetrante:
 - ✓ cu leziuni viscerale
 - ✓ fără leziuni viscerale

Toate categoriile de traumatisme toracice la rândul lor pot fi însoțite de revărsate:

- Pleurale (HT, PT, HPT, ChT)
- Mediastinale (hemo- sau pneumomediastin)
- Pericardice (hemopericard)

Clasificarea clinico-anatomică a traumatismelor toracelui (Вагнер Е.А., 1981):

- TT cu leziuni ale organelor toracice (pulmon, cord, diafragmă, arbore bronhial, vase magistrale)
- TT cu leziuni scheletice (coaste, stern, claviculă, coloana vertebrală, torace strivit)
- TT cu leziuni asociate (cranio-cerebrale, abdominale, ale membrelor superioare sau inferioare, ale feței, ale aparatului urogenital)

Clasificarea patofiziologică a traumatismelor toracelui (Horvat T. et al., 2008; Coman C, Coman B., 1989; Вагнер ЕА., 1981; Куприянов ПА, Банайтис СИ, 1942; Campbell DB., 1992):

- TT fără tulburări patofiziologice
- TT cu tulburări patofiziologice:
 - TT cu sindrom obstructiv al căilor respiratorii
 - TT cu sindrom de perete toracic mobil (volet costal, torace strivit)
 - TT cu sindrom pleural (PT, TH, HPT, ChT)
 - TT cu sindrom mediastinal (pneumomediastin, tamponadă cardiacă, asfixie traumatică)
 - TT cu sindrom diafragmal (paralizie nerv frenic, ruptură de diafragmă)

- TT cu sindrom metabolic (deshidratare extracelulară, acidoză respiratorie prin hipercapnie urmată de acidoză metabolică)
- TT cu șoc hipovolemic (hemoptizie, hemotorax, hemoragie externă)
- TT cu sindrom toxicoinfecțios (empiem sau hematom infectat, mediastinită, șoc septic)
- TT cu sindrom de insuficiență multiplă de organe (MODS), inclusiv ARDS (sindrom de detresă respiratorie acută)

Clasificarea traumatismelor toracelui în funcție de evoluția clinică, prognostic și gradul de urgență a măsurilor terapeutice (J.Holliman, 2010):

Traumatismele toracice rapid letale (6 tipuri):

- Obstrucția căilor aeriene
- Pneumotoracele sufocant
- Pneumotoracele deschis
- Hemotoracele masiv
- Voletul costal
- Tamponada cardiacă

Traumatismele toracice potențial letale (6 tipuri):

- Ruptura de aortă (disecția)
- Contuzia miocardică
- Ruptura traheobronșică
- Ruptura (perforația) esofagiană
- Contuzia pulmonară
- Ruptura diafragmatică (hernia posttraumatică)

Traumatismele toracice fără potențial letal (8 tipuri):

- Pneumotoracele simplu sau hemotoracele redus
- Luxația sternoclaviculară
- Fractura sternală
- Fractura de claviculă
- Fractura scapulară
- Asfixia traumatică
- Fracturile costale simple
- Contuzia de perete toracic

PERITONITA

Clasificarea peritonitelor (Congresul Internațional de la Hamburg, 1987):

I. Peritonita primară

- Peritonita spontană la copii
- Peritonita spontană la adulți
- Peritonita la pacienții cu dializă peritoneală continuă
- Peritonita tuberculoasă
- Alte forme de peritonită granulomatoasă

II. Peritonita secundară

A. Peritonita perforativă

- Perforații ale tractului digestiv
- Necroza parietală intestinală (ischemia intestinală)
- Peritonita posttranslocație de microbi
- Pelvioperitonita

B. Peritonita postoperatorie

- Insuficiența anastomotică
- Insuficiența de sutură
- Insuficiență de bont
- Alte cauze iatrogene de dehiscență

C. Peritonita posttraumatică

- După traumatismul abdominal închis
- După traumatismul abdominal deschis (penetrant)

III. Peritonita terțiară

- Peritonită fără evidențierea microbilor patogeni
- Peritonita fungică
- Peritonita bacteriană cu patogenitate scăzută

IV. Abcese intraabdominale

- După peritonita primară
- După peritonita secundară
- După peritonita terțiară

Clasificarea peritonitelor

(Congresul Internațional de la Hamburg, 1987, modificată

Borgonovo G., Amato A., Varaldo E.)

1. Peritonite primare:

- Peritonită bacteriană spontană la copii cu sindrom nefrotic
- Peritonită bacteriană spontană la cirofici
- Peritonită granulomatoasă (Mycobacterium, Histoplasma, Strongiloides)
- Altele (peritonite periodice, peritonite pneumococice primare la fetițe, peritonita streptococică primară).

2. Peritonite secundare:

- Peritonita secundară având drept cauze:
 - ✓ Perforația unui viscer intraabdominal
 - ✓ Afecțiuni infecțioase ale viscerelor intraperitoneale
 - ✓ Necroza a peretelui intestinal
 - ✓ Peritonite posttraumatice:
 - a) după traumatisme abdominale închise
 - b) după traumatisme abdominale deschise
 - ✓ Postoperatorii
 - ✓ Iatrogenă
 - ✓ Pelvipertonită
 - ✓ Dializa peritoneală ambulatorie continuă (CAPD)

3. Peritonite terțiare:

Sunt peritonitele care apar tardiv, consecutiv unor peritonite secundare, pe fondul unor perturbări majore în apărarea imună a organismului.

- Peritonite la care nu se evidențiază germeni patogeni

- Peritonite produse de fungi
- Peritonite cu bacterii cu patogenitate scăzută (*low-grade pathogenic bacteria*)

4. Abcese intraabdominale:

- Abcese intraabdominale cu peritonită primară
- Abcese intraabdominale cu peritonită secundară
- Abcese intraabdominale cu peritonită terțiară

CLASIFICAREA PERITONITELOR

I. În funcție de agentul cauzal:

- Peritonite aseptice (sau chimice) – agentul cauzal este un lichid iritant
- Peritonite septice – se datorează contaminării masive microbiene a peritoneului

II. În funcție de modalitatea inoculării peritoneului:

- Peritonite primare
- Peritonite secundare
- Peritonite terțiare

III. În funcție de răspândirea procesului inflamator al peritoneului:

1. Peritonite localizate

- limitate (circumscrie)
- nelimitate (necircumscrie)

2. Peritonite generalizate

- difuze
- totale

IV. În funcție de caracterul exudatului peritoneal:

- Seroase
- Fibrinoase
- Purulente
- Hemoragice
- Bilioase
- Strecorale
- Fermentative

- Mixte

V. În funcție de evoluția bolii:

- Acută
- Cronică

VI. În funcție de fazele evoluției clinice:

- Faza reactivă (neuroreflectorie) caracteristică pentru debutul peritonitei (până la 24 ore)
- Faza toxică (insuficiență monoorganică) (24-48 ore)
- Faza terminală (insuficiență poliorganică) (peste 72 ore)

BOALA VARICOASĂ

Sistemul CEAP (Hawai, 1994) cuprinde 4 tipuri de criterii de clasificare, un scor al disfuncției venoase și o metodologie de procedee diagnostice.

Criteriile de clasificare sunt:

- C = clinica
- E = etiologia
- A = anatomia
- P = disfuncția fiziopatologică

I. C = clinica:

- Clasa 0 – fără semne vizibile sau palpabile de boală venoasă
- Clasa 1 – teleangiectazii sau vene reticulare
- Clasa 2 – vene varicoase
- Clasa 3 – edem
- Clasa 4 – modificări cutanate datorate bolii venoase (pigmentare, eczeme venoase, lipodermoscleroză)
- Clasa 5 – ulcerul venos care este vindecat
- Clasa 6 – ulcerul venos activ

II. E = etiologia:

- Ec: congenitală
- Ep: primară
- Es: secundară (posttrombotică)
- En: fără cauză venoasă identificată

III. A = anatomia:

- As: vene superficiale
- Ap: vene perforante
- Ad: vene profunde (*deep*)
- An: fără identificarea sediului venos

IV. P = patofiziologia:

- Pr: reflux
- Po: obstrucție
- Pr.o: reflux și obstrucție
- Pn: fără modificări fiziopatologice stabilite

COMPETENȚELE PRACTICE
obligatorii pentru studenții anului IV, facultatea Medicină,
la disciplina *Boli chirurgicale*

I. La finele modulului studentul trebuie să cunoască:

- terminologia medicală corectă
- să recunoască afecțiunile chirurgicale abdominale la pacienți
- să cunoască particularitățile debutului și evoluției diverselor afecțiuni chirurgicale
- să înțeleagă metodologia și particularitățile examinării pacienților cu diverse afecțiuni chirurgicale abdominale
- să cunoască frecvența, etiologia și patogenia bolilor chirurgicale abdominale, cât și a traumatismelor abdominale și toracice
- să cunoască clasificările afecțiunilor chirurgicale abdominale, a traumatismelor abdominale și toracice
- să cunoască metodele contemporane de investigație (urgente și programate) a patologiei chirurgicale abdominale
- să cunoască metodele de tratament ale bolilor chirurgicale abdominale și a traumatismelor abdominale și toracice
- să cunoască metodele de profilaxie a patologiilor cronice și acute ale organelor abdominale
- să cunoască indicațiile și modul de spitalizare și transfer al pacienților în servicii specializate

II. La finele modulului studentul trebuie să practice:

- întocmirea actelor medicale curente: fișa de observație, evoluția clinică
- interpretarea corectă a datelor de anamneză
- examinarea pacienților pentru stabilirea diagnosticului clinic și diferențial al diverselor afecțiuni chirurgicale: Apendicita acută, Ocluzia intestinală, Herniile peretelui abdominal, Maladia varicoasă a membrelor inferioare, Litiaza biliară, Pancreatita acută, Peritonita, Maladia ulceroasă, Traumatismele toracice și abdominale.
- interpretarea rezultatelor examinărilor de laborator: determinarea modificărilor hemogramei, urinei, indicilor biochimici, echilibrului acidobazic, coagulogramei etc.
- Evaluarea și interpretarea semnelor patologice pe clișeele radiologice în:

- ✓ perforația organelor cavitare
- ✓ ocluzia intestinală
- ✓ traumatismele toracelui și ale abdomenului
- ✓ peritonite
- ✓ tumori cu localizare abdominală
- ✓ patologia căilor biliare
- ✓ afecțiunile pancreasului
- ✓ patologia venoasă a membrilor inferioare
- Să specifice tactica medico-chirurgicală în:
 - ✓ perforațiile organelor cavitare
 - ✓ apendicita acută
 - ✓ ocluzia intestinală
 - ✓ hernia strangulată
 - ✓ colecistita acută
 - ✓ icterul mecanic
 - ✓ pancreatita acută
 - ✓ traumatismele abdominale și toracice
 - ✓ hemoragiile digestive
 - ✓ peritonite
 - ✓ infarctul mezenteric
 - ✓ tromboflebita acută
- Manipulații de diagnostic și tratament:
 - ✓ sondarea esofagului și stomacului
 - ✓ aplicarea sondei Blackmore
 - ✓ puncția pleurală
 - ✓ drenarea cavității pleurale
 - ✓ utilizarea diferitor tipuri de aspirație pleurală
 - ✓ puncția venei magistrale
 - ✓ laparocenteza (lavajul peritoneal diagnostic)
 - ✓ cateterizarea vezicii urinare
 - ✓ examinarea abdomenului și interpretarea semnelor caracteristice patologiilor chirurgicale abdominale
 - ✓ divulsia anusului
 - ✓ efectuarea clisterelor evacuatorii și de stimulare a intestinului
 - ✓ efectuarea tușeului rectal

- ✓ efectuarea tactului vaginal
- ✓ efectuarea manevrei Petrescu
- ✓ îngrijirea plăgilor postoperatorii (pansamente, fire)
- ✓ lucrul cu drenele
- ✓ îngrijirea sondelor de aspirație

**Subiectele pentru examenul la disciplina *Boli chirurgicale*
pentru studenții anului IV, Facultatea Medicină nr.1**

I. Apendicita

1. Anatomia și topografia unghiului ileocecal. Variantele posibile de localizare a apendicelui vermicular.
2. Apendicita acută. Etiologia și patogenia. Clasificarea.
3. Apendicita acută: tabloul clinic. Semnele apendicitei acute (semnul „tusei”, Mendel-Razdolsky, triada Dielafouy, Rovzing, Sitcovsky, Bartomier-Michelson, Cope, Obraztsov, Crymov, Blumberg etc.).
4. Evoluția clinică a apendicitei acute la copii și bătrâni. Particularitățile de diagnosticare și tratament.
5. Evoluția clinică a apendicitei acute la gravide. Tactica chirurgicală, pregătirea preoperatorie și particularitățile anesteziei.
6. Particularitățile evoluției clinice a apendicitei acute în funcție de localizarea apendicelui (retrocecală, mezoceliacă, pelvină și subhepatică).
7. Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu ulcerul perforat, pancreatita acută, colecistita acută.
8. Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu ocluzia intestinală, infecția toxico-alimentară, colica renală pe dreapta, boala Crohn.
9. Diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu afecțiunile acute ale organelor genitale feminine (apoplexia ovariană, sarcina extrauterină întreruptă, anexita acută etc.).
10. Complicațiile evolutive ale apendicitei acute. Abscesul paraapendicular: simptomatologia, diagnosticul, tactica chirurgicală și metodele de tratament.
11. Plastronul apendicular: etiologia, simptomatologia și diagnosticul în funcție de fazele evolutive ale plastronului. Tactica de tratament, amploarea operației.
12. Tratamentul apendicitei acute: pregătirea preoperatorie, anestezia. Apendicectomia: etapele apendicectomiei anterograde și retrograde. Complicațiile intraoperatorii posibile în cadrul apendicectomiei. Profilaxia și metodele de corecție.
13. Complicațiile postoperatorii precoce după apendicectomie: supurarea plăgii, flegmonul peretelui anterior abdominal, abscesul subaponevrotic. Etiologia, diagnosticul, metodele de profilaxie și tratament.

14. Complicațiile postoperatorii precoce după apendicectomie: eventrația, progresarea peritonitei, insuficiența suturilor bontului apendicular. Etiologia, diagnosticul, metodele de profilaxie și tratament.
15. Complicațiile postoperatorii precoce după apendicectomie: abcesul intraabdominal, hemoragia, ocluzia intestinală precoce. Etiologia, diagnosticul, metodele de profilaxie și tratament.
16. Apendicita cronică: noțiune, simptomatologia, diagnosticul. Diagnosticul diferențial cu colita cronică, pielonefrita cronică, anexita cronică. Tactica de tratament.

II. Herniile peretelui abdominal

17. Noțiune de hernie, eventrație și eviscerație. Elementele anatomice ale herniei. Cauze locale și generale de dezvoltare a herniilor. Factorii predispozanți și favorizanți.
18. Clasificarea herniilor peretelui abdominal. Simptomatologia herniilor libere.
19. Tratamentul conservativ și chirurgical al herniilor libere: indicații și contraindicații, etapele herniotomiei. Complicațiile iatrogene posibile în timpul herniotomiei, profilaxia și metodele de corecție a acestora.
20. Complicațiile herniilor. Strangularea elastică și stercorală. Anatomia patologică a herniei strangulate.
21. Hernia strangulată: tabloul clinic, tactica medico-chirurgicală. Complicațiile posibile la repunerea spontană și forțată a herniei strangulate. Repunerea falsă.
22. Formele atipice de strangulare: hernie de tip Richter, Littre, Maydl, Brock. Particularitățile morfopatologice și clinice.
23. Anatomia topografică a canalului inghinal. Clasificarea herniilor inghinale.
24. Hernia inghinală oblică: perioadele de evoluție, tabloul clinic, diagnosticul diferențial. Tratamentul: hernioplastia după Martynov, Girard, Spasocucotsky, Kimbarovsky, Roux.
25. Hernia inghinală directă: semnele clinice, diagnosticul diferențial dintre hernia inghinală directă și oblică. Plastia canalului inghinal după Bassini, Kukudjanov, Postempsky, Lichtenstein.
26. Hernia prin alunecare: particularități morfopatologice, tabloul clinic și diagnosticul. Metode radiologice de examinare. Particularități intraoperatorii, procedee chirurgicale. Complicațiile intraoperatorii posibile și metodele de corecție a acestora.
27. Hernia inghinală congenitală: tabloul clinic, particularitățile herniotomiei, operația Winkelmann.
28. Herniile femurale. Anatomia topografică a inelului femural. Variantele herniilor femurale, hernia Gesselbah. Tabloul clinic. Diagnosticul diferențial cu hernia inghinală, adenopatia inghinală, dilatarea ampulară a crosii safene mari, abcesul rece, lipomul etc.
29. Tehnica plastiei inelului femural după Bassini, Ruggi, Parlavecchio, Lichtenstein-Shore.

30. Anatomia regiunii ombilicale. Herniile ombilicale: clasificarea, tabloul clinic. Diagnosticul diferențial cu tumorile peretelui abdominal, chistul urahusului. Metodele chirurgicale de tratament (Mayo, Sapejko, Lexer). Tratamentul herniilor ombilicale la copii.
31. Anatomia chirurgicală a liniei albe. Herniile liniei albe ale abdomenului: etiologia, clasificarea, tabloul clinic. Metodele chirurgicale de tratament.
32. Herniile recidivante și postoperatorii: noțiuni, cauzele de dezvoltare, tabloul clinic, indicații la operație, metodele chirurgicale de tratament. Noțiuni de auto- și aloplastie.
33. Tehnica herniotomiei în herniile mari și gigantice, complicațiile postoperatorii, profilaxia lor.
34. Etapele și particularitățile herniotomiei în hernia strangulată, semnele viabilității ansei intestinale strangulate. Metodele de reabilitare a ansei intestinale strangulate. Indicațiile către rezecția intestinului, accesul chirurgical, limitele rezecției, metodele de aplicare a anastomozelor interintestinale.
35. Flegmonul sacului herniar: etiologia, simptomatologia. Particularitățile tratamentului chirurgical: anestezia, accesele chirurgicale, variantele posibile de finisare a intervenției chirurgicale.

III. Ocluzia intestinală acută

36. Ocluzia intestinală acută: noțiune, clasificarea.
37. Fiziopatologia ocluziei intestinale acute.
38. Ocluzia intestinală acută înaltă și joasă: tabloul clinic.
39. Metodele paraclinice de investigare în ocluzia intestinală acută înaltă (radiografia de ansamblu, proba Schwartz, USG).
40. Metodele paraclinice de investigare în ocluzia intestinală acută joasă (radiografia de ansamblu, irigoscopia, rectoromanoscopia, colonoscopia).
41. Investigațiile de laborator în ocluzia intestinală acută înaltă precoce și tardivă și rolul lor în prognosticul bolii.
42. Metodele de decompresie pre-, intra- și postoperatorii a tractului digestiv în ocluzia intestinală acută.
43. Ocluzia intestinală acută aderențială: simptomatologia, metode de diagnosticare.
44. Tactica chirurgicală în ocluzia intestinală aderențială acută înaltă. Tratamentul conservativ și amploarea intervenției chirurgicale: visceroliza, transecția bridelor, rezecția de intestin, enterostomiile etc.
45. Ocluzia intestinală prin strangulare: tabloul clinic, diagnosticul, volumul intervenției chirurgicale.
46. Ocluzia intestinală mecanică: clasificarea, etiologia, tabloul clinic al ocluziei intestinale în funcție de mecanismul ocluziei.

47. Ocluzia intestinală prin obstrucție: clasificarea, etiologia, tabloul clinic, metodele de diagnosticare.
48. Invaginațiile intestinale: localizarea preponderentă, simptomatologia, diagnosticul. Metodele conservative și chirurgicale de tratament.
49. Volvulusul sigmoidului: etiopatogenia, tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul.
50. Ocluzia intestinală dinamică. Clasificarea, etiologia. Metodele de stimulare a peristaltismului intestinal în ocluzia dinamică paralică.
51. Ocluzia intestinală paralică: etiologia, simptomatologia. Diagnosticul diferențial dintre ocluzia intestinală paralică și prin obturare. Tratamentul ocluziei intestinale paralitice.

IV. Litiaza biliară. Icterul mecanic

52. Litiaza biliară: noțiune, etiopatogenia, mecanismele de formare a calculilor biliari.
53. Colecistita cronică calculoasă: simptomatologia în funcție de formele clinice.
54. Metodele radiologice de investigare în litiaza biliară: indicații și contraindicații.
55. Ultrasonografia abdominală în litiaza biliară: semnele ecografice în colecistita cronică, colecistita acută, coledocolitiază.
56. Colecistectomia: indicațiile către operație, anestezia, abord chirurgical, tehnici operatorii. Complicații intraoperatorii posibile, profilaxia.
57. Complicațiile litiazei biliare: clasificarea, profilaxia.
58. Complicațiile mecanice ale litiazei biliare: etiopatogenia, metodele clinice și paraclinice de examinare.
59. Colangita acută: etiopatogenia, tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul, profilaxia.
60. Complicațiile degenerative ale litiazei biliare: tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul, profilaxia.
61. Colecistita acută: clasificarea, simptomatologia, metodele de investigație, tactica chirurgicală.
62. Tactica chirurgicală în colecistita acută. Pregătirea preoperatorie și variantele colecistectomiei în colecistita acută.
63. Coledocolitiază: simptomatologia, metodele de diagnosticare și tratament, metodele de drenare a căilor biliare (Halstedt, Lane, Kehr, Robson-Vishnevsky).
64. Icterul mecanic: etiopatogenia, tabloul clinic, diagnosticul paraclinic contemporan.
65. Diagnosticul diferențial clinic și paraclinic dintre icterul mecanic, parenchimos și hemolitic.
66. Tratamentul chirurgical al icterului mecanic, metode de drenare a căilor biliare, anastomoze biliodigestive etc.
67. Tactica chirurgicală în coledocolitiază asociată cu litiază veziculară

68. Chirurgia miniinvazivă în diagnosticul și tratamentul bolii litiazice.

V. Patologia pancreasului

69. Anatomia, relațiile anatomice ale pancreasului cu căile biliare extrahepatice. Fiziologia pancreasului. Rolul tripsinei, amilazei, insulinei, calicreinei etc.
70. Anomaliile congenitale ale pancreasului: pancreas inelar, pancreas aberant, chistofibroza pancreasului.
71. Pancreatita acută: noțiuni generale, etiopatogenia.
72. Pancreatita acută: clasificarea, tabloul clinic.
73. Diagnosticul paraclinic al pancreatitei acute: rolul investigațiilor ecografice, endoscopice și de laborator.
74. Diagnosticul diferențial al pancreatitei acute cu apendicita acută, ocluzia intestinală, ulcerul perforat, infarctul miocardic, tromboza mezenterială etc.
75. Tratamentul conservativ al pancreatitei acute: principiile de bază.
76. Tratamentul chirurgical și endoscopic al pancreatitei acute în funcție de forma pancreatitei, fazele de evoluție și complicațiile ei.
77. Clasificarea complicațiilor evolutive ale pancreatitei acute.
78. Peritonita fermentativă. Șocul pancreatogen. Volumul și componența terapiei antișoc și de detoxicare.
79. Parapancreatita: simptomatologie, diagnosticul și tratamentul. Indicații către operație, amploarea intervenției chirurgicale.
80. Fistulele pancreatice și digestive externe: etiopatogenie, metode de diagnosticare, metode de profilaxie și tratament.
81. Pseudochisturile și chisturile pancreatice: etiopatogenia, clasificarea, tabloul clinic, metodele de diagnosticare. Metodele chirurgicale și laparoscopice de tratament.

VI. Boala ulceroasă

82. Anatomia și fiziologia stomacului și duodenului, vascularizarea, inervația. Acțiunile vagusului și simpaticului. Glandele gastrice.
83. Fazele secreției gastrice. Aprecierea secreției gastrice (analiza sucului gastric, pH-metria) și tipului secretor a stomacului (testul Kay, Hollender, secreția nocturnă). Utilizarea rezultatelor aprecierii secreției gastrice ca indicații pentru efectuarea diferitelor metode de operații pe stomac.
84. Boala ulceroasă: etiopatogenie, clasificarea. Clasificarea ulcerului gastric după Johnson.

85. Perforația ulcerului gastroduodenal: clasificarea (Saveliev), simptomatologia, metodele de examinare.
86. Perforația atipică și acoperită a ulcerului gastroduodenal: particularitățile tabloului clinic, metodele de investigare, tactica chirurgicală.
87. Alegerea procedurii operator în tratamentul chirurgical al ulcerului gastroduodenal perforat (operația Miculitz, Opper, Judd, rezecție gastrică). Metoda conservativă de tratament al ulcerului perforat (Taylor).
88. Hemoragia ulceroasă: clasificarea, simptomatologia, metodele de diagnosticare. Clasificarea activității hemoragiei ulceroase după Forrest.
89. Diagnosticul diferențial dintre hemoragiile digestive superioare ulceroase și neulceroase (gastrita erozivă, tumorile gastrice, hernia hiatală, hipertensiunea portală, hemoragia pulmonară, sindromul Mallory-Weiss etc).
90. Tratamentul conservativ și chirurgical al hemoragiilor ulceroase. Metodele de hemostază endoscopică.
91. Stenoza ulceroasă piloroduodenală: clasificarea, simptomatologia, metodele de examinare (endoscopice și radiologice). Diagnosticul diferențial cu tumorile gastrice maligne.
92. Dereglările patofiziologice în stenoza pilorică decompensată. Sindromul Darrow. Pregătirea preoperatorie și alegerea metodelor de tratament chirurgical.
93. Penetrația și malignizarea ulcerului gastroduodenal: particularitățile tabloului clinic, metodele de diagnosticare, indicații către operație, tratamentul chirurgical.
94. Sindromul Zollinger-Ellison: etiopatogenie, simptomatologia, metodele de diagnosticare, tratamentul.
95. Procedeele rezecționale în tratamentul chirurgical al bolii ulceroase: (Billroth-I, Billroth-II, antrumectomie).
96. Complicațiile precoce în chirurgia bolii ulceroase: dehiscenta anastomozei gastrointestinale, dehiscenta bontului duodenal, leziunile căilor biliare extrahepatice. Simptomatologie, diagnosticul, tratamentul.
97. Complicațiile precoce în chirurgia bolii ulceroase: hemoragiile intraabdominale, hemoragiile digestive postoperatorii, anastomozita, pancreatita acută. Simptomatologie, diagnosticul, tratamentul.

VII. Traumatismele abdominale

98. Traumatismele abdominale: etiologie, clasificare, metode de investigare.

99. Particularitățile examinării pacienților cu traumatisme asociate, în stare de soc, în coma cerebrală, în stare de ebrietate etc.
100. Traumatismele abdominale închise: etiologie, clasificarea, simptomatologie, metode de examinare în funcție de hemodinamica pacientului.
101. Metodele clinice și paraclinice de examinare în traumatismele abdominale închise. Metodica efectuării laparocentezei și interpretarea rezultatelor obținute.
102. Leziunile peretelui abdominal: contuzii, plăgi nepenetrante, sindromul Reily etc. Particularitățile tabloului clinic, tactica chirurgicală.
103. Traumatismele abdominale închise cu leziuni ale organelor abdominale parenchimotoase: simptomatologie, metode de investigare. Diagnosticul, tratamentul chirurgical.
104. Traumatismele abdominale închise cu leziunile organelor abdominale cavitare: simptomatologie, metode de investigare. Diagnosticul, tratamentul chirurgical.
105. Leziunile traumatice ale splinei: etiologia, forme clinice, metode de diagnosticare și tratament.
106. Leziunile traumatice ale ficatului: etiologia, tabloul clinic, diagnosticul, metode de hemostază intraoperatorie.
107. Leziunile traumatice ale pancreasului: etiologia, tabloul clinic, diagnosticul, particularitățile tratamentului chirurgical. Profilaxia pancreatitei posttraumatice.
108. Leziunile traumatice ale diafragmei: etiologia, particularitățile tabloului clinic, metode de diagnosticare și tratament.
109. Leziunile traumatice ale stomacului: etiologia, particularitățile tabloului clinic, metode de diagnosticare și tratament.
110. Leziunile traumatice ale duodenului: etiologia, particularitățile tabloului clinic, metode de diagnosticare și tratament.
111. Leziunile traumatice ale intestinului: etiologia, tabloul clinic, metode de diagnosticare și tratament.
112. Traumatismele abdominale deschise (plăgi): etiologia, clasificarea, tabloul clinic, metode de investigare, tratamentul. Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii.
113. Particularitățile de examinare a pacienților cu plăgi penetrante: revizia plăgii, vulnerografia, laparoscopia, pielografia, urografia etc.).
114. Traumatismele abdominale prin armă de foc: particularitățile tabloului clinic, metode de examinare și tactică chirurgicală. Particularitățile operației, profilaxia infecției anaerobe.
115. Rolul examenului radiologic, ultrasonografic, tomografic computerizat și de laborator în leziunile traumatice ale ficatului și splinei. Tratamentul nonoperator ale acestor leziuni.

116. Traumatismele asociate: noțiuni, particularități de examinare și tactică chirurgicală.

VIII. Traumatismele toracice

117. Traumatismele toracelui: noțiuni generale, clasificare.

118. Traumatismele toracice rapid letale: diagnosticul, tratamentul.

119. Traumatismele toracice potențial letale: diagnosticul, tratamentul.

120. Traumatismele toracice fără potențial letal: diagnosticul, tratamentul.

121. Pneumotoraxul: etiopatogenie, clasificare, diagnostic, tratamentul.

122. Hemotoracele: etiologie, clasificare, diagnostic, tratamentul.

123. Toracostomia (drenarea cavității pleurale) în traumatisme: indicații, metodologie.

124. Indicații către toracotomie în traumatismele toracice.

IX. Peritonita

125. Peritonita: noțiune, etiopatogenia.

126. Peritonita: căile de răspândire a infecției. Clasificarea peritonitei.

127. Fazele evolutive ale peritonitei. Simptomatologia.

128. Dereglările patofiziologice și biochimice în perioadele toxică și terminală ale peritonitei.

129. Diagnosticul clinic și bacteriologic al peritonitei.

130. Diagnosticul diferențial al peritonitei acute cu patologia extraabdominală.

131. Tratamentul complex al peritonitei generalizate. Particularitățile intervenției chirurgicale.

132. Tratamentul chirurgical al peritonitei generalizate: pregătirea preoperatorie, anestezia, accesele chirurgicale, metode de asanare și drenare a cavității peritoneale.

133. Abcesele intraabdominale: etiologia, localizarea tipică, morfopatologia, simptomatologia, diagnosticul, particularitățile tratamentului chirurgical.

134. Abcesul subhepatic: etiologia, morfopatologia, semnele clinice, diagnosticul, tratamentul chirurgical.

135. Abcesul subfrenic: etiologia, localizarea tipică, simptomatologia, diagnosticul, particularitățile tratamentului chirurgical.

136. Abcesele mezoceliace (interintestinale): etiologia, morfopatologia, simptomatologia, diagnosticul, tratamentul chirurgical.

137. Abcesul paraapendicular: etiologia, localizarea tipică, morfopatologia, simptomatologia, diagnosticul, particularitățile tratamentului chirurgical.

138. Abcesul Douglasului: etiologia, simptomatologia, diagnosticul, particularitățile tratamentului chirurgical.

X. Patologia chirurgicală a sistemului venos

139. Date de anatomie și fiziopatologie a sistemului venos a membrului inferior. Rețeaua superficială, sistemul venos profund, venele comunicante, sistemul valvular.
140. Varicele primare a venelor extremităților inferioare: etiologia, patogenia, clasificarea, simptomatologia.
141. Rolul probelor funcționale (Brodie-Troianov-Trendelenburg, Șeinis, Pratt-II, Delbe-Pertes) și metodelor paraclinice (flebografia, doplerografia) în aprecierea tacticii de tratament a bolii varicoase a membrelor inferioare.
142. Boala varicoasă: etiopatogenia, factori predispozanți și determinanți.
143. Boala varicoasă: diagnosticul, indicațiile și contraindicațiile pentru tratamentul chirurgical. Flebectomia: variantele clasice. Incidențe intraoperatorii.
144. Complicațiile varicelor primare ale extremităților inferioare. Ulcerul trofic: etiologia, simptomatologia, metodele de tratament.
145. Tromboflebita acută a venelor superficiale ale extremităților inferioare: etiologia, simptomatologia, diagnosticul, metodele de tratament.
146. Tromboza acută a venelor profunde ale extremităților inferioare: etiologia, simptomatologia, diagnosticul, metodele de tratament.
147. Tromboza ileofemurală acută: simptomatologia, diagnosticul, metodele de tratament.
148. Sindromul posttrombotic etiologie, tabloul clinic, metodele de diagnosticare, tratamentul conservativ, indicații și contraindicații pentru tratamentul operator, metodele de intervenții chirurgicale.
149. Trombembolia arterei pulmonare: etiologia, patogenia, evoluarea tabloului clinic, tratamentul, metodele de profilaxie.

LITERATURA RECOMANDATĂ

De bază:

1. Cursul de prelegeri al catedrei.
2. A.Spânu. Chirurgie. Chișinău, 2000.
3. N.Angelescu, editor. Tratat de Patologie Chirurgicală. București: Ed. Medicală, 2001.
4. E.Maloman. Chirurgia abdominală de urgență. Recomandări practice de diagnostic și tratament. Chișinău, 2008, 341 p.
5. D.Burlui, C.Constantinescu. Chirurgie. Manual pentru studenții anului IV-V. București, 1982.
6. M.Kuzin. Afecțiuni chirurgicale. Moscova, 1994 (traducere)

7. М.Кузин. Хирургические болезни. Москва, 1992

Suplimentară:

8. S. Duca. Chirurgie laparoscopică. 1997.
9. W. Silen. Diagnosticul precoce al abdomenului acut. 1991.
10. E. Tărcoveanu. Perforația ulcerului gastric și duodenal. 1988.
11. T.Chirileanu. Patologie chirurgicală. Cluj-Napoca, vol.II. 1981.
12. I.Fasciola, N.Ionescu. Patologie chirurgicală. Cluj-Napoca, 1980.
13. M.Patrit. Hernie abdominală. București, 1989.
14. D.Sabau. Elemente de chirurgie a defectelor parietale abdominale. București, 1989.
15. N.Angelescu, N.Constantinescu. Infecții parietale
16. D.Gerota. Explorare chirurgicală a abdomenului. București, 1982.
17. P.Bâtca, A. Oprea. Urgențe chirurgicale abdominale. Chișinău, 1996.
18. M. Constantinescu. Chirurgia. București, 1989.
19. David C. Dunn. Chirurgie, diagnostic și tratament. București, 1995.
20. V. Fleture. Principii și tehnici de chirurgie. Timișoara, 1987.
21. L.Titirea. Urgențele medico-chirurgicale. București, 1996.
22. P.Rădulescu. Elemente de patologie și terapeutică chirurgicală. București, 1980.
23. Ю.М. Панцырев. Клиническая хирургия (под ред.). Москва, 1988.
24. Б.О. Мильков с соавт. Клинические задачи. I-II. Москва, 1987.
25. К.Д. Тоскин. Грыжи живота. Москва, 1983.
26. В.И. Колесов. Клиника и лечение острого аппендицита. Москва, 1972.
27. К.С. Симонян. Спаечная болезнь. Москва, 1966.
28. А. Шалимов и соавт. Хирургия печени и желчевыводящих путей. 1993.
29. В.Саенко и соавт. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвете пищеварительного канала. 1997.
30. Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузольев, С.Р. Карагюлян. Рубцовые стриктуры желчных протоков. Москва, 1982.
31. Т.П. Макаренко, А.В. Богданов. Свищи желудочно-кишечного тракта. Москва, 1986.
32. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев. Хирургия (перевод с англ.) Москва, 1997.
33. Ю.М. Панцырев. Клиническая хирургия. Москва, 1988.
34. Б.В. Петровский. Хирургические болезни. Москва, 1980.
35. Г.П. Ратнер. Задачи по хирургическим ситуациям. Москва, 1976.
36. К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. Грыжи брюшной стенки. Москва, 1990.

37. В.С. Савельев. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Москва, 1990.
38. Н.И. Батвинников. Клиническая хирургия. Минск, 1998.
39. М.И. Кузин, Б.М. Костюченко. Раны и раневая инфекция. Москва, 1990.

CUPRINS

Prefață	3
Cuvânt înainte pentru pedagogi	4-6
Curriculumul disciplinei <i>Boli chirurgicale</i>	7-18
Teste pentru evaluare	19
Apendicita (teste)	19-43
Apendicita (răspunsuri)	44
Herniile (teste)	45-63
Herniile (răspunsuri)	64
Ocluzia intestinală (teste)	65-83
Ocluzia intestinală (răspunsuri)	84
Litiaza biliară (teste)	85-112
Litiaza biliară (răspunsuri)	113
Pancreatita (teste)	114-156
Pancreatita (răspunsuri)	157
Boala ulceroasă (teste)	158-185
Boala ulceroasă (răspunsuri)	186
Traumatismul abdominal (teste)	187-209
Traumatismul abdominal (răspunsuri)	210
Traumatismul toracic (teste)	211-226
Traumatismul toracic (răspunsuri)	227
Peritonita (teste)	228-253
Peritonita (răspunsuri)	254
Boala varicoasă (teste)	256-266
Boala varicoasă (răspunsuri)	267

Clasificarea apendicitei	268-269
Clasificarea herniilor	270-271
Clasificarea ocluziei intestinale	272-273
Clasificarea litiazei biliare	274-275
Clasificarea pancreatitei	276-278
Clasificarea bolii ulceroase	279-281
Clasificarea traumatismelor abdominale	282-285
Clasificarea traumatismelor toracice	286-287
Clasificarea peritonitelor	288-291
Clasificarea bolii varicoase	292
Competențe practice	293-295
Subiectele pentru examenul la disciplina <i>Boli chirurgicale</i>	296-306
Cuprins	307-308