

HERNILE

1) CS Indicați, care din următoarele afirmații corespunde herniei inghinale directe:

- a) Nu coboară în scrot
 - b) Este congenitală
 - c) Mai frecvent este unilaterală
 - d) Se strangulează foarte frecvent
 - e) Este o hernie de efort
-

2) CS Strangularea diverticulului Meckel este hernia:

- a) Richter
 - b) Maydl
 - c) Littre
 - d) Gheselbah
 - e) Brock
-

3) CS Peretele posterior al canalului inghinal este format de:

- a) Fascia transversalis
 - b) Omblicul intern
 - c) Tendonul conjunct
 - d) Arcada crurală
 - e) Omblicul extern
-

4) CS Locul II după frecvența strangulării îl ocupă hernia:

- a) Femurală
 - b) Ombilicală
 - c) Inghinală directă
 - d) Inghinală oblică la bărbați
 - e) Hernia liniei albe la copii
-

5) CS Strangularea parietală antimezocolică poartă denumirea de hernie:

- a) Brock
 - b) Gheselbah
 - c) Maydl
 - d) Richter
 - e) Littre
-

6) CS Colul herniei femorale tipice se găsește :

- a) Anterior de arcada crurală
- b) Medial de vasele femorale
- c) Lateral de vasele femorale
- d) Posterior de vasele femorale

e) Medial de ligamentul Cooper

7) CM În stadiul de ischemie a herniei strangulate sunt prezente următoarele semne:

- a) Ansă destinsă, pronunțat cianotică
- b) Tromboza venelor mezoului
- c) Peretele îngroșat cu false membrane pe suprafață
- d) Lichid peritoneal purulent sau 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 În care din următoarele situații sacul herniar lipsește:

- a) Hernia inghinală congenitală
- b) Hernia ombilicală
- c) Hernia inghinală prin clivaj
- d) Hernia perineală
- e) Hernia diafragmală posttraumatică

10) CM Hernia Brock sau pseudostrangularea herniei la un purtător de hernie se întâlnește în următoarele situații:

- a) Colecistita acută
- b) Pancreatita pseudotumorală
- c) Ulcerul gastroduodenal perforat
- d) Apendicita acută perforativă
- e) Perforația atipică a ulcerului gastric

11) CM Tratatamentul conservator (bandajul) în hernie este indicat:

- a) În cazul refuzului categoric al pacientului pentru tratament chirurgical
- b) În orice tip de hernie
- c) La bătrâni cu starea generală contraindicată pentru intervenția chirurgicală
- d) În herniile ireductibile
- e) În herniile inghinale congenitale

12) CM Selectați afirmațiile corecte privind herniile inghinale oblice:

- a) Sacul herniar este format de procesul vaginalis
- b) Sacul herniar se extinde antero-medial de cordonul spermatic
- c) Sacul herniar este localizat medial de vasele epigastrice inferioare
- d) Sacul herniar se extinde lateral de cordonul spermatic

e) Hernia inghinală oblică este mai rar bilaterală decât cea directă

13) CM Dacă intraoperator la deschiderea sacului herniar se va depista o ansă intestinală de culoare roșie închisă, destinsă, 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) Ansă viabilă

14) CM Selectați afirmațiile corecte privind hernia strangulată:

- a) Toate sunt asociate cu întreruperea tranzitului intestinal
- b) Hernia femorală are o rată de strangulare mai mare decât cea inghinală
- c) Strangularea este rară la copiii mai mici de 2 ani
- d) Ischemia nu este caracteristică pentru hernia Brock
- e) În strangularea Maydl cel mai mult este afectată ansa intermediară

15) CM Selectați afirmațiile corecte privind hernia inghinală prin alunecare:

- a) Porțile herniare sunt mari
- b) Conținutul permanent este numai intestinul subțire
- c) Colonul sigmoid este o parte componentă a sacului herniar
- d) Nu se încarcerează niciodată
- e) Poate avea dimensiuni mari

16) CS În herniile inghinale oblice scopul major este plastia peretelui anterior al canalului inghinal. Cea mai folosită metodă de plastie este :

- a) Bassini
- b) Girard-Spasokukoțki cu sutura Kimbarovski
- c) Postempski
- d) Kukudjanov
- e) Martânov

17) CS Cel mai frecvent folosit procedeu de plastie în herniile femorale este:

- a) Rudji
- b) Zațepin
- c) Rudji-Parlavecio
- d) Lexer
- e) Bassini

18) CS În herniile ombilicale cu diametrul inelului herniar până la 3 cm metoda preferabilă de plastie este:

- a) Mayo

- b) Bassini
- c) Sapejko
- d) Nici una dintre cele indicate
- e) Lexer

19) CM Care din urmatoarele subiecte reprezintă complicațiile herniilor?

- a) Hernia Brock
- b) Prostatita
- c) Strangularea
- d) Flegmonul herniar
- e) Ireductibilitatea

20) CM Manifestările clinice constante în hernia strangulată cu strangularea parietala a intestinului (Richter) sunt:

- a) Tranzitul intestinal este păstrat
- b) Voma
- c) Tumoare ireductibilă la nivelul zonei herniare respective
- d) Tranzitului intestinal stopat
- e) Febra

21) CM Indicați trei semne principale ale herniei inghinale congenitale:

- a) Lipsa debutul dureros
- b) Este prezentă numai la copii
- c) Porțile herniare sunt de dimensiuni majore
- d) Evoluează într-o hernie inghino-scrotală
- e) Sacul herniar conține testicul

22) CM Cel mai frecvent herniază următoarele elemente:

- a) Vezica urinară
- b) Epiploonul
- c) Colonul ascendent
- d) Intestinul subțire
- e) Prostata

23) CM Sindromul algic într-o hernie necomplicată poate fi:

- a) Sub forma de greutate sau jena dureroasă
- b) Violent
- c) Colicativ
- d) Se accentuează la efort fizic
- e) Poate fi absent

24) CM Diagnosticul diferențial al herniei inghino-scrotale se efectuează cu:

- a) Hidrocelul

- b) Varicocelul
- c) Hernia perineală
- d) Tumora testiculară
- e) Hernia obturatorie

25) CM Notați trei semne clinice ale herniei inghinale directe:

- a) Coboara în scrot
- b) Este de formă sferică
- c) Nu coboara în scrot
- d) Mai frecvent apare la tineri
- e) Frecvent este bilaterală

26) CM Examenul clinic al pacientului purtător de hernie inghinala oblica poate prezenta:

- a) Hernia coboară în scrot
- b) P pulsația arterei epigastrice se determină lateral de sacul herniar
- c) P pulsația arterei epigastrice se determină medial de sacul herniar
- d) Expansiunea formațiunii la tuse
- e) Traiectul herniar este perpendicular vs peretele abdominal

27) CM Care dintre variantele de hernii enumerate reprezintă hernii externe?

- a) Hernia femorală
- b) Hernia ombilicală
- c) Hernia diafragmală
- d) Hernia lombară
- e) Hernia inghino-scrotală

28) CM Care sunt manifestările unei hernii strangulate ombilicale cu implicarea unei anse intestinale?

- a) Tumoarea herniară este tensionată și dureroasă
- b) Oprirea tranzitului pentru materii și gaze
- c) Ireductibilitatea apărută brusc
- d) Durere la nivelul cordonului spermatic
- e) Vome frecvente

29) CM Care din situații nu se încadrează în hernia Maydl ?

- a) Strangularea retrograda tip "W"
- b) Sacul herniar conține două anse intestinale strangulate
- c) Hernierea diverticului Meckel
- d) Hernia obturatorie
- e) Strangularea parietală a intestinului

30) CM Care din următoarele hernii interesează cel mai frecvent ansele intestinale?

- a) Hernia Littre

- b) Hernia Richter
- c) Hernia Brock
- d) Hernia Maydl
- e) Hernia obturatorie

31) CM Care din următoarele gesturi sunt riscuri și erori în hernia strangulată?

- a) Palparea tumorii herniare
- b) Intervenția chirurgicală programată
- c) Reducerea prin Taxis
- d) Tactul rectal sau vaginal
- e) Eliberarea la domiciliu din secția de primire a unui bolnav după reducerea spontană a herniei

32) CM Care din următoarele gesturi pot fi 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 hernii cuprind:

- a) Rezecția organelor din sacul herniar
- b) Rezecția sacului herniar
- c) Suturarea colului sacului herniar
- d) Autodermoplastia
- e) Aoplastia

34) CM Tratamentul chirurgical al herniilor simple reponibile cuprinde:

- a) Eliminarea sacului herniar
- b) Repunerea conținutului sacului herniar
- c) Rezecția parțială a epiploonului
- d) Rezecția segmentară de intestin
- e) Hernioplastia

35) CS Metoda ortopedică de tratament a herniilor este indicată în :

- a) Hernii ireductibile
- b) Hernii reductibile
- c) Hernii ombilicale la nou-născuți
- d) Hernii mici femurale
- e) Hernii ombilicale la adulți

36) CS Diferențierea clinică a herniei inghinale de cea femorală se face în raport cu situația defectului parietal față de :

- a) Ligamentul Gimbernat
- b) Linia Malgaigne
- c) Ligamentul Cooper
- d) Funiculul spermatic
- e) Vasele epigastrice

37) CM Orificiul intern al canalului femoral este delimitat de :

- a) Vena femorală
- b) Ligamentul pectineal Cooper
- c) Ligamentul lacunar Gimbernat
- d) Ligamentul Poupart
- e) Ligamentul ombilical median

38) CM Care din următoarele reprezintă complicații ale herniilor:

- a) Flegmonul herniar
- b) Ruptura traumatică a herniei
- c) Ireductibilitatea herniei
- d) Varicocelul
- e) Strangularea

39) CM În hernia femorală la examenul obiectiv se constată:

- a) Lateral de vasele femorale, o formațiune tumorală rotundă
 - b) Voma nu ușurează starea generală
 - c) Lateral pulsația arterei femorale
 - d) Formațiunea tumorală poate fi încarcerată
 - e) Formațiunea tumorală poate fi dureroasă, ireductibilă
-

40) CS Hernia Rihter este o formă particulară de hernie caracterizată prin:

- a) Strangularea retrogradă a intestinului
- b) Hernierea diverticulului Meckel
- c) Hernie obturatorie
- d) Ciupirea laterală a ansei herniate
- e) Coexistența unei hernii inghinale directe cu una oblică

41) CS Apariția herniilor dobândite se datorește:

- a) Numai creșterii presiunii intraabdominale
- b) Numai scăderii rezistenței peretelui abdominal
- c) Acțiunii ambilor factori precedenți
- d) Factorului eriditar
- e) Nici una nu este corectă

42) CM Care din semnele clinice și paraclinice enumerate definesc hernia strangulată:

- a) Dureri abdominale colicative
- b) Apărare musculară în regiunea mezogastrică
- c) Oprirea tranzitului intestinal
- d) Pneumoperitoneul
- e) Imagini hidroaerice cu aspect de "tuburi de orgă"

43) CM Un tânăr de 24 ani se prezintă pentru tratamentul chirurgical al unei hernii inghinale necomplicate. La examenul fizic observăm icter al sclerelor și mărirea ficatului în volum. Atitudinea preoperatorie este:

- a) Vaccinarea pentru hepatita B
- b) Anestezie generală pentru tratamentul herniei, bolnavul fiind agitat
- c) Transfuzie de plasmă pentru a combate tulburările de coagulare
- d) Tratamentul medical înaintea tratamentului chirurgical
- e) Profilaxia cirozei alcoolice

MALADIA ULCEROASĂ

1) CS Celulele Brunner elimină un secret bogat în mucus cu un pH între 8,2 - 9,3, și sunt situate preponderent în:

- a) Cardie
- b) Duoden (regiunea bulbului și porțiunea descendentă)
- c) Partea fundică a stomacului
- d) Duoden (porțiunea orizontală inferioară și ascendentă)
- e) Partea antrală a stomacului

2) CS În etiopatogenia ulcerului gastric rolul determinant îl are următorul factor:

- a) Hiperaciditatea
- b) Factorul alimentar
- c) Factorul psihic
- d) Factorul de apărare
- e) Factorul ereditar

3) CS Semnele ce urmează: vomă repetată, puls accelerat, respirație superficială și accelerată, semne de șoc hipovolemic, temperatură ridicată, abdomen sensibil și destins, lipsa emisiei de gaze - corespund perioadei după perforație:

- a) De pseudoameliorare
- b) De șoc
- c) Peritonită difuză
- d) Perioadei care precedează perforația
- e) Perioadei de debut al bolii

4) CM Diagnosticul diferențial al ulcerului perforat este necesar de efectuat cu următoarele afecțiuni:

- a) Pancreatita acută
 - b) Apendicita acută
 - c) Pleuropneumonia pe dreapta
 - d) Tromboembolia arterei pulmonare
 - e) Sarcină extrauterină (ectopică) întreruptă
-

5) CS Care este manevra indicată în perforația ulcerului gastric la un bolnav de 40-60 ani, dacă din momentul perforației nu au trecut mai mult de 6 ore?

- a) Sutura simplă a ulcerului
 - b) Rezecția primară a stomacului
 - c) Biopsia și suturarea ulcerului procedeu Oppel
 - d) Rezecția cuneiformă a stomacului + vagotomie
 - e) Vagotomie tronculară bilaterală + suturarea simplă
-

6) CS Reacția Gregersen-Adler indică:

- a) Atenuarea durerilor la debutul hemoragiei
 - b) Hemoragie microscopică superioară
 - c) Prezența adenomului ulcerogen în pancreas
 - d) Hemoragie din rect
 - e) Hemoragie din varicele esofagiene
-

7) CS Semnul Bergman indică:

- a) Atenuarea durerilor la debutul hemoragiei
 - b) Hemoragie microscopică superioară
 - c) Prezența adenomului ulcerogen în pancreas
 - d) Hemoragie din rect
 - e) Hemoragie din varicele esofagiene
-

8) CS Situația descrisă mai jos: distensie epigastrică, vome cu caracter epizodic și tendință spre creșterea volumului lor, și cu o ușurare după ele, corespunde:

- a) Stenozei subcompensate
 - b) Stenozei compensate
 - c) Stenozei decompensate
 - d) Penetrării ulcerului gastric în pancreas
 - e) Penetrării ulcerului duodenal în pancreas
-

9) CS Cel mai des se malignizează ulcerul cu sediul:

- a) În treimea distală a stomacului
 - b) În duoden
 - c) În cardiac
 - d) În fundul stomacului
 - e) Pe curbura mica a stomacului
-

10) CM Complicațiile acute ale bolii ulceroase sunt:

- a) Perforația
 - b) Stenoza
 - c) Malignizarea
 - d) Penetrația
 - e) Hemoragia
-

11) CM În care situație este obligatorie biopsia ulcerului perforat:

- a) Ulcerul gastric 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 II cu perforație în stomac
 - e) Ulcerul duodenal calos penetrant în pancreas și asociat cu hemoragie
-

12) CS Ulcerul mediogastric conform clasificării Johnson este:

- a) Nu se încadrează în această clasificare
 - b) Se încadrează în clasificare în caz de malignizare
 - c) Tipul I
 - d) Tipul II
 - e) Tipul III
-

13) CS Semnul Kussmaul reprezintă:

- a) Flebita membrului inferior stâng în cancerul gastric
 - b) Tulburările metabolice în stenoza pilorică decompensată
 - c) Contractura musculară în ulcerul duodenal perforat
 - d) Prezența undelor peristaltice ale stomacului în stenoza pilorică ulceroasă
 - e) Adenopatie supraclaviculară pe stânga
-

14) CS Care din intervențiile chirurgicale pe stomac în boala ulceroasă se complică cel mai rar cu diaree?

- a) Vagotomia selectivă
 - b) Vagotomia tronculară
 - c) Rezecția stomacului procedeul Balfour
 - d) Rezecția stomacului procedeul Billroth-I
 - e) Vagotomia tronculară cu operație de drenaj tip Heineke-Miculicz
-

15) CM Perforația atipică reprezintă perforația:

- a) Acoperită (protejată)
 - b) Oarbă
 - c) A peretelui posterior al duodenului
 - d) În porțiunea cardială a stomacului
 - e) În abdomenul liber
-

16) CS Care procedeu prevede utilizarea omentului pe picioruș la suturarea ulcerului perforat?

- a) Oppel
- b) Judd
- c) Braun
- d) Heineke-Miculitz
- e) Holle

17) CM Rezeecția primară nu este indicată în perforația ulcerului:

- a) Duodenal la bolnavii peste 60 ani
- b) Duodenal "mut" (fără anamneză)
- c) În asociere cu hemoragie
- d) În caz de suspjecție la malignizare
- e) La tinerii până la 30 de ani

18) CM În caz de ineficacitate a tamponamentului esofagogastric cu sonda Blakmore, la ce metodă nechirurgicală de hemostază apeleți?

- a) Beta-blocante
- b) Refrigerare gastrică
- c) Hepatoprotectoare
- d) Sclerozarea varicelor esofagiene
- e) Hemotransfuzii

19) CS Adenomul ulcerogen produce cantități mari de:

- a) Histamină
- b) Tripsină
- c) Kalicreină
- d) Gastrină
- e) Chinine

20) CS Cea mai frecventă operație de drenaj gastric asociată vagotomiei tronculare în chirurgia de urgență a bolii ulceroase este:

- a) Piloroplastia Judd
- b) Piloroplastia Finney
- c) Gastroduodenostomia Jaboulay
- d) Gastrojejunostomia
- e) Piloroplastia Heineke-Miculicz

21) CS În ulcerul duodenal se întâlnesc următoarele complicații, exceptând:

- a) Malignizarea
- b) Stenoza
- c) Hemoragia
- d) Penetrația
- e) Perforația

22) CS Cel mai caracteristic indice de laborator pentru ulcerul perforat este:

- a) Leucopenie cu deviere spre stânga
- b) Hipocloremie
- c) Anemie moderată
- d) Leucocitoză moderată (12.000 - 14.000) cu creștere în dinamică
- e) Creșterea hematocritului

23) CS Durerea în ulcerul duodenal este:

- a) Permanentă
- b) Are caracter colicativ
- c) Dependentă de alimentație
- d) Calmată de spălături gastrice
- e) Cedează în cursul nopții

24)CM Tratatamentul conservativ în sindromul Mallory-Weiss constă în efectuarea următoarelor procedee:

- a) Dieta, antacide, hemocoagulanți
- b) Terapie hormonală (corticosteroizi)
- c) Pituitrină i/v
- d) Sonda Blackmore
- e) Coagularea endoscopică

25) CM În dependență de localizarea procesului ulceros deosebim următoarele tipuri de stenoze, exceptând:

- a) Stenoza cardiei
- b) Stenoza bulbului duodenal
- c) Stenoza pilorică
- d) Stenoza postbulbară
- e) Stenoza fundică

26) CS Cel mai precoce semn al malignizării ulcerului este:

- a) Voma cu miros fetid
- b) Hematemeza
- c) Dispariția periodicității și violenței durerilor
- d) Pierderea ponderală
- e) Melena

27) CM Adenomul ulcerogen (gastrinomul) are forma unui nod chistos sau lobat de diversă consistență, care în 50% cazuri se malignizează, metastazează, și poate fi localizat în următoarele organe:

- a) Pancreas
- b) Duoden

- c) Splină
- d) Colecist
- e) Stomac

28) CM În ulcerul duodenal mai frecvent se întâlnesc următoarele complicații:

- a) Malignizarea
- b) Stenoza
- c) Hemoragia
- d) Penetrația
- e) Perforația

29) CS Cea mai informativă metodă de investigație a secreției gastrice este:

- a) Testul Hollender
- b) pH-metria
- c) Testul Kay
- d) Examenul radiologic
- e) Esofagogastroduodenoscopia

30) CS Care situații încadrează ulcerul gastric în tipul Johnson I:

- a) Ulcerele prepilorice
- b) Ulcerele corporeale pe marea curbură
- c) Ulcerele micii curburii cu ulcer duodenal evolutiv
- d) Ulcerele micii curburii cu antrum și pilor normale, având aciditate subnormală
- e) Ulcerele micii curburii asociate cu ulcere prepilorice și nivel secretor mare

31) CM Care afirmații referitoare la hemoragia digestivă superioară ulceroasă sunt adevărate:

- a) La vârstnici hemoragia digestivă superioară se stopează mai ușor decât la tineri
- b) Cel mai important este de a diferenția hemoragia ulceroasă de hemoragia din varicele esofagogastrice
- c) Se așteaptă 48 ore efectuând hemostaza medicală
- d) Se operează după 48 ore pentru a reduce mortalitatea
- e) Sursa hemoragiei este situată până la joncțiunea duodeno-jejunală

32) CM Sindromul Mallory-Weiss este favorizat de următorii factori:

- a) Abuz de alcool și alimente
- b) Creșterea neașteptată a presiunii intraabdominale
- c) Vomă repetată violentă
- d) Tuse insistente
- e) Utilizarea aspirinei, steroizilor, anticoagulanților

33) CS Vomele sunt mai frecvente în:

- a) Stenoza compensată

- b) Stenoza decompensată
 - c) Ulcerul duodenal penetrant în pancreas
 - d) Ulcerul perforat duodenal asociat cu hemoragie
 - e) Stenoza subcompensată
-

34) CS Cea mai eficace metodă de depistare a ulcerului malignizat este:

- a) Radioscopia stomacului cu contrastare dublă
 - b) Anamneza și starea clinică
 - c) Fibrogastroscoopia
 - d) Reacția Gregersen-Adler
 - e) Tomografia computerizată
-

35) CS În cazul unui bolnav de 45 ani cu o anamneză îndelungată de ulcer duodenal refractar la terapia medicamentoasă, cu prevalarea testului 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
-

36) CM Care dintre următoarele măsuri terapeutice nu pot fi folosite în hemoragia superioară în ciroza hepatică cu varice esofagiene complicate cu hemoragie?

- a) Vagotomia supraselectivă
 - b) Hemostaza endoscopică
 - c) Ligaturarea trunchiului celiac
 - d) Sonda Sengstaken-Blackmore
 - e) Administrarea de pituitrină i/v
-

37) CS Semnele enumerate mai jos: durere abdominală intensă în epigastru, înfățișare anxioasă, pupile dilatate, transpirații reci, respirație superficială, simptomul Eleker prezent, poziție antalgică forțată - corespund perioadei după perforație:

- a) Peste 12 ore de la asocierea perforației cu hemoragie
 - b) Primelor 6 ore de la perforația retroperitoneală a ulcerului duodenal
 - c) Prima (primele 4-6 ore)
 - d) A doua (următoarele 4-6 ore)
 - e) A treia (peste 12 ore după debut)
-

38) CS Metoda conservativă de tratament al ulcerului perforat se reduce la aspirația nazogastrică, aplicarea antibioticelor cu spectru larg de acțiune, corecția dereglărilor hidroelectrolitice, și se impune în cazurile când lipsesc condițiile pentru intervenție chirurgicală, sau când bolnavul și rudele refuză categoric operația. Acest procedeu a fost propus de către:

- a) Billroth (1881)
- b) Pierandozzi (1960)
- c) Dragstedt (1960)

- d) Taylor (1946)
- e) Braun (1892)

39) CS Activitatea hemoragiei digestive superioare determină tactica chirurgicală și este apreciată în rezultatul examenului:

- a) Clinic
- b) De laborator
- c) Radiologic
- d) Endoscopic
- e) Laparoscopic

40) CS Fibroesofagogastroscoopia evidențiază varice esofagiene gr. III care sângerează, mucoasa gastrică fără ulcerații. La ce metodă de hemostază apeleți mai întâi?

- a) Ligaturarea varicelor esofagiene
- b) Rezecția esofagului inferior cu anastomoza esofagogastrică (operația Tanner)
- c) Tamponament cu sonda Blackmore + pituitrină i/v
- d) Deconexiune azigoportală
- e) Anastomoză splenorenală

41) CM Sindromul Zollinger-Ellison este caracterizat de următoarele semne:

- a) Creșterea secreției bazale nocturne
- b) Constipație
- c) Vome abundente, frecvente și cu caracter acid
- d) Hemoragii digestive superioare frecvente
- e) Durere epigastrică intensă, continuă, cu crize nocturne

42) CS Montajul Pean-Billroth-I în rezecția gastrică constă în:

- a) Anastomoză gastroduodenală termino-terminală cu îngustarea tranșei de susținere din partea curburii mici
- b) Anastomoză gastrojejunală termino-laterală
- c) Anastomoză gastrojejunală în "Y"
- d) Anastomoză gastroduodenală latero-laterală
- e) Anastomoză gastroduodenală termino-laterală

43) CS Marcați cel mai important semn al dehiscentei anastomozei gastroduodenale și a tranșei suturate:

- a) Dureri pronunțate în epigastru
- b) Vomă și grețuri
- c) Febră și frison
- d) Eliminarea prin drenurile din abdomen a albastrului de metilen introdus în stomac
- e) Contractură musculară în epigastru

44) CM Hemoragiile postoperatorii pot avea loc atât în tractul digestiv (2% din lotul rezecțiilor gastrice), cât și în cavitatea abdominală. Terapia conservativă (acid aminocapronic 5% + adrenalina)

0,1% - 1 ml; vicasol; CaCl 10%; decinon; plasmă congelată; crioprecipitat; transfuzii de sânge) este mai frecvent indicată în:

- a) Nici una din ele
- b) În ambele cazuri
- c) În cele din tractul digestiv
- d) În cele intraabdominale
- e) În hemoragiile din ulcerele acute

45) CS Cea mai frecventă cauză a tulburărilor mecanice de evacuare după rezecția gastrică este:

- a) Poziția necorespunzătoare a ansei anastomozate
- b) O hernie transmezocolică datorită unei fixări incorecte a breșei mezocolice
- c) Cicatrizarea anastomozei
- d) Anastomozita
- e) Gastroplegia

46) CS Anastomozita mai frecvent apare în perioada postoperatorie precoce după rezecția gastrică Billroth-I, având ca cauză factorul microbial, trauma țesuturilor, materialul de sutură (catgutul), procesul alergic, etc.). Semnele majore - dureri epigastrice și vărsături abundente apar în zilele:

- a) 1-2 zi
- b) 2-3 zi
- c) 4 - 5 zi
- d) 6 - 7 zi
- e) 7 - 10 zi

47) CM Faza cefalică a secreției gastrice este stimulată de următorii factori:

- a) Distensia gastrică fundică și antrală
- b) Vederea, mirosul și palparea alimentelor
- c) Masticăția și salivația
- d) Deglutiția
- e) Insulină

48) CS Dispariția matității hepatice se depistează în majoritatea cazurilor de ulcer perforat, și poate fi confundată cu unul din următoarele semne:

- a) Mandel-Razdolskii
- b) Celoditi
- c) Kulencampf
- d) Vighiato
- e) Iudin

49) CS Cel mai informativ procedeu în depistarea ulcerului perforat este:

- a) Gastrografia cu contrast în ortostatism
- b) Pneumogastrografia
- c) Radiografia de ansamblu a abdomenului

- d) Laparoscopia
- e) Gastrografia cu contrast în decubit lateral

50) CM În tratamentul ulcerului gastric perforat în funcție de situația morfopatologică reală se utilizează următoarele procedee:

- a) Rezecție gastrică primară
- b) Sutura ulcerală
- c) Vagotomie tronculară și suturarea ulcerului
- d) Vagotomie selectivă proximală și suturarea ulcerului
- e) Rezecție cuneiformă a stomacului

51) CM Tratamentul chirurgical al sindromului Mallory-Weiss se aplică când epuizează cel conservativ, și se reduce la următoarele procedee:

- a) Sutura mucoasei și submucoasei
- b) Ligaturarea arterei coronare (artera gastrica sinistra)
- c) Rezecția gastrică distală
- d) Sutura mucoasei și submucoasei + ligaturarea arterei coronare
- e) Rezecția gastrică proximală

52) CS Ulcerul gastric se rezolvă chirurgical:

- a) Imediat după ce a fost depistat
- b) După prima hemoragie
- c) La primele semne de malignizare
- d) După eșecul terapiei medicamentoase timp de 1-2 luni
- e) Numai în caz de perforație

53) CS Proba (testul) Hollender presupune administrarea a 2 unități de insulină la 10 kg masă a corpului i/m cu preluarea a 8 eșantioane (peste fiecare 15 min.) de suc gastric, apreciindu-se ulterior faza secreției:

- a) Nocturne
- b) Bazale
- c) Intestinale
- d) Cefalice
- e) Hormonale (gastrice)

54) CS Semnele ce urmează: parestezii, halucinații, uneori tetanie, în sânge - alcaloză metabolică, asociată cu hipocloremie, hiponatriemie, hipocaliemie, azotemie extrarenală la un bolnav care prezintă cașexie, vome rare, abundente, mărturisesc de:

- a) Ocluzie intestinală tardivă
 - b) Sindromul Zollinger-Ellison
 - c) Șoc hemoragic
 - d) Insuficiență renală cronică
 - e) Stenoza pilorică decompensată
-

55) CS Cea mai frecventă complicație, care poate apărea după rezecția gastrică cu montaj în Billroth-II este:

- a) Tromboza venei porte
 - b) Fistula de bont duodenal
 - c) Sepsisul
 - d) Hernia retroanastomotică
 - e) Hemoragia din bontul duodenal
-

56) CS Simptomul Kulencampf este caracteristic perioadei a II după perforație, și prezintă:

- 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 pumnal"
-

57) CS Pierderea a 1000-1500 ml sânge (30% din volumul circulant sangvin) caracterizează:

- a) Hemoragia digestivă ocultă
 - b) Hemoragia digestivă superioară mică
 - c) Hemoragia digestivă superioară medie
 - d) Hemoragia digestivă superioară masivă
 - e) Hemoragia digestivă cataclizmică
-

58) CM Factorii patogeni primordiali în ulcerul gastro-duodenal sunt:

- a) Hiperaciditatea
 - b) Diminuarea rezistenței mucoasei gastro-duodenale
 - c) Factorul psihic (stresul)
 - d) Hipermotilitatea gastro-duodenală
 - e) Prezența *Helicobacter pylori*
-

59) CM Penumoperitoneumul radiologic se întâlnește în:

- a) Perforația apendiculară
 - b) Perforația gastroduodenală
 - c) Perforația colonului
 - d) Perforația colecistului
 - e) Perforațiile vezicii urinare
-

60) CM Examenul obiectiv în ulcerul gastroduodenal necomplicat relevă:

- a) Clapotaj epigastric
 - b) Tumoră epigastrică
 - c) Durere epigastrică la palpare
 - d) Defans muscular
 - e) În fazele de acalmie examenul obiectiv este negativ
-

61) CM Perforația ulcerului 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
-

62) CM Tabloul clinic al ulcerului duodenal perforat în faza a III-ea de evoluție este dominat de:

- a) Abdomenul "de lemn"
 - b) Distensie abdominală
 - c) Hemoragie digestivă superioară
 - d) Șocul septic
 - e) Dureri în hipocondrul drept
-

63) CM Sutura simplă a ulcerului perforat este indicată în:

- a) Ulcerul gastric calos perforat
 - b) Ulcerul acut medicamentos perforat
 - c) Ulcerul duodenal perforat cu peritonită severă și șoc toxico-septic
 - d) Ulcerul de stres perforat
 - e) Sindromul de concomitență hemoragie-perforație
-

64) CM Efectul vagal asupra secreției gastrice este:

- 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) Nu influențează secreția de HCl
-

65) CM În tratamentul ulcerului duodenal hemoragic se poate practica:

- a) Sutura ulcerului hemoragic
 - b) Vagotomia tronculară cu excizia ulcerului și piloroplastie
 - c) Vagotomia supraselectivă cu excizia ulcerului și duodenoplastie
 - d) Rezecția gastrică "la excludere"
 - e) Antrumrezecția Rechel-Polya
-

66) CM În tratamentul hemoragiilor din venele dilatate ale esofagului sunt recomandate următoarele remedii:

- a) Sânge proaspăt
- b) Masă trombocitară
- c) Sânge conservat
- d) Albumină

e) Plasmă proaspăt congelată

67) CM Sonda Bleckmore se aplică în caz de:

- a) Ulcer gastric subcardial hemoragic
 - b) Hemoragie din varicele esofagiene
 - c) Sindromul Mallory-Weiss
 - d) Esofagită peptică
 - e) Reflux gastro-esofagian
-

68) CM Care dintre afecțiunile mai jos enumerate se pot complica cu ulcer de stres?

- a) Arsurile grave
 - b) Fibroza pulmonară
 - c) Politraumatismele severe
 - d) Ingestia cronică de aspirină
 - e) Sepsisul
-

69) CM Ulcerul gastric Johnson I cuprinde următoarele dintre localizări, cu excepția:

- a) Ulcerelor prepilorice
 - b) Ulcerelor acute
 - c) Ulcerelor micii curburi, având aciditate subnormală
 - d) Ulcerelor micii curburi cu ulcer duodenal evolutiv
 - e) Ulcerelor micii curburi cu localizare în unghiul gastric
-

70) CM Care dintre procedeele chirurgicale pot fi variante adecvate de corecție chirurgicală în ulcerul gastric Johnson I?

- a) Rezeția gastrică 2/3
 - b) Rezeția mediogastrală
 - c) Vagotomia tronculară asociată cu excizia ulcerului
 - d) Vagotomia selectivă și piloroplastia
 - e) Antrumectomia și vagotomia tronculară
-

71) CM Indicați semnele radiologice ale ulcerului gastric:

- 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
-

72) CM Care dintre următoarele semne radiologice pledează pentru stenoza piloroduodenală?

- a) Prezența nișei în unghiul gastric
- b) Dimensiuni mărite ale stomacului până la intrarea în bazin
- c) Reținerea masei de contrast în stomac peste 12 ore
- d) Reținerea masei de contrast în stomac peste 24 ore
- e) Refluxul duodeno-gastric

73) CM Sindromul Mallory-Weiss este prezentat de:

- 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
-

74) CM Vagotomia gastrică selectivă presupune:

- a) Secționarea nervilor vagi pe cale toracică
 - b) Păstrarea ramurilor vagale pentru ficat
 - c) Asocierea unei metode de drenaj gastric
 - d) Păstrarea ramurilor Letarjet
 - e) Păstrarea ramurilor criminale Grassi
-

75) CM Indicațiile către tratamentul chirurgical al ulcerului duodenal sunt:

- a) Perforația
 - b) Stenoza
 - c) Ulcerul evolutiv în acutizare
 - d) Hemoragia ulceroasă Forrest IIB
 - e) Hemoragia ulceroasă Forrest IA cu hemostază endoscopică nereusită
-

76) CM Sindromul Darrow din stenoza pilorică ulceroasă decompensată se caracterizează prin:

- a) Acidoză metabolică
 - b) Hipokaliemie, hipocloremie
 - c) Hiperpotasemie
 - d) Hiperazotemie
 - e) Alcaloză metabolică
-

77) CM Triada Mondor în ulcerul duodenal perforat include:

- a) Durere epigastrică violentă
 - b) Contractură musculară abdominală
 - c) Hiperestezie cutanată
 - d) Pneumoperitoneum
 - e) Antecedente ulceroase
-

78) CM În tratamentul ulcerului duodenal perforat se poate practica:

- a) Sutura simplă
- b) Rezecția cuneiformă a stomacului
- c) Excizia ulcerului, vagotomie și piloroplastie
- d) Vagotomie selectivă proximală și sutura ulcerului perforat

e) Rezecție "la excludere"

79) CM Sutura simplă al ulcerului perforat este indicată în:

- a) Ulcerul gastric calos
- b) Ulcerele perforate acute medicamentoase
- c) Ulcerul duodenal perforat cu peritonită toxică
- d) Asocierea hemoragie-perforație
- e) Ulcerul perforat de stres

80) CM Un pacient de 24 de ani cu anamneză ulceroasă, care prezintă durere epigastrică violentă, este examinat peste 1 oră de la debutul bolii. Care alte semne clinice pledează pentru o perforație în peritoneul liber?

- a) Apărare musculară în epigastru și fosa ilacă dreaptă, care se generalizează la palpare
- b) Febră
- c) Tahicardie
- d) Respirație superficială
- e) Vome multiple

81) CS Notați rezecția cea mai frecvent utilizată în tratamentul maladiei ulceroase:

- a) Rezecția procedeul Billroth II
- b) Rezecția procedeul Billroth I
- c) Excizia-rezecția (tehnica Madlender)
- d) Excizia-rezecția (tehnica Finsterer, Wilmans, Plenk)
- e) Rezecția subtotală

82) CS Cauza cea mai frecventă a unei hemoragii digestive superioare este:

- a) Ulcerul gastric
- b) Ulcerul duodenal
- c) Gastrita erozivă
- d) Cancerul gastric
- e) Sindromul Mallory-Weiss

83) CM În ulcerul perforat la percuția abdomenului se poate depista:

- a) Disparița matității hepatice
- b) Sindromul Chilaiditi
- c) Apariția matității în spațiul parieto+colic din dreapta
- d) Semnul Mendel
- e) Clapotaj în epigastru

84) CM Ce afirmații privind stadiul de stenoză subcompensată sunt corecte:

- a) Vome abundente zilnic
- b) Voma nu ușurează starea generală

- c) La examenul obiectiv se poate decela clapotaj în epigastru
 - d) Sondajul efectuat pe “gol” depistează o cantitate mare de conținut stomacal
 - e) Astenie generală și pierderea ponderală
-

85) CM Indicațiile absolute ale tratamentului chirurgical în ulcer sunt:

- a) Ulcer gastric cu suspiciune de malignizare
 - b) Ulcer gastric calos
 - c) Ulcer complicat cu hemoragie gravă la vârsta de peste 60 ani
 - d) Ulcerul perforat acoperit
 - e) Ulcerul duodenal recidivant
-

86) CS Prezența indurației în jurul ulcerului caracterizează:

- a) Ulcerul gastroduodenal (UGD) acut
- b) UGD cronic
- c) UGD acut perforat
- d) UGD acut hemoragic
- e) Nici una din afirmații nu este corectă

87) CS Ulcerațiile acute gastroduodenale se întâlnesc în următoarele situații, exceptând :

- a) Arsurile intense
- b) Corticoterapie
- c) Ingestie de aspirină
- d) Leziuni ale sistemului nervos central
- e) Administrarea de peniciline

88) CS Fistula externă după chirurgia ulcerului gastro-duodenală este consecința:

- a) Stenozei organice precoce
- b) Edemului gurii de anastomoză
- c) Atoniei gastrice
- d) Dehiscentei anastomozei
- e) Nici una din afirmații nu este corectă

89) CS Diagnosticul diferențial dintre ulcerul duodenal perforat și ocluzia intestinală se bazează pe următoarele elemente:

- a) Prezența durerilor abdominale
- b) Absența tranzitului intestinal
- c) Leucocitoză
- d) Retenția azotată
- e) Radiografie abdominală pe gol

90) CS În ulcerul gastric subcardial diagnosticul mai frecvent este stabilit pe baza:

- a) Tabloului clinic
- b) Radiografiei abdominale
- c) Chimismul gastric
- d) Endoscopiei gastrice
- e) Ph-metriei

91) CS Foamea dureroasă este caracteristică pentru:

- a) Ulcerul duodenal
- b) Ulcerul gastric
- c) Hernie hiatală
- d) Colecistită cronică litiazică
- e) Pancreatită cronică

92) CS Localizarea ulcerului gastric este cea mai frecventă la nivelul:

- a) Peretelui anterior
- b) Peretelui posterior
- c) Curburii mari
- d) Pilorului
- e) Curburii mici

93) CM Care din următoarele măsuri terapeutice pot fi folosite în hemoragia digestivă superioară (HDS) din ciroza hepatică cu varice esofagiene rupte?

- a) Administrarea de Sol. Vicasol
- b) Hemostaza endoscopică
- c) Ligaturarea trunchiului celiac
- d) Aplicarea sondei Blakemore
- e) Efectuarea vagotomiei supraselective

94) CM În tabloul clinic al unui ulcer duodenal perforat în peritoneul liber se întâlnesc următoarele semne:

- a) Vărsăturile
- b) Meteorismul epigastric
- c) Contractura abdominală
- d) Dispariția matității hepatice
- e) Spațiul Douglas suplu, nedureros la examinare

95) CM Prezența aerului liber sub cupolele diafragmatice pe o radiografie abdominală pe gol efectuată în ortostatism pledează pentru:

- a) Ulcer gastric perforat
- b) Ileus biliar
- c) Sindromul de concomitență hemoragie-perforație
- d) Colecistită acută perforativă
- e) Ulcer duodenal perforat

96) CM Numiți cele trei cauze frecvente de hemoragie digestivă superioară?

- a) Sindromu Mallory-Weiss
- b) Hemobilia
- c) Ulcerul duodenal
- d) Cancerul gastric
- e) Varicele esofagiene din sindromul de hipertensiune portală

97) CM Care sunt primele trei cauze ale hemoragiei digestive superioare HDS în Republica Moldova?

- a) Sindromul Mallory-Weiss
- b) Cancerul gastric
- c) Ulcerul gastric
- d) Ulcerul duodenal
- e) hemoragia din varicele esofagiene în ciroza hepatică

98) CM Indicațiile pentru tratamentul chirurgical al ulcerului gastro-duodenal sunt :

- a) Ulcerul duodenal care nu mai răspunde la tratamentul medicamentos
- b) Stenoza pilorică decompensată
- c) Ulcerul gastro-duodenal perforat
- d) Ulcer duodenal postbulbar
- e) Ulcer gastro-duodenal hemoragic

99) CM Ulcerul duodenal acut evoluează spre:

- a) Stenoză
- b) Vindecare and integrum
- c) Penetrație
- d) Perforație
- e) Sângerare

100) CS Dintre următoarele teste diagnostice pentru depistarea *Helicobacter pylori*, unul poate fi folosit pentru monitorizarea terapiei. Selectați:

- a) Măsurarea ureeazei prin respirație
- b) Biopsie
- c) Histologie
- d) Cultură
- e) Serologic

101) CM Valoarea endoscopiei digestive superioare în diagnosticul ulcerului duodenal rezidă în:

- a) Detectează ulcerele suspectate în absența imaginilor radiologice diagnostice
- b) Identifică ulcerul ca fiind sursa unei hemoragii gastro-intestinale active
- c) Este metoda inițială cea mai frecvent utilizată în stabilirea diagnosticului
- d) Identifică ulcerele prea mici sau prea superficiale pentru a putea fi detectate radiologic

e) Edifică privind activitatea ulcerului detectat radiologic

102) CM Următoarele caractere ale durerii epigastrice sunt sugestive pentru ulcerul duodenal:

- a) Apare la 90 min - 3 ore după masă
- b) Are caracter de arsură
- c) Nu apare niciodată noaptea
- d) Se ameliorează după masă
- e) Poate persista maxim 48 ore

103) CS În etiopatogenia ulcerului peptic sunt considerați importanți următorii factori, cu excepția:

- a) Dezechilibrul între factorii agresivi și cei de protecție a mucoasei
- b) Infecția cu *Helicobacter Pylori*
- c) Antiinflamatoriile nesteroidiene
- d) Hipergastrinemia
- e) Hipertiroidia

104) CM Medicația antisecretorie folosită în tratamentul maladiei ulceroase cuprinde:

- a) Antiacide
- b) Sucralfat
- c) Inhibitorii pompei de protoni
- d) Antihistaminicele H₂
- e) Prostoglandinele seriei E

105) CS În cazul unei hemoragii digestive superioare care este cantitatea minimă de sânge a cărei prezență în tubul digestiv va determina apariția scaunului melenic?

- a) Minim 50 ml de sânge
- b) Sângerări de peste 1000 ml
- c) Aproximativ 100-200 ml de sânge
- d) Aproximativ 250 ml sânge
- e) Aproximativ 500 ml sânge

106) CM În aprecierea gravității unei hemoragii digestive superioare (HDS) următoarele elemente din clasificarea lui Orfanidi sunt adevărate:

- a) HDS de gravitate medie reprezintă o pierdere de 500 - 1000 ml de sânge
- b) HDS cataclismică înseamnă o pierdere de 2000-3000 ml sânge
- c) În HDS minima valoarea hematocritului este de peste 35%
- d) În HDS medie indicele Algover este > 1
- e) În HDS foarte gravă indicele Puls/TA este $> 1,5$

107) CM Care dintre următoarele metode endoscopice pot fi utile în hemoragia digestivă superioară?

- a) Electro-, termo-, sau foto-coagularea ulcerelor hemoragice
- b) Injectare locală de alcool în ulcerele hemoragice
- c) Sclerizarea varicelor esofagiene rupte
- d) Ligatura cu benzi elastice a varicelor esofagiene rupte
- e) Injectare locală de adrenalină în ulcerele hemoragice

108) CS Care dintre următoarele preparate medicamentoase utilizate pentru eradicarea infecției cu *Helicobacter Pylori* la pacienții ulceroși poate determina ca reacție adversă colita pseudomembranoasă:

- a) Metronidazolul
- b) Amoxicilina
- c) Tetraciclina
- d) Subsalicilatul de bismut
- e) Inhibitorii de pompă de protoni

109) Intrebarea CS Care dintre următoarele afecțiuni nu sunt cauza unei hemoragii digestive superioare:

- a) Tumorile benigne esofagiene
- b) Diverticuli gastrici
- c) Volvulusul gastric
- d) Angiodisplaziile duodenale
- e) Tumorile ampulei Vater

110) CS Hematemeza este urmată întotdeauna de :

- a) Hematochezie
- b) Hemoptizie
- c) Melenă
- d) Rectoragie
- e) Metroragie

111) CM Hemoragia digestivă superioară se poate exterioriza prin:

- a) Melenă
- b) Rectoragie
- c) Hemoptizie
- d) Hematochezie
- e) Hematemeză

112) CM Melena poate fi întâlnită în unele din următoarele situații:

- a) Sângerare la nivelul stomacului
- b) Sângerare la nivelul jejunului
- c) Sângerare la nivelul rectului
- d) Sânge deglutit în afecțiunile oro-faringiene
- e) Sângerare la nivelul colonului sigmoid

113) CM Care dintre următoarele enunțuri constituie indicații în vederea intervenției chirurgicale de urgență la un pacient cu hemoragie digestivă superioară:

- a) Hemoragii grave de la început, când se pierde rapid peste 30% din cantitatea totală de sânge
- b) Hemoragii medii care se repetă la interval de o săptămână
- c) Hemoragii care nu se stopează printr-un tratament conservativ corect

- d) Hemoragii în care stabilitatea hemodinamică nu se obține sau se obține pentru o scurtă durată
- e) Vârsta pacienților de peste 60 ani

114) CS Precizați care din următoarele afirmații referitoare la hemoragia ocultă este falsă:

- a) Se depistează prin intermediul tesutului pentru hemoglobinperoxidaza
- b) Ingestia de vitamina C de peste 500 g/zi provoacă întotdeauna un test fals pozitiv
- c) Pacienții necesită a fi testați în timpul unei diete cu multe fibre și puțină carne
- d) O doză zilnică de 80-325 mg de aspirină nu duce în general la rezultate fals pozitive
- e) Testul pentru depistarea hemoragiilor oculte e propus de rutină la pacienții de peste 50 ani

115) CM Care sunt cele mai frecvente cauze ale hemoragiei gastrointestinale superioare acute:

- a) Ulcerul gastric
- b) Sindromul Mallory-Weiss
- c) Gastropatia erozivă, hemoragică
- d) Hamartomul
- e) Boala anorectală

116) CM Menționați care din următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) Cea mai comună abordare pentru oprirea sângerării varicelor esofagiene era până nu demult scleroterapia
- b) Ca adjuvant în controlul sângerării variceale pot fi folosite vasopresina și nitroglicerina intravenos
- c) Principalii agenți sclerozanți sunt etanolamina de sodiu și etanolul absolut
- d) Ligatura varicelor esofagiene prin bandare are un risc mai mare de toxicitate sistemică decât scleroterapia
- e) Tamponada cu balon cu tub Blakemore se utilizează în cazul în care măsurile endoscopice și farmacologice eșuează în stoparea sângerării

117) CM În ceea ce privește conduita diagnostică și terapeutică în cazul hemoragiei gastrointestinale superioare acute, care din următoarele afirmații sunt false :

- a) Un aspirat nasogastric inițial clar sau bilios sugerează o sângerare activă curentă
- b) Gastropatia erozivă sau hemoragică e de obicei accesibilă terapiei endoscopice
- c) Sângerarea provocată de AINS (antiinflamatoriile 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 prin tubul nasogastric de sânge în zaț de cafea necesită lavaj gastric

118) CS Antibioticele utilizate pentru combaterea infecției cu H.Pylori nu includ:

- a) Metronidazolul
- b) Tetraciclina
- c) Claritromicina
- d) Amoxicilina
- e) Streptomina

119) CM Care din următorii factori au fost asociați cu o incidență crescută a ulcerului duodenal :

- a) Rudele de gradul întâi ale pacienților cu ulcer duodenal
- b) Grupa sanguină A2
- c) Boala pulmonară cronică obstructivă
- d) Pacienți cu insuficiență renală cronică
- e) Hipoparatiroidismul

120) CM Care din următoarele elemente caracterizează durerea din ulcerul duodenal:

- a) Este accentuată de ingestia de alimente
- b) Durerea apare până la aproximativ 60 min după masă
- c) Diminuează la administrarea de antiacide
- d) La 10% din pacienți este localizată în partea dreaptă a regiunii epigastrale
- e) Episoadele dureroase pot persista de la câteva zile până la săptămâni sau luni

121) CM Despre ulcerul cu localizare pilorică sunt adevărate următoarele afirmații:

- a) Generează frecvent o simptomatologie asemănătoare ulcerelor duodenale
- b) Simptomele răspund bine la ingestia de alimente
- c) Răspund mai puțin la administrarea de antiacide
- d) Pot determina vărsături secundare obstrucției canalului piloric
- e) Intervenția chirurgicală este mai puțin necesară decât la un ulcer al bulbului duodenal

122) CS Conform clasificării Orfanidi, o hemoragie digestivă superioară mare se caracterizează prin :

- a) Pierdere de sânge de 2000-3000 ml
- b) Pierdere de sânge de 1500-2000ml
- c) Pierdere de sânge de 2000-3000 ml
- d) Pierdere de sânge mai mică de 500 ml
- e) Viteza și volumul pierderilor de sânge duc rapid la deces, înainte de a se putea interveni terapeutic

123) CS Cea mai răspândită și mai rapidă metodă de depistare a sursei hemoragiei digestive superioare este :

- a) Scanarea cu radioizotopi
- b) Explorarea intraoperatorie
- c) Tranzitul baritat esogastro-duodenal
- d) Examenul endoscopic
- e) Angiografia selectivă

124) CM Un tratament eficient de reechilibrare a unei hemoragii digestive superioare poate fi apreciat prin:

- a) Determinarea hemoglobinei și hematocritului în dinamică
- b) Menținerea tensiunii arteriale peste 100 mmHg
- c) Menținerea pulsului peste 100 bătăi/minut

- d) Tehnica cu hematii marcate
- e) Diluția albuminelor radioactive

125) CM Într-o hemoragie digestivă superioară la un pacient cu ciroză hepatică, investigațiile de laborator pot reda:

- a) Hiperamoniemie
- b) Anemie
- c) Hiperglicemie
- d) Hipoalbuminemie
- e) Hipoprotrombinemie

126) CS Indicațiile tratamentului chirurgical în hemoragiile digestive superioare sunt următoarele, cu excepția:

- a) Hemoragia care nu se stopează după injectare de vasopresină
- b) Hemoragia gravă la care sângerarea continuă cu mai mult de 400 ml în 8 ore
- c) Hemoragia are necesită transfuzia a mai mult de 1,5 l în cursul reuscitării
- d) Ulcerele cu fistula vasculară
- e) Pierderi între 500-1000 ml. cu AV mai mare de 100

127) CM În ceea ce privește aspectul radiologic al ulcerelor gastrice, următoarele afirmații sunt adevărate :

- 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

128) CM Ce afirmații sunt adevărate în ceea ce privește ulcerul gastric ?

- a) Durerea epigastrică constituie simptomul cel mai frecvent întâlnit
- b) Durerea este întotdeauna calmată de ingestia de alimente
- c) Grețea și vărsăturile pot apărea și în absența obstrucției mecanice
- d) Scăderea ponderală apare doar în ulcerele maligne
- e) Hemoragia constituie o complicație comună a ulcerului gastric

129) CM Ce afirmații sunt corecte în ceea ce privește Helicobacter Pylori?

- a) Este un bacil spiralat, microaerofilic, Gram negativ
- b) Invadează mucoasa gastrică
- c) Produce o varietate de proteine ce par să medieze sau să faciliteze efectele sale agresive asupra mucoasei gastrice
- d) Activează monocitele care exprimă HLA-DR și receptorii pentru interleukina 2 pe suprafața lor
- e) Produce o adezină ce facilitează atașarea sa de celulele epiteliale gastrice

130) CM În ceea ce privește utilizarea inhibitorilor de pompă protonică, ce afirmații sunt corecte ?

- 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 pe o perioadă de 4 până la 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

131) CM Acțiunea prostoglandinelor se realizează prin :

- a) Stimularea secreției de mucus gastric
- b) Stimularea secreției gastrice și duodenale de bicarbonat
- c) Stimularea regenerării celulelor mucoasei
- d) Reducerea fluxului sanguin gastric
- e) Menținerea barierei gastrice împotriva retrodifuziunii ionilor de hidrogen

132) CM Complicațiile evolutive ale ulcerului gastric sunt:

- a) Stenoza
- b) Hemoragia
- c) Malignizarea
- d) Volvulusul
- e) Invaginația

133) CM Indicații obiectivele tratamentului chirurgical în ulcerul gastric:

- a) Înlăturarea ulcerului
- b) Întreruperea lanțului patogenic
- c) Hemostaza
- d) Devolvularea
- e) Restabilirea circuitului digestiv

134) CS În aprecierea gravității hemoragiilor digestive superioare următorii parametri sunt importanți, cu excepția :

- a) Hemodinamicii
- b) Terenului biologic
- c) Recidivei hemoragiei
- d) Presiunii parțiale a oxigenului
- e) Criteriilor endoscopice de gravitate

135) CS Indicațiile tratamentului chirurgical în hemoragiile digestive superioare sunt următoarele, cu excepția :

- a) Hemoragia cataclismică
- b) Gastrita cronică
- c) Hemoragia care nu se stopează prin tratament medicamentos
- d) Pacienții care refuză transfuziile
- e) Pacienții cu grupa sangvină rară

136) CM Care următoarele afecțiuni sunt cauze ale hemoragiei digestive superioare :

- a) Esofagita erozivă
- b) Boala Menetrier
- c) Hernia hiatală
- d) Tromboza arterei splenice
- e) Apendicita perforativă

137) CS În ulcerul duodenal, perforația în peritoneul liber se produce 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

138) CS În ulcerul duodenal, elementul clinic dominant este :

- a) Hematemeza
- b) Grețurile
- c) Vărsăturile
- d) Durerea
- e) Tenesmele

139) CM Indicațiile tratamentului chirurgical în ulcerul duodenal sunt :

- a) Ulcerul complicat
- b) Ulcerul rezistent la tratamentul medicamentos
- c) Ulcerul cicatrizat
- d) Obezitatea
- e) Ciroza hepatică

140) CM Tipurile de vagotomie practicate în chirurgia ulcerului gastro-duodenal sunt :

- a) Nici un răspuns nu este corect
- b) Vagotomia tronculară
- c) Vagotomia microscopică
- d) Vagotomia selectivă
- e) Vagotomia supraselectivă

141) CM caracterizați ulcerul 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 2-3 de vârstă
- e) Se poate maligniza

142) CM Patogenia ulcerului gastric constă din :

- a) Alterarea barierei celulare gastrice
- b) Hiperaciditate
- c) Reflux alcalin
- d) Esofagită peptică
- e) Prezența Helicobacter pilori

1430 CS Hematochezia este :

- a) Scaun negru
- b) Vărsătura cu sânge digerat
- c) Expectoratie cu sânge proaspăt
- d) Exteriorizare de sânge proaspăt și cheaguri pe cale rectală
- e) Vărsătura cu sânge proaspăt

144) CM În raport cu profunzimea leziunii Montier clasifică ulcerele de stress în :

- a) Abraziuni
- b) Ischemii
- c) Ragade
- d) Eroziuni
- e) Ulcerații

145) CM Despre ulcerul gastric, din punct de vedere epidemiologic, se pot afirma următoarele :

- a) Este mai frecvent decât cel duodenal
- b) Se întâlnește cu o frecvență maximă dincolo de decada V de viață
- c) Este mai frecvent la bărbați
- d) Este mai puțin frecvent decât ulcerul duodenal
- e) Are o incidență egală la ambele sexe

146) CS Indicați soluția obișnuită pentru rezolvarea unei plăgi gastrice:

- a) Sutura simplă
- b) Sutura cu epiplonoplastie și drenaj
- c) Gastrectomia
- d) Aplicarea gastroenteroanastomozii
- e) Vagotomia

147) CM Evolutiv, ulcerul gastric poate avea următoarele forme :

- a) Eroziunea gastrică
- b) Exulcerația gastrică
- c) Ulcerul gastric multiplu
- d) Ulcerul acut

e) Ulcerul cronic

148) CS Semnul major al bolii ulceroase gastrice este :

- a) Vărsătura
- b) Pirozismul
- c) Hemoragia
- d) Durerea
- e) Arsurile postprandiale

149) CM Următoarele afirmații referitoare la clasificarea Orfanidi sunt adevărate :

- a) În hemoragia mijlocie indicele Algover > 1
- b) În hemoragia mare TA < 100 cu tendința la scădere
- c) În hemoragia foarte gravă se pierd 2000 - 3000 ml. sânge
- d) În hemoragia mare alura ventriculară < 100
- e) În hemoragia mică se pierd aproximativ 10- 20% din volumul sanguin

OCLUZIA INTESTINALĂ

1) CS Durerea în ocluzia intestinală prin strangulare poate fi:

- a) Continuă, puternică, dramatică
- b) Continuă și întreruptă
- c) Doar o senzație de vagă durere difuză
- d) Intermitentă sub formă de "colici de luptă"
- e) O durere violentă la debut, urmată de acalmie

2) CS Semnul Schlinge se caracterizează prin:

- a) Prezența clapotajului de asupra ansei balonate
- b) Zgomotul picăturii în cădere
- c) Timpanism pronunțat de asupra asimetriei abdomenului
- d) Prezența ampulei rectale lărgite și goale
- e) Prezența hiperperistaltismului prin zgomote vii, frecvente, care se aud la distanță

3) CS În ocluzia intestinală distensia generalizată a anselor intestinale la examenul radiologic mărturisește despre:

- a) Ocluzia dinamică
- b) Volvulusul sigmoidian
- c) Hernia inghinală strangulată
- d) Sindromul Bouveret
- e) Ocluzia provocată de cancerul de cec

4) CM Despre eficacitatea tratamentului complex al ileusului dinamic ne denotă în primul rând:

- a) Lipsa febrei

- b) Starea tegumentelor
 - c) Diureza
 - d) Restabilirea peristaltismului
 - e) Dispariția leucocitozei
-

5) CS Ocluzia la nivelul intestinului subțire este prezentată radiologic prin:

- a) Haustrații
 - b) Multiple imagini hidroaerice
 - c) Imagini în formă de "cuib de rândunică" localizate periferic
 - d) Aspect de "anvelopă de bicicletă"
 - e) Pneumoperitoneum
-

6) CS Semnul 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 se caracterizează prin:

- a) Timpanism pronunțat de asupra locului asimetric al peretelui abdominal
 - b) Rezistența elastică a peretelui abdominal
 - c) Balonare asimetrică al 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 vome, formațiune tumorală alungită paraombilicală și eliminări sangvinolente din rect, 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 al ileusului la un bolnav laparotomizat în anamneză este:

- a) Invaginația

- b) Ileusul biliar
 - c) Bridele, aderențele
 - d) Corpzii străini postoperatorii
 - e) Stenoza intestinală postoperatorie
-

11) CS Pentru ileusul mecanic al colonului ascendent cel mai caracteristic semn este:

- a) Semnul Bayer
 - b) Vomele abundente
 - c) Oprirea completă a tranzitului de materii și gaze
 - d) Semnul Konig
 - e) Semnul Bouveret
-

12) CS Imagini hidroaerice "cuib de rândunică" de dimensiuni 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 al intestinului gros
 - c) Ocluzia intestinului subțire
 - d) Hernia inghinală strangulată
 - e) Infarctul intestinomezenteric
-

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) Grețuri și vomă
 - e) Hipotonie arterială, tahicardie
-

15) CS În pleurezii, fracturi vertebrale, hematom retroperitoneal se întâlnește ileusul dinamic:

- a) Toxic
 - b) Reflexogen
 - c) Metabolic
 - d) Neurogen
 - e) Spastic
-

16) CS În caz de necesitate limita rezecției ansei necrotizate distal (caudal) în ocluzia intestinului subțire va trece la următoarea distanță de la marginea vizibilă a necrozei:

- 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) Spasmarea musculară a intestinului

18) CM La constituirea sectorului III (parazitar) în ocluzia intestinală contribuie următoarele fenomene:

- a) Transudarea lichidului în lumenul intestinului supraacent
- b) Staza gastrică
- c) Transudarea lichidului în peretele intestinului
- d) Absorbția excesivă în intestinul subiacent
- 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 Konig este caracteristic pentru perioada precoce a ocluziei intestinale și se manifestă prin:

- a) Zgomotul picăturii în cădere
- b) Balonare asimetrică a abdomenului
- c) Peristaltismul vizibil la inspecție
- d) Distensia mărită a cecului
- e) Meteorism pronunțat de asupra locului asimetric al abdomenului

21) CS Imaginile hidroaerice "cuib de rândunică" de dimensiuni mici, cu sediu central sunt caracteristice pentru:

- a) Sindromul Bouveret
- b) Ocluzia prin cancer al sigmoidului
- c) Ocluzia intestinului subțire

- d) Pancreatita acută
 - e) Stenoza pilorică
-

22) CM Cele mai informative metode în diagnosticul ocluziei intestinului subțire sunt:

- a) Proba Schwartz
 - b) Ultrasonografia abdominală
 - c) Irigoscopia
 - d) Laparoscopia
 - e) Radiografia abdominală de ansamblu
-

23) CS Creșterea azotului ureic în ocluzia intestinală se datorează:

- a) Pierderii proteinei extracelulare
 - b) Pierderii proteinei intracelulare
 - c) Pierderii lichidului sectorului extracelular
 - d) Pierderii ionilor de potasiu
 - e) Hipocloremiei
-

24) CS În ocluzia intestinului gros cea mai eficace metodă de diagnostic este:

- a) Proba Schwartz
 - b) Irigografia
 - c) Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - d) Tomografia computerizată
 - e) Laparoscopia
-

25) CS Semnul Bayer se manifestă prin:

- a) Balonarea simetrică a abdomenului
 - b) Balonarea asimetrică pe flancul lateral drept
 - c) Zgomote hidroaerice pe flancul stâng
 - d) Balonarea asimetrică cu axa orientată din spre fosa iliacă stângă spre hipocondrul drept
 - e) Eliminări sangvinolente din rect
-

26) CS Sindromul Bouveret se caracterizează prin vome insistente, alterarea stării generale, decesul rapid al bolnavului și se întâlnește în:

- a) Infarctul mezenteric
 - b) Cancerul cecului
 - c) Ileusul biliar
 - d) Ileusul postoperator
 - e) Hernia strangulată
-

27) CM Tratamentul ocluziei intestinale mecanice conține mai multe componente. Indicați cele 2 componente ce se efectuează pre-, intra- și postoperator:

- a) Suprimarea cauzei
- b) Restabilirea funcției intestinului

- c) Reducerea distensiei intestinale
 - d) Reechilibrarea hidroelectrolitică
 - e) Profilaxia complicațiilor supurative
-

28) CM În ce ocluzii intestinale de la debut se afectează vascularizarea segmentului implicat în proces?

- a) Volvulus
 - b) Invaginație
 - c) Corpi străini intralumenali
 - d) Strangularea
 - e) Leziuni parietale inflamatorii specifice
-

29) CM În ocluziile intestinale prin strangulare se încadrează:

- a) Ocluziile prin corpi străini intraperitoneali
 - b) Ocluziile prin volvulus
 - c) Ileusul biliar
 - d) Hernia strangulată
 - e) Ocluziile prin trihobezoari
-

30) 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 prezintă o imagine aerică cu aspect de "anvelopă de bicicletă"
 - e) Provoacă vome frecvente
-

31) CM Care dintre următoarele cauze pot determina un ileus paralytic?

- a) Fitobezoarii
 - b) Colica nefretică
 - c) Peritonita
 - d) Volvulusul sigmoidian
 - e) Abcesul retroperitoneal
-

32) CM Principalele îngrijiri postoperatorii ale bolnavului cu ocluzie intestinală sunt:

- a) Reechilibrarea hidroelectrolitică, și susținută la valori normale ale constantelor biologice
 - b) Antibioticoterapia
 - c) Interzicerea mobilizării bolnavului
 - d) Interzicerea alimentării enterale timp de o săptămână
 - e) Stimularea peristaltismului intestinal
-

33) CM În ocluzia intestinală înalta gazele în lumenul intestinal se acumulează:

- 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
-

34) CM Decompresia intestinului distens în ocluzia intestinală mecanică este utilă pentru că:

- a) Reduce ischemia intestinului
 - b) Îndepărtează toxinele luminale
 - c) Previne sindromul Mendelson
 - d) Altează pierderile ionilor de clor
 - e) Reduce pierderile de apă
-

35) CM Ce semne radiologice sunt caracteristice pentru o ocluzie intestinală precoce înaltă mecanică:

- a) Nivele hidroaerice Kloiber
 - b) Pneumoperitoneum
 - c) Prezența arcadelor și tuburilor de orgă
 - d) Prezența plicelor semilunare
 - e) Prezența plicelor Cherkring
-

36) CM Ce semne caracterizează torsiunea de colon sigmoid:

- a) Oprirea completă a tranzitului pentru materii și gaze
 - b) Febră
 - c) Prezența sângelui la tușeul rectal
 - d) Prezența semnului Hocvag-Grecov
 - e) Asimetria abdomenului
-

37) CM Ce metode de diagnostic se vor folosi pentru a diagnostica ocluzia intestinală joasă :

- a) Radiografia pe gol a abdomenului
 - b) Proba Schwartz
 - c) Rectoromanoscopia
 - d) Tușeul rectal
 - e) Irigografia
-

38) CM 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
-

39) CM Ocluzia intestinală mecanică joasă se caracterizează prin:

- a) Întreruperea de la început a tranzitului de materii și gaze
- b) Febră
- c) Vome precoce
- d) Starea generală se menține satisfăcătoare timp îndelungat
- e) Pneumoperitoneum

40) CM Care ocluzie intestinală se poate trata conservativ?

- a) Ocluzia intestinală stercorală
- b) Ocluzia prin strangulare
- c) Ileusul biliar
- d) Ocluzia aderențială
- e) Ileusul postoperator

41) 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

42) CS Care este cea mai frecventă cauză de ocluzie intestinală la batrâni:

- a) Fecaloamele
- b) Neoplasmul de colon stîng
- c) Invaginația
- d) Neoplasmul de colon drept
- e) Volvulusul de intestin subțire

43) CS La ce presiune intraluminală peretele intestinal devine permeabil pentru microbi și toxinele lor 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

44) CS Este cunoscut faptul, că în ocluzia intestinală balonarea abdomenului poate absenta. La ce nivel va fi sediul obstacolului în acest caz:

- a) În apropierea ligamentului Treiț
- 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

45) CS Ce metodă de examinare paraclinică ne va preciza nu numai nivelul ocluziei intestinale, dar și cauza ei:

- a) Radiografia simplă de ansamblu a abdomenului
 - b) Proba Schwartz
 - c) Laparoscopia
 - d) Irigografia
 - e) Ultrasonografia
-

46) CS Mecanismul ocluziei spastice poate fi declanșat printr-o serie de factori, exceptând :

- a) Ascarioza intestinală
 - b) Intoxicațiile cu plumb
 - c) Diabetul compensat
 - d) Tabes dorsalis
 - e) Isteria
-

47) CS Ocluzia dinamică se caracterizează prin următoarele, exceptând :

- a) Distensia abdominală
 - b) Absența durerilor colicative
 - c) Oprirea tranzitului intestinal
 - d) Zgomote hidroaerice la auscultația abdomenului
 - e) Peretele abdominal este suplu
-

48) CM În faza terminală (până la 72 ore) a ocluziei intestinale se depistează:

- a) Abdomen plat
 - b) Peristaltism exagerat
 - c) Insuficiență poliorganică
 - d) Tulburări electrolitice majore
 - e) Alterarea metabolismului visceral global
-

49) CM Aspirația gastrointestinală după rezecție de intestin urmărește următoarele obiective:

- a) Asigură decompresia intestinului proximal
 - b) Poate preveni sindromul Mendelson
 - c) Previne eviscerația plăgii
 - d) Previne ocluzia paralică
 - e) Previne o pancreatită postoperatorie
-

50) CM În cancerul de colon obstructiv fără metastaze se poate practica:

- a) Colectomia segmentară
- b) Hemicolectomia dreaptă
- c) Hemicolectomia stângă
- d) Procedul Hartman

e) Derivație internă

51) CS Care dintre formele de ocluzie intestinală enumerate mai jos se poate încadra în ocluziile prin strangulare?

- a) Ocluzii prin tumori retroperitoneale
- b) Ocluzii prin invaginații
- c) Ocluzii prin stenoze inflamatorii
- d) Ocluzii prin atrezii
- e) Ileusul paralytic

52) CS Care din următoarele manifestări clinice caracterizează ocluzia intestinală înaltă?

- a) Debutul insidios
- b) Menținerea stării generale bune timp îndelungat
- c) Distensia marcată a abdomenului
- d) Dispariția matității hepatice la percuția abdomenului
- e) Vărsături abundente, precoce și frecvente

53) CM Care din următoarele semne clinice pot apărea în ocluzia intestinală în faza ei terminală:

- a) Durerile abdominale se accentuează
- b) Vărsături au aspect fecaloid
- c) Prezența oliguriei
- d) Prezența bradicardiei
- e) Prezența sughitului

54) CM Ocluzia intestinală prin obstrucție se caracterizează prin:

- a) Vărsături precoce reflexe
- b) Stare generală se alterează tardiv
- c) Debut insidios
- d) Distensie abdominală apărută precoce, prezența asimetriei abdomenului
- e) Întreruperea tranzitului intestinal se instalează tardiv

55) CM Ocluzia intestinală prin strangulare se caracterizează prin?

- a) Debut brusc, uneori uneori însoțit de șoc
- b) Distensie care apare insidios și este uniformă
- c) Tranzit intestinal întrerupt de la început bolii
- d) Starea generală se alterează rapid
- e) Vărsăturile sunt tardive

56) CM În ocluziile la nivelul ileonului, radiografia abdominală va evidenția următoarele imagini hidro-aerice:

- a) Unice, localizate periombilical
- b) Etajate, în "tuburi de orgă"

- c) Rare mari și cu diametru vertical mare
- d) Localizate caudal și spre dreapta
- e) Localizate pe toată suprafața abdomenului

57) CM O femeie de 45 ani, care în trecut a suportat intervenție chirurgicală pe abdomen, se prezintă de urgență pentru dureri abdominale și vărsături. Examenul radiologic determină prezența ocluziei pe intestinul subțire. Indicați cauza cea mai frecventă a ocluziei în acest caz?

- a) Bridele
- b) Cancerul de colon
- c) Cancerul intestinului subțire
- d) Hernie inghinală strangulată
- e) Diverticuli

58) CS Cea mai frecventă cauză a ocluziei intestinale mecanice la adult o constituie :

- a) Invaginația
- b) Volvulusul
- c) Hernia strangulată
- d) Ileusul biliar
- e) Fitobezoarii

59) CS Cea mai frecventă cauză de ocluzie intestinală la un bolnav după o laparotomie în antecedente este:

- a) Invaginația
- b) Ileusul biliar
- c) Bridele postoperatorii
- d) Fitobezoarii
- e) Volvulusul

60) CS Invaginația intestinală la adult, descoperită precoce, se caracterizează prin următoarele semne, exceptând:

- a) Grețurile și vărsăturile
- b) Durerile abdominale colicative
- c) Contractură musculară abdominală
- d) Tumoră abdominală palpabilă
- e) Prezența sângelui la efectuarea tușeului rectal

61) CS Care afirmație referitoare la invaginația intestinală este corectă?

- a) Constă în torsionarea ansei pe o bridă
- b) Nu afectează vascularizația segmentului invaginat
- c) Este cea mai frecventă la vârste înaintate
- d) Este mai frecventă la copii
- e) Examenul radiologic nu constată modificări abdominale

62) CM Indicați tratamentul unei ocluzii intestinale cauzată de hernia strangulată?

- a) Reechilibrarea hidro-electrolitică
- b) Reechilibrarea nutritivă
- c) Administrarea de antalgice
- d) Intervenția chirurgicală de urgență
- e) Administrarea de anticoagulante

63) CS Care din afirmațiile referitoare la ocliziile prin invaginație sunt adevărate:

- a) Sunt ocluzii dinamice
- b) Sunt ocluzii prin obstrucție
- c) Sunt favorizate de un mezou lung al intestinului
- d) Apar datorită unei hiperperistaltism intestinal
- e) Prespune telescoparea segmentului intestinal caudal în cel cranial

64) CS Extravazarea de lichide ce însoțește ocluzia inrestinală nu se produce în :

- a) Lumenul intestinal
- b) Peretele intestinal
- c) Spațiul III
- d) Peritoneu
- e) Pleură

65) CM Ocluziile prin obstrucție pot fi cauzate de :

- a) Torsiunea ansei în jurul unei bride
- b) Leziuni parietale inrestinale congenitale
- c) Tumori benigne sau maligne intestinale
- d) Tumori retroperitoneale
- e) Infecții generalizate (septicemii)

66) CM Paralizia musculaturii intestinale (ileusul paralytic) poate apare în:

- a) Peritonite
- b) Hipocalcemie
- c) Sindroame toxico-septice
- d) Infarctul entero-mezenteric
- e) Intoxicații cu antirezerpinice

67) CM Consecințele hipovolemiei din ocluzia intestinală sunt:

- a) Hipotensiunea
- b) Bradicardia
- c) Hiperproteinemia
- d) Tulburările hidroelectrolitice
- e) Hemoconcentrația

68) CS Aspectul macroscopic de anse destinse, pline de lichid și gaze, perete subțire, edem parietal, lichid în peritoneu apare în :

- a) Ocluziile funcționale paralitice
- b) Volvulus gastric
- c) Invaginație
- d) Hernia strangulată
- e) Ocluziile funcționale spastice

69) CM Debutul în ocluzia intestinală poate fi:

- a) Insidios în ocluziile prin strangulare
- b) Bruscat în ocluziile spastice
- c) Sub formă de vărsături în ocluziile joase
- d) Precedat de colici abdominale, crize subocluzive, scădere ponderală în ocluziile prin obstrucție
- e) Insidios cu febră și frison în ocluziile postoperatorii

70) CM Obiectivele tratamentului ocluziilor intestinale sunt :

- a) Profilaxia recidivelor
- b) Reechilibrarea bolnavului
- c) Reluarea alimentelor din primele ore
- d) Decompresia abdominală
- e) Rezolvarea cauzei care a produs ocluzia

71) CM Despre ocluziile intestinale postoperatorii sunt adevărate următoarele afirmații cu excepția:

- a) Ocluziile intestinale precoce paralitice sunt cele mai frecvente
- b) Ocluziile intestinale precoce comune apar ca urmare a pneumoperitoneului postoperator
- c) Ocluziile intestinale tardive nu sunt întotdeauna de natură mecanică
- d) Ocluziile intestinale tardive se pot rezolva și prin clisme repetate
- e) Ocluziile intestinale mecanice se datorează angajării anșelor în breșele din abdomen

72) CS În ocluziile intestinale înalte, simptomul cel mai precoce este:

- a) Întreruperea tranzitului pentru materii fecale și gaze
- b) Distensia abdominală
- c) Durerea
- d) Vărsăturile
- e) Scăderea ponderală

73) CM La un bolnav cu ocluzie intestinală acută este necesar aplicarea următoarelor măsuri imediate :

- a) Internarea în serviciul de terapie intensivă
- b) Aplicarea sondei naso-gastrale
- c) Efectuarea tomografiei computerizate
- d) Reechilibrarea hidroelectrolitică a bolnavului până la redresarea pulsului și tensiunii arteriale
- e) Efectuarea irigografiei

74) CM Ocluziile intestinale prin dezechilibre simpatico-parasimpatice apar în

- a) Intoxicații cu antirezerpinice
- b) În colici renale
- c) Hipocalcemie
- d) Sindroamele toxicoseptice
- e) Dezechilibrul ionic

75) CS Ocluziile intestinale prin obstrucție nu apar în:

- a) Invaginație
- b) Vasculite progresive
- c) La prezența corpiilor străini intraperitoneali
- d) Hematoamele parietale intestinale
- e) Leziunile parietale inflamatorii

76) CS Volvulusul sigmoidian din ocluzia mecanică are următoarele caracteristici :

- a) Ansa volvulată este destinsă, roșie-violacee, flască
- b) Leziunile cele mai grave sunt pe ansa eferentă
- c) Mezoul este edemațiat, cu sufuziuni sanguine, fără a fi cianotic
- d) Sub obstacol, ansa aferentă este cianotică
- e) Răsucirea se poate produce în jurul unei bride

77) CS În perioada postoperatorie la un bolnav operat pentru ocluzie intestinală este indicat:

- a) Repaosul complet la pat pentru evitarea apariției eviscerațiilor
- b) Antibioterapie cu spectru larg
- c) Administrarea de Metronidazol
- d) Control radiologic la 7 zile
- e) Evitarea clisterilor

78) CS Rezolvarea cauzei care a generat ocluzia intestinală nu presupune :

- a) Tratarea pancreatitei
- b) Rezecții intestinale segmentare
- c) Rezolvarea cauzelor de strangulare
- d) Golirea anselor intestinale prin enterostomie
- e) Toate cele de mai sus

79) CM Semnele funcționale care apar în cazul ocluziilor intestinale sunt :

- a) Durerea
- b) Vărsăturile
- c) Întreruperea tranzitului intestinal
- d) Sialoreea
- e) Distonia

80) CS Mecanismul etiopatogenic al ocluziilor intestinale funcționale este reprezentat de :

- a) Tromboza mezenterială
- b) Coagularea intravasculară diseminată
- c) Blocarea neuroendocrină și autonomă a unor segmente din tubul digestiv
- d) Sindromul Sjogren
- e) Trombocitopenie

81) CM Ocluziile intestinale dinamice sau funcționale pot fi produse prin :

- a) Traumatisme cranio-cerebrale
- b) Volvulare
- c) Invaginație
- d) Infecții retroperitoneale
- e) Tromboza portală

82) CS Următorul semn nu este semn funcțional în raport cu mecanismul ocluziei :

- a) Durerea
- b) Vărsăturile
- c) Silentium abdominal deschis de Mondol
- d) Întreruperea tranzitului pentru fecale și gaze
- e) Distensie abdominală

83) CS Irigografia este indicată în ocluziile intestinale joase, și poate fi o metodă terapeutică în :

- a) Ocluzia prin volvulare
- b) Ocluzia prin neoplasm de rect
- c) Ocluzia prin hernie inghinală strangulată
- d) Ocluzia prin bride
- e) Ocluzia dinamică

84) CS Care dintre următoarele afirmații privind ocluziile intestinale dinamice sunt adevărate :

- a) Lumenul este obstrucțional
- b) Apar prin leziuni parietale intestinale
- c) Se produce paralizia musculaturii intestinale
- d) Poate fi determinată de compresii extrinseci ale lumenului
- e) Nici una din afirmațiile de mai sus nu este corectă

LITIAZA BILIARĂ

1) CM Triada Chauffard-Villard-Charcot se întâlnește în litiaza căii biliare principale cu sindrom coledocian major, și constă din:

- a) Durere colicativă în hipocondrul drept
- b) Veziculă biliară destinsă
- c) Febră
- d) Icter
- e) Scădere ponderală esențială

2) CS Cea mai frecventă cauză a icterului mecanic este:

- a) Tumoare a capului pancreasului
- b) Coledocolitiaza
- c) Strictura căilor biliare
- d) Tumorile căilor biliare
- e) Papilita stenozană

3) CS Scanarea ficatului cu izotopi de aur constată o absorbție aproape de cea normală, dar cu lipsa izotopilor în colecist, căile biliare și intestin. Datele respective corespund:

- a) Icterului parenchimos
- b) Icterului mecanic
- c) Icterului hemolitic
- d) Cirozei hepatice
- e) Nu corespunde nici uneia dintre situații

4) CM Calculul prezent în calea biliară principală depistat până la operație se înlătură prin:

- a) Incizia coledocului supraduodenal
- b) Papilosfincterotomie intraoperatorie transduodenală
- c) Papilosfincterotomie endoscopică postoperatorie
- d) Papilosfincterotomie endoscopică preoperatorie
- e) Se dizolvă cu preparate medicamentoase

5) CS Care din procedeele instrumentale enumerate mai jos ne informează mai amplu asupra formei morfopatologice a colecistitei, stării organelor vecine, inclusiv a peritoneului:

- a) Ultrasonografia
- b) Tomografia computerizată
- c) Colecistocolangiografia transparietală
- d) Laparoscopia
- e) Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică

6) CS La un bolnav la care s-a stabilit icter mecanic, cea mai optimală și mai puțin agresivă metodă de investigație în stabilirea originii icterului este:

- a) Colecistografia perorală
- b) Colecistografia intravenoasă
- c) Ultrasonografia
- d) Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
- e) Colangiografia tranparietohepatică

7) CS Evidențierea radiologică a aerului în căile biliare orientează diagnosticul spre:

- a) Coledocolitiază
- b) Colecistită acută
- c) Fistulă bilio-digestivă
- d) Fistulă bilio-biliară
- e) Infecția cu salmonella a veziculei biliare

8) CS Un bolnav care prezintă următoarele semne: durere moderată în regiunea rebordului costal drept, febră moderată, icter pronunțat cu nuanță roșietică, dimensiunile ficatului crescute moderat, o splenomegalie moderată, lipsa anemiei, suferă de:

- a) Colecistită acută
- b) Colangită
- c) Coledocolitiază
- d) Icter parenchimos (hepatic)
- e) Cancer al pancreasului cefalic

9) CS Care din fracțiile bilei se formează în celulele hepatice și conține colesterină, acizi biliari și fosfolipizi?

- a) Bila primară
- b) Bila secundară
- c) Bila finală
- d) Nici una
- e) Toate trei

10) CM La un bolnav cu icter mecanic nu sunt utile, și deci nu sunt indicate, următoarele investigații:

- a) Ultrasonografia
- b) Colecistografia intravenoasă prin perfuzie
- c) Colangiografia transparietohepatică
- d) Colangiopancreatografia retrogradă
- e) Colecistografia perorală

11) CS În colecistita acută litiazică ocluzivă obstrucția se află la nivelul:

- a) Căilor biliare intrahepatice
- b) Corpului veziculei biliare
- c) La nivelul coledocului
- d) La nivelul ductului hepatic
- e) La nivelul infundibulului sau cisticului

12) CS La un bolnav cu icter mecanic cea mai informativă metodă de investigație în stabilirea originii icterului este:

- a) Colecistografia perorală

- b) Colecistografia intravenoasă
 - c) Ultrasonografia
 - d) Colangiopancreatografia retrogradă
 - e) Laparoscopia
-

13) CS Drenarea coledocului cu un dren în formă de "T", ramura scurtă a căruia este situată în coledoc, iar cea lungă se exteriorizează, este procedeul:

- a) Lane
 - b) Kehr
 - c) Cattele-Champeau
 - d) Voelker
 - e) Duval
-

14) CS Drenarea coledocului cu un dren trecut cu capătul distal prin papila Vater în duoden, iar cel proximal situat în ductul hepatic este procedeul:

- a) Holstedt
 - b) Voelker
 - c) Baylis-Smirnov-Eristavi
 - d) Lane
 - e) Duval
-

15) CS Semnul major de diferențiere al icterului mecanic litiatic de cel de origine canceroasă este:

- a) Icterul pronunțat pe fondul durerilor
 - b) Scaun aholic și urină întunecată
 - c) Apariția icterului precedat de colică
 - d) Prurit pe fondul icterului
 - e) Febră intermitentă
-

16) CS Cel mai informativ și miniinvaziv procedeu în diferențierea icterului mecanic de cel parenchimos este:

- a) Colangiografia retrogradă
 - b) Scanarea cu izotopi de aur
 - c) Colecistografia perorală
 - d) Colecistocolangiografia intravenoasă
 - e) Colecistografia transparietohepatică
-

17) CM Pentru colecistita acută asociată cu peritonită locală sunt caracteristice următoarele semne clinice:

- a) Murphy
 - b) Korte
 - c) Mandel-Razdolschi
 - d) Blumberg
 - e) Ortner
-

18) CS Cea de a treia cauză după frecvență a icterului mecanic este:

- a) Coledocolitiaza
 - b) Strictura căilor biliare
 - c) Cancerul primar al căilor biliare
 - d) Compresia extrinsecă a căilor biliare
 - e) Stenoza papilei Water
-

19) CS Drenarea coledocului cu un tub cu diametru de 2 mm introdus prin ductul cistic spre duoden este procedeul:

- a) Robson-Višnevski
 - b) Lane
 - c) Holstedt
 - d) Praderi-Smith
 - e) Kehr
-

20) CS Coledocotomia ideală presupune:

- a) Deschiderea transversală a coledocului cu înlăturarea calculilor și sutura coledocului fără drenare
 - b) Deschiderea longitudinală a coledocului cu înlăturarea calculilor și sutura primară a coledocului fără drenare
 - c) Deschiderea longitudinală a coledocului cu înlăturarea calculilor și drenarea externă a coledocului
 - d) Deschiderea longitudinală a coledocului cu înlăturarea calculilor și sutura primară a coledocului asupra unui dren trecut prin papilă în duoden
 - e) Deschiderea longitudinală a coledocului cu înlăturarea calculilor și drenarea coledocului după sutura primară prin d.cysticus
-

21) CM Care dintre parametrii enumerați se încadrează în colecistectomia laparoscopică?

- a) Dureri postoperatorii minime
 - b) Spitalizare postoperatorie de 9-10 zile
 - c) Aspect cosmetic al cicatricilor
 - d) Reîncadrare în muncă după 6 săptămâni
 - e) Reîncadrare în muncă după 3 săptămâni
-

22) CM Icterul în litiaza coledociană:

- a) Este precedat de prurit
 - b) Poate să dispară rapid sau lent odată cu încetarea durerii
 - c) Este însoțit de scaune acolice
 - d) Este precedat de durere
 - e) Se asociază cu febră
-

23) CM În colecistita acută litiazică durerea este însoțită de:

- a) Dispariția matității prehepatice
- b) Stare de șoc alergic

- c) Sindromul inflamator
 - d) Limitarea mișcărilor respiratorii
 - e) Subicter al sclerelor
-

24) CM În colecistita acută litiazică durerea:

- a) Are caracterul colicii biliare
 - b) Iradiază în formă de "centură"
 - c) Debutează ca o colică biliară
 - d) Se cupează la administrarea tratamentului antispastic
 - e) Este precedată de icter
-

25) CM Triada de semne clinice (icter, febră, dureri în hipocondrul drept) caracterizează:

- a) Ulcerul perforat
 - b) Ciroza hepatică
 - c) Colangita
 - d) Litiata coledociană
 - e) Pancreatita acută
-

26) CM O veziculă biliară de dimensiuni majore, palpabilă în prezența icterului prezintă:

- a) Litiata coledociană
 - b) Ampulomul Vaterian
 - c) Neoplasmul hepatic
 - d) Neoplasmul colecistului
 - e) Neoplasmul de pancreas cefalic
-

27) CM Ce vă sugerează asocierea semnelor clinice: icter+frison+febră+dureri în hipocondrul drept+urini hipercrome+scaune acolice?

- a) Litiata veziculară
 - b) Colecistită calculoasă acută
 - c) Cancer de pancreas cefalic
 - d) Coledocolitiata
 - e) Ulcer duodenal penetrant în ligamentul hepatoduodenal
-

28) CM Marcați semnele clinice care constituie sindromul coledocian:

- a) Icterul
 - b) Durerea la nivelul rebordului costal drept
 - c) Frison-febra
 - d) Diareea
 - e) Contractura musculară abdominală
-

29) CM Care dintre semnele enumerate vor fi prezente într-un icter de etiologie benignă?

- a) Icterul progresiv
- b) Icterul tranzitor

- c) Icterul se instalează fără a fi precedat de colică
 - d) Colica precede icterul
 - e) Este prezentă distensia colecistului
-

30) CM Care dintre semnele enumerate pot fi comune litiazei coledociene și colecistitei acute gangrenoase?

- a) Icterul hepatocelular
 - b) Frison-febră
 - c) Colecist palpabil
 - d) Dureri în hipocondrul drept
 - e) Apărare musculară în hipocondrul drept
-

31) CS Care dintre procedeele paraclinice enumerate nu sunt practicabile la un pacient cu bilirubinemia mai mare de 30 mm/l ?

- a) Colangiografia retrogradă endoscopică
- b) Ecografia
- c) Colangiografia transparieto-hepatică
- d) Colangiografia intravenoasă
- e) Scintigrafia biliară

32) CS Litiaza coledociană autohtonă este consecința:

- a) Migrării calculilor din vezicula biliară
- b) Unei fistule bilio-biliare
- c) Unui obstacol la nivelul coledocului terminal
- d) Unei fistule bilio-digestive
- e) Stricturii coledocului

33) CS Care dintre complicațiile litiazei veziculare poate provoca ileus biliar?

- a) Fistula colecisto-coledociană
- b) Fistula colecisto-duodenală
- c) Colecistita acută
- d) Colecisto-pancreatita acută
- e) Fistula colecisto-colică

34) CM Colecistita acută se deosebește de ulcerul duodenal perforat prin :

- a) Prezența antecedentelor biliare
- b) Întreruperea tranzitului intestinal
- c) Febra la debutul bolii (leucocitoză)
- d) Debutul brutal al bolii
- e) Prezența icterului

35) CM Enumerați factorii care pot produce icter prin obstacol intraluminal în căile biliare extrahepatice:

- a) Ascarizii
- b) Cancerul de cap de pancreas
- c) Litiata biliară
- d) Hemobilia
- e) Ampulomul vaterian

36) CM În care din următoarele afecțiuni se indică colecisectomia?

- a) Hidropsul vezicular
- b) Microlitiata biliară
- c) Colecistita acută gangrenoasă
- d) Dispepsia biliară
- e) Cancerul veziculei biliare cu invazie hepatică

37) CM Care dintre semnele enumerate diferențiază colecistita acută de o simpla colică biliară?

- a) Febra
- b) Prezența durerii în hipocondrul drept
- c) Prezența infiltratului subhepatic
- d) Vărsăturile
- e) Debutul după un prânz bogat în lipide

38) CM Care dintre semnele enumerate mai jos sunt tipice pentru hidropsul vezicular?

- a) Se palpează fundul veziculei biliare
- b) Este prezent plastronul subhepatic
- c) Bolnavul este febril
- d) este prezent subicter sclero-conjunctival
- e) La colangio-colecistografie se determină o vezicula biliară care este exclusă

39) CM Colecistita acută se poate complica cu :

- a) Peritonită localizată
- b) Ileus Vaterian
- c) Pileflebită
- d) Abces hepatic
- e) Fistulă bilio-digestivă

40) CM Pot produce icter prin leziuni obstructive ale căilor biliare intrahepatice următoarele afecțiuni:

- a) Limfomul
- b) Hemobilia
- c) Ampilomul Vaterian
- d) Ulcerul postbulbar
- e) Colangita scleroasă primară

41) CM Un pacient în vârstă de 60 ani prezintă icter de 2 săptămâni, fără dureri abdominale.

Veziucula biliară este dilatată la examenul ecografic. Toate acestea ne face să ne gândim la o:

- a) Coledocolitiază
- b) Obstrucție coledociană prin pancreatită cronică
- c) Obstrucție coledociană prin neo de cap pancreas
- d) Colecistită acută
- e) Hepatită alcoolică

42) CM Obstrucția completă a ductelor biliare extrahepatice stabilește:

- a) Icter
- b) Hiperbilirubinemie predominant neconjugată
- c) Bilirubinurie marcată
- d) Scaune hipercrome
- e) Urini decolorate

43) CS O bolnavă în vîrstă de 44 ani se internează cu dureri colicative în hipocondrul drept, febră, icter. Bilirubina totală este 40 mg%. Ce explorare ne poate orienta spre un diagnostic corect și rapid?

- a) Colangiografia i/v
- b) Colecistografia orală
- c) Radiografia abdominală pe gol
- d) Scintigrafia hepatică
- e) Ecografia biliară

44) 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

45) CS În colecistita acută litiazică, intervenția chirurgicală se practică cel mai frecvent:

- a) Precoce
- b) După 10 zile
- c) După 6 săptămâni
- d) După 3 luni
- e) După diminuarea infecției

46) CS Sindromul de durere, febră, icter, sugerează diagnosticul de :

- a) Litiază coledociană
- b) Hipercolesterolemie
- c) Neoplasm de cap de pancreas
- d) Hidrops al veziculei biliare
- e) Pancreatită acută necrotico-hemoragică

47) CM Care dintre semne enumerate mai jos orientează diagnosticul spre un icter litiazic:

- a) Icter progresiv, apiretic
- b) Icter fluctuant
- c) Icter neînsoțit de durere
- d) Colica precede icterul
- e) Distensia veziculei biliare este prezentă la examenul clinic și instrumental

48) CS Sindromul Rotor se caracterizează prin:

- a) Icter prin captare hepatică scăzută a bilirubinei
- b) Icter prin conjugare scăzută a bilirubinei
- c) Icter prin eritropoeză inefficientă
- d) Afectarea excreției hepatice a bilirubinei
- e) Icter prin compresia ductelor biliare

49) CS Mecanismul de apariție a icterului neonatal este :

- a) Eritropoeză inefficientă
- b) Hemoliza intra și extravasculară excesivă
- c) Deficit tranzitor de transferază hepatică
- d) Infecții neonatale
- e) Stricturi ale căilor biliare intrahepatice

50) CS Absența vizualizării colecistului la colecistografia per os se întâlnește :

- a) Când bilirubina serică depășește 4 mg/dl
- b) Când calculii au dimensiuni peste 3 cm
- c) La pacienții cu stenoză hepatică
- d) La pacienții cu obezitate gradul IV
- e) În puseele de pancreatită acută

51) 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) Chisturi coledociene

52) CM Factorii predispozanți pentru formarea calculilor pigmentari sunt :

- a) Ciroza biliară primitivă
- b) Colestaza cronică intrahepatică
- c) Ciroza alcoolică
- d) Hemoliza cronică
- e) Infecțiile cronice ale tractului biliar

53) CM Ce explorări imagistice recomandați pentru vizualizarea canalului cistic la pacienții cu litiază biliară:

- a) Ecografia abdominală în scală gri
- b) Ecografie Doppler color
- c) Colecistografia orală
- d) Scintigrafia biliară radioizotopică
- e) Radiografia abdominală simplă

54) CS Identificați care din următoarele afirmații reprezintă un avantaj diagnostic al colangiopancreatografiei retrograde:

- a) Se poate efectua în sarcină
- b) Vizualizarea optimă a tractului biliar proximal
- c) Se poate efectua în pancreatita acută
- d) Posibilitatea efectuării sfincterotomiei endoscopice și îndepărtarea calculilor
- e) De mare succes în prezența dilatației căilor biliare

55) CM Precizați avantajele colecistografiei orale:

- a) Identificarea anomaliilor vezicii biliare
- b) Identificarea precisă a calculilor biliari
- c) Poate decela calculi de dimensiuni foarte mici
- d) Cost redus
- e) Este o metodă rapidă de diagnosticare

56) CM Care din următoarele acuze sunt specifice pacienților cu litiază biliară:

- a) Colica biliară
- b) Grețuri și vărsături
- c) Eructațiile
- d) Dispepsia
- e) Febra

57) CS Indicați una din caracteristicile de mai jos care nu corespunde colecistitei cronice sclerohipertrofice. :

- a) Vezicula conține bila de stază
- b) Calculii pot lipsi, dacă a existat un pasaj coledocian
- c) Există pericolecistita
- d) Pereții sunt infiltrați sclerolipomatos
- e) Repezintă o formă anatomopatologică

58) CM Avantajul ecografiei în diagnosticul litiaza veziculară rezida în :

- a) Asociază întotdeauna date corecte despre calea biliară principală
- b) Este neinvazivă
- c) Se poate efectua și la bolnavii cu bilirubinemia mai mare de 3 mg%
- d) Se poate repeta la necesitate

e) Oferă date despre organele din adiacente ce ar putea fi implicate în suferința biliară

59) CM La bolnavii cu icter mecanic înaintea tratamentului chirurgical al litiazei de coledoc este necesară o perioadă de pregătire preoperatorie care constă în :

- a) Corectarea tulburărilor de coagulare
- b) Antibioterapie
- c) Cardiotonice la vârstnici
- d) Corectarea dezechilibrelor umorale
- e) Corectarea dezechilibrelor hidroelectrolitice

60) CM Icterul din sindromul coledocian se caracterizează prin :

- a) Apare primul în cadrul triadei Charcot
- b) Colorarea sclerelor și ulterior a tegumentelor
- c) Urinele sunt colorice
- d) Apare bradicardia
- e) Scaunele sunt hipocolice

61) CS Ce complicație inflamatorie poate surveni la un pacient cu litiază biliară cu un trecut simptomatic mai lung:

- a) Pancreatita biliară
- b) Hidrocolecistul
- c) Fistula biliară internă
- d) Colecistita acută
- e) Stenoza oddiană

62) CS Complicațiile mecanice ale litiazei biliare sunt :

- a) Colecistita acută
- b) Hidropsul vezicular
- c) Pancreatita biliară
- d) Stenoza oddiană
- e) Complicații degenerative

63) CS Icterul de etiologie benignă se caracterizează prin următoarele, cu excepția :

- a) Icter fluctuent
- b) Colica biliară precede icterul
- c) Se instalează fără a fi precedat de colică biliară
- d) Se instalează după circa 8 ore de la debutul bolii
- e) Inițial se constată colorarea sclerelor și apoi a tegumentelor

64) CM Colecistita cronică litiazică se caracterizează prin :

- a) Mucoasa este ușor inflamată
- b) Infecții mici și repetate la nivelul mucoasei colecistului
- c) Lumenul este aproape dispărut

- d) Vezicula biliară este mare cu pereții infiltrați sclerolipomatos
- e) Pericolecistita este intensă

65) CM Următoarele afirmații privind compoziția calculilor biliari sunt adevărate :

- a) Calculii de colesterină sunt galbeni
- b) Calculii de colesterină au aspect muriform
- c) Calculii pigmentari sunt maro
- d) Calculii micști sunt cei mai frecvent întâlniți
- e) Calculii din bilirubinat de calciu sunt varietatea cea mai des întâlnită

66. CM Calculii biliari de colesterină pură au următoarele caracteristici :

- a) Culoare maro
- b) Culoare galbenă
- c) Aspect muriform
- d) În zona noastră geografică se situează pe locul 2 ca frecvență
- e) Mici negri

PATOLOGIA PANCREASULUI

1) CM Pancreasul produce următorii fermenți:

- a) Alfa-amilaza
- b) Lipaza, fosfolipaza A și B
- c) Pepsina
- d) Tripsina, chimotripsina
- e) Elastaza, collagenaza

2) CS Forma supurativ-necrotică a pancreonecrozei corespunde fazei 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

3) CS Care dintre substanțele nocive apărute în evoluția pancreatitei acute, se formează în pancreasul ischemic și determină șocul pancreatic:

- a) Chininele
- b) Heparina
- c) Serotonina
- d) Kalicreina
- e) Histamina

4) CS Cel mai important compartiment al complexului terapeutic în pancreatita acută precoce este:

- a) Combaterea durerii, lichidarea spasmului, ameliorarea microcirculației
 - b) Tratamentul șocului și restabilirea homeostaziei
 - c) Suprimarea secreției pancreatice și inactivarea fermenților proteolitici
 - d) Diminuarea toxemiei
 - e) Prevenirea complicațiilor
-

5) CS Scopul principal în tratamentul pancreatitei acute hemoragice severe până la operație este:

- a) Combaterea durerii
 - b) Dezintoxicarea organismului
 - c) Lichidarea spasmului și ameliorarea microcirculației
 - d) Substituirea volumului plasmei circulante
 - e) Suprimarea secreției pancreatice
-

6) CM Metodele non-agresive în diagnosticul pancreatitei acute sunt următoarele:

- a) Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - b) Tomografia computerizată
 - c) Ultrasonografia abdominală
 - d) Colangiopancreatografia retrogradă
 - e) Termografia
-

7) CS Cel mai optimal volum de operații în pancreatita acută supurativ-necrotică este:

- a) Blocajul peripancreatic cu novocaină și antifermenți
 - b) Necrsechestrectomia cu drenarea bursei omentale
 - c) Rezeecția pancreasului
 - d) Abdominizarea pancreasului
 - e) Decapsularea pancreasului cu drenarea bursei omentale
-

8) CS Semnul Courvoisier-Terrier poate apărea în:

- a) Litiiza coledocului
 - b) Cancerul corpului pancreasului
 - c) Colangiocarcinomul de hil hepatic
 - d) Cancerul de pancreas cefalic
 - e) Neoplasmul vezicular
-

9) CM Care este amploarea intervenției chirurgicale în chistul pancreatic?

- a) Drenarea externă a chistului
 - b) Pancreatectomia
 - c) Gastrochistostomie
 - d) Jejunochistostomie
 - e) Colecistochistostomie
-

10) CS Care semn indică un pronostic grav în pancreatita acută:

- a) Hiperamilazemia
 - b) Hipocalcemia
 - c) Hiperglicemia
 - d) Hiperamilazuria
 - e) Leucocitoza
-

11) CS Semnul Korte în pancreatita acută reprezintă:

- a) Absența pulsației aortei abdominale
 - b) Silențiu abdominal
 - c) Durere în regiunea scapulo-humerală stângă
 - d) Sonoritate situată transversal în abdomenul superior
 - e) Rezistența musculară și durere în proiecția pancreasului
-

12) CM Tratamentul optimal indicat în chistul pancreatic supurat este:

- a) Chistogastrostomia
 - b) Pancreatectomia
 - c) Chistojejunostomia
 - d) Antibioticoterapia
 - e) Drenajul extern al chistului
-

13) CM Care semne radiologice sunt caracteristice pentru pancreatita acută?

- a) Pneumoperitoneumul
 - b) Ansa "santină"
 - c) Aerocolie pronunțată a colonului transvers
 - d) Distensie gazoasă abdominală difuză
 - e) Imagini hidroaerice multiple centrale
-

14) CS Elementele endocrine ale pancreasului se prezintă sub forma unor insule situate în:

- a) Țesutul parenchimos
 - b) Interstițiul conjunctiv din spațiile interlobulare
 - c) Țesutul adipos pancreatic
 - d) Septurile fibroase ale glandei
 - e) Spațiul retroperitoneal la nivelul cozii pancreasului
-

15) CS Cea mai răspândită și susținută de majoritatea cercetătorilor teorie a originii pancreatitei acute este:

- a) Teoria canaliculară
 - b) Teoria alergică (autoalergie)
 - c) Teoria fermentativă
 - d) Teoria vasculară
 - e) Teoria infecțioasă
-

16) CS Semnul Gobiet în pancreatita acută prezintă :

- a) Rezistența 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 pe stânga
-

17) CM Care din elementele mai jos enumerate sunt cele mai frecvente și valoroase în diagnosticul pancreatitei cronice?

- a) Hiperamilazemia și/sau hiperamilazuria
 - b) Scăderea ponderală
 - c) Vomele
 - d) Durerea
 - e) Tumoră epigastrică dură, fixă, boselată
-

18) CS Cea mai exactă metodă în diagnosticul pancreatitei acute complicată de peritonită fermentativă este:

- a) Radiografia baritată a tractului digestiv
 - b) Ultrasonografia
 - c) Scintigrafia
 - d) Laparoscopia
 - e) Pancreatocolangiografia retrogradă endoscopică
-

19) CS Cea mai eficace metodă de inactivare a fermenților proteolitici în pancreatita acută este:

- a) Diureza forțată
 - b) Administrarea antienzimelor în doze mari și pe cale diversă
 - c) Lavajul laparoscopic al cavității abdominale
 - d) Limfosorbția, limfostoma
 - e) Transfuziile directe de sânge
-

20) CM La prezența unui pseudochist pancreatic cefalic maturizat sunt indicate următoarele procedee operatorii:

- a) Chistogastrostomia
 - b) Chistoduodenostomia
 - c) Chistojejunostomia
 - d) Chistectomia
 - e) Duodenopancreatectomia cefalică
-

21) CS În cazul pancreatitei cronice determinate de stenoza papilei Water, cea mai indicată operație este:

- a) Rezecția cefalică a pancreasului (Duval)
- b) Pancreatojejunostomia longitudinală (Puestow)
- c) Pancreatojejunostomia caudală (Duval)

- d) Papilosfincterotomia, virsungotomia endoscopică
- e) Papilectomia

22) CM Care dintre semnele mai jos enumerate au valoare în diagnosticul precoce al pancreatitei acute?

- a) Zonele de cianoză periombilicală
- b) Creșterea tranzitorie a tensiunii arteriale
- c) Dispnee cu polipnee
- d) Febră de tip hectic
- e) Discordanța dintre gravitatea semnelor generale și starea obiectivă a pacientului

23) CS Semnul Grey-Turner în pancreatita acută semnifică:

- a) Tegumente abdominale marmorate
- b) Echimoza și cianoza 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

24) CS Pentru suprimarea secreției pancreatice se întreprind un șir de măsuri curative. Cel mai rar indicat, ca urmare a efectelor secundare este:

- a) Aspirația nazogastrală
- b) Hipotermia locală extra- și intragastrică
- c) Masa 0
- d) Atropina 0,1% - 1,0 x 3 ori on zi
- e) 5-Fluoruracil

25) CS Semnul Cullen în pancreatita acută semnifică:

- a) Tegumente abdominale marmorate
- b) Echimoza și cianoza periombilicală
- c) Durere în punctul costo-vertebral stâng
- d) Ansă santinelă la o radiografie abdominală simplă
- e) Durere la palpare în punctul subcostal stâng

26) CM În pancreatita acută radiografia abdominală de ansamblu care cuprinde și lojile pulmonare poate semnifica următoarele:

- 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 diafrmatice stângi

27) CS În faza I (de edem) a pancreatitei acute tratamentul cel mai optimal este:

- a) Tratamentul conservativ complex, iar în cazuri necesare - laparoscopie cu evacuarea exudatului

- și drenarea abdomenului și bursei omentale
- b) Laparotomie cu asanarea căilor biliare și drenare
 - c) Laparotomie, decapsularea pancreasului
 - d) Laparotomie, blocaj peripancreatic
 - e) Laparotomie, "abdominizarea" pancreasului
-

28) CS Un pancreas sănătos secretă suc pancreatic în 24 ore în mediu (ml):

- a) 1500 - 2500
 - b) 600 - 700
 - c) 300 - 400
 - d) 1000 - 1500
 - e) 400 - 500
-

29) CM Pancreatita acută se deosebește de ulcerul duodenal perforat prin:

- a) Prezența durerii
 - b) Prezența pneumoperitoneului
 - c) Prezența stării de șoc
 - d) Iradierea durerii
 - e) Prezența oliguriei
-

30) CM Pancreasul produce următorii hormoni:

- a) Gastrina
 - b) Insulina
 - c) Somatostatina
 - d) Glucagonul
 - e) Polipeptida pancreatică
-

31) CS În 85-90% cazuri pancreatita acută prezintă forma:

- a) Interstițială (edematoasă)
 - b) Necrotică
 - c) Hemoragică
 - d) Infiltrativ - necrotică
 - e) Supurativ - necrotică
-

32) CM Pentru pancreatita acută sunt caracteristice următoarele modificări ale sângelui:

- a) Leucocitoză (15-20.000)
 - b) Monocitoză
 - c) Deviere spre stânga
 - d) Anemie
 - e) Limfopenie
-

33) CS Pentru combaterea durerii, lichidarea spasmului oddian și ameliorarea microcirculației se administrează și efectuează următoarele preparate și respectiv manipulații, cu excepția:

- a) Blocajul epidural în segmentul T7 - T8 cu lidocaină 3%
 - b) Morfină 1% i/m fiecare 4 ore
 - c) Novocaină 1% - 10 ml i/v
 - d) Baralgină 2,0 i/m fiecare 6-8 ore
 - e) Reopoliglucină + heparină + eufilină i/v
-

34) CM Complicațiile precoce în pancreatita acută sunt următoarele:

- a) Peritonita fermentativă
 - b) Șocul pancreatic
 - c) Fistula digestivă
 - d) Atelectazie în segmentele bazale ale pulmonului stâng
 - e) Encefalopatia
-

35) CM În pancreatita acută prognosticul 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
-

36) CM Avantajele diagnostice ale ecografiei abdominale în pancreatita acută sunt:

- a) Accesibilitatea în urgență
 - b) Confirmarea suspiciunii clinice în toate cazurile
 - c) Monitorizarea evoluției procesului din pancreas
 - d) Diagnosticul rapid al litiazei veziculare
 - e) Caracterul non-invaziv
-

37) CM Care dintre elementele mai jos enumerate pot fi atribuite pancreatitei acute?

- a) Proces inflamator acut al pancreasului exocrin
 - b) Tulburările psihice pot domina tabloul clinic
 - c) Revărsat pleural stâng
 - d) Ansa "santină"
 - e) Pneumoperitoneum
-

38) CM Șocul precoce în pancreatita acută severă este declanșat de:

- a) Sechestrarea lichidiană în sectorul III Randall
 - b) Hiperhistaminemie
 - c) Hiperlipazemie
 - d) Contaminare microbiană
 - e) Eliberarea chininelor vasoactive
-

39) CM În cadrul traumatismelor abdominale deschise tratamentul plăgilor pancreasului caudal cunoaște următoarea gamă de procedee chirurgicale:

- a) Sutura
- b) Hemostaza
- c) Duodenopancreatectomia
- d) Rezecția pancreasului
- e) Drenarea bursei omentale

40) CM Care explorare imagistică oferă date esențiale în diagnosticul de urgență al pancreatitei acute?

- a) Examenul radiologic de ansamblu al abdomenului
- b) Colangio-wirsungografia endoscopică
- c) Ecografia abdominală
- d) Tomografia computerizată
- e) Scintigrafia

41) CM Complicațiile pseudochistului pancreatic sunt:

- a) Eruperea pseudochistului în cavitatea peritoneală
- b) Hemoragia intrachistică
- c) Eroziunea aortei
- d) Stenoza digestivă
- e) Abcedarea

42) CM Care dintre afirmațiile privind tratamentul medicamentos al pancreatitei acute sunt adevărate?

- a) Morfina este utilizată pentru combaterea durerii
- b) Novocaina posedă efect hiposecretor
- c) Efectul antisecretor al medicației este potențiat de suprimarea alimentației enterale
- d) Antibioticoterapia este indicată de la debutul afecțiunii
- e) Refrigerarea gastrică scade secreția enzimelor prin creșterea tonusului vagal

43) CM Laparoscopia de urgență este indicată în pancreatita acută biliară cu scopul:

- a) Diagnosticului și evitării laparotomiei
- b) Efectuării colecistectomiei
- c) Drenării cavității peritoneale la prezența peritonitei fermentative
- d) Recoltării exudatului peritoneal
- e) Drenării coledocului

44) CS În cadrul teoriei patogenice a pancreatitei acute, care dintre factorii patogenici mai jos enumerați este considerat constant principal în declanșarea procesului de pancreatită acută?

- a) Hiperpresiunea intracanalară
- b) Refluxul biliopancreatic
- c) Refluxul duodenopancreatic
- d) Coledocolitiaza

e) Litiiza biliară

45) CS Care din următoarele prezintă leziunea anatomopatologică fundamentală în pancreatita cronică?

- a) Litiiza wirsungiană
- b) Necroza pancreasului
- c) Fibroscleroza pancreasului
- d) Pancreatita acută supurativă
- e) Pseudochistul pancreatic

46) CS Caracterizați chisturile pancreasului :

- a) Sunt de obicei maligne
- b) Frecvent dau tulburări de compresiune
- c) Se pot diagnostica ecografic
- d) Se mobilizează cu respirația
- e) Conțin lichid sub tensiune

47) CM Referitor la diagnosticul paraclinic al pancreatitei acute, sunt adevărate următoarele afirmații:

- a) Scăderea amilazei în ser este consecința remisiunii pancreatitei acute
- b) Scăderea amilazei în ser este consecința autodistrugerii pancreasului prin liza enzimatică
- c) Leucocitoza apare tardiv în evoluția pancreatitei acute
- d) Amilaza sanguină crește la valori semnificative din primele ore ale bolii
- e) USG evidențiază schimbări în parenchimul pancreatic

48) CM Laparoscopia de urgență este indicată în pancreatita acută biliară pentru :

- a) Diagnosticul precoce și evitarea laparotomiei
- b) Colecistomie în colecistitele acute
- c) Drenajul peritonitei chimice
- d) Recoltare de exudat peritoneal
- e) Drenajul căii biliare principale

49) CM În pancreatita acută la palparea abdomenului se poate constata:

- a) Matitate deplasabilă pe flancuri
- b) Durere difuză, mai marcată în epigastru și hipocondrul stâng
- c) Zona de împăstare în epigastru, hipocondrul drept sau (și stâng)
- d) Hepatomegalie neuniformă
- e) Prezența undelor peristaltice

50) CM În pancreatita acută radiografia abdominală simplă evidențiază:

- a) Pneumobilie
- b) Pneumoperitoneu
- c) Distensie gazoasă a colonului transvers

- d) Distensie gazoasă a primei anse jejunale
- e) Hemobilie

51) CM În pancreatita acută examenul local al abdomenului poate pune în evidență:

- a) Împastarea epigastrică
- b) Tegumente marmorate în epigastru și periombilical
- c) Dispariția matității hepatice
- d) Distensia globală a abdomenului
- e) Matitate declivă a abdomenului

52) CS În pancreatitele acute, procesul de activare a enzimelor digestive de către hidrolazele lizosomale se realizează la nivelul:

- a) Canalului Wirsung
- b) Ampulei Vater
- c) Celulelor acinare
- d) Celulelor pancreasului endocrin
- e) Lojei pancreatice

53) CS Simptomul major caracteristic pancreatitelor acute îl reprezintă:

- a) Distensia abdominală
- b) Greața
- c) Vărsătura bilioasă
- d) Durerea abdominală
- e) Paloarea tegumentară

54) CM Criteriile Ranson/Imrie de evaluare la internarea pacienților cu pancreatită acută includ:

- 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

55) CM Afectarea pleuro-pulmonară întâlnită în pancreatitele acute constă în :

- a) Atelectazie pulmonară
- b) Pneumonie
- c) Sindrom de detresă respiratorie a adultului
- d) Infiltrat nodular apical
- e) Hidrotorace

56) CM Complicațiile metabolice care pot surveni în evoluția unei pancreatite avute sunt:

- a) Hiperglicemia
- b) Hipocalcemia
- c) Hipofosfatemia

- d) Alcaloză hipercloremică
- e) Hipomagnezemia

57) CS Măsurile terapeutice de tratament eficiente în pancreatita acută sunt :

- a) Medicația anticolinergică
- b) Administrarea de gabexate
- c) Octreotidul
- d) Glucagonul
- e) Glucocorticoizii

58) CM Pancreatita acută severă se caracterizează prin următoarele :

- a) Albumina serică > 32 g/l
- b) Lactatdehidrogenaza serică >500 U/l
- c) Valori crescute ale amilazei serice
- d) Semnul Cullen
- e) Hemoconcentrație

59) CM Preparatele medicamentose responsabile în mod definit de producerea pancreatitei acute sunt:

- a) Furosemidul
- b) Penicilină
- c) Rifampicină
- d) Acid valproic
- e) Pentamidină

60) CM Factorii ce influențează negativ pronosticul în pancreatita acută sunt:

- a) Lichidul peritoneal sero-citrin
- b) Vârsta pacientului > 55 ani
- c) Obezitatea
- d) ASAT seric între 100- 200 U/L
- e) Hipoxemia ($PO_2 < 60$ mm Hg)

61) CM În pancreatita acută tripsina activează :

- a) Elastaza
- b) Carboxipeptidaza
- c) Anhidraza
- d) Amilaza
- e) Peptidaza

62) CM Hemoragia retroperitoneală disecantă în pancreatita acută se exteriorizează tardiv realizând:

- a) Semnul lui Mallet-Guy
- b) Semnul lui Gray Turner
- c) Semnul lui Gullen

- d) Semnul lui Mayo- Robson
- e) Semnul lui Blumer

63) CM Semnele clinice și paraclinice evaluate la internare în scorul Ronson sunt:

- a) Lactatdehidrogenaza peste 350 U/l
- b) Vârsta pacientului peste 55 ani
- c) Hipocalcemie sub 8 mg/l
- d) Glicemia > 200 mg/dl
- e) ASAT peste 250 USF

64) CM Indicațiile operatorii de urgență imediată în pancreatita acută permit :

- a) Evacuarea colecțiilor din loja pancreatică
- b) Capsulotomie
- c) Sfincterotomia
- d) Sechestrectomia
- e) Drenaj cavității peritoneale și a bursei omentale

65) CM Operațiile în urgența întârziată în pancreatita acută permit:

- a) Efectuarea colecistectomiei
- b) Drenarea coledocului
- c) Debridarea focarelor necrotice
- d) Necrosectomie
- e) Drenaj-lavaj cavității peritoneale și a bursei omentale

66) CM Durerea în pancreatita acută se caracterizează prin :

- a) Este simptomul major
- b) Intensă, atroce
- c) Intermitentă
- d) Rezistentă la analgeticele obisnuite
- e) Se acompaniază frecvent de greturi și vărsături

67) CS În diagnosticul clinic al pancreatitei acute durerea este :

- a) Simptom secundar
- b) Redusă ca intensitate
- c) Simptomul major
- d) Discontinuuă
- e) Migratorie

68) CM Leziunile fundamentale din pancreatita acută sunt :

- a) Inflamația interstițială a țesutului pancreatic
- b) Cheratinizarea țesutului pancreatic
- c) Hemoragia arozivă
- d) Necroza țesutului pancreatic

e) Hialinizarea țesutului pancreatic

TRAUMATISMELE ABDOMINALE

1) CS Plaga parietală simplă, cu un orificiu de intrare și unul de ieșire poartă denumire:

- a) Plagă penetrantă
- b) Plagă penetrantă, dar neperforată
- c) Plagă perforată
- d) Plagă în seton
- e) Plagă oarbă

2) CS În leziunile multiple ale jejunului în perioada de până la 6 ore după traumă, operația de elecție este:

- a) Sutura defectelor
- b) Rezeecția segmentului lezat cu anastomoză "termino-terminală"
- c) Rezeecția segmentului lezat cu anastomoză "termino-laterală"
- d) Jejunostomia terminală
- e) Jejunostomia tip Maydl

3) CS Majoritatea absolută (90%) a traumatismelor abdominale sunt multiple, cauza principală fiind:

- a) Plăgile prin armă de foc
- b) Plăgile prin armă albă
- c) Catatraumatismele
- d) Accidentele de circulație
- e) Traumatismele sportive

4) CS Cota traumatismelor abdominale pure (neasociate) este minimă (10%), deoarece cauza principală a traumatismelor în zilele noastre o constituie:

- a) Accidentele rutiere
- b) Plăgile prin armă de foc
- c) Plăgile prin armă albă
- d) Catatraumatismele
- e) Traumatismele sportive

5) CM Diagnosticul tardiv al leziunilor extraperitoneale ale 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-un flegmon retroperitoneal
- d) Lipsa peritonitei difuze în primele ore de la traumatism
- e) Virulența scăzută a infecției din duoden

6) CS La un pacient cu plagă prin armă de foc s-a constatat lezarea ficatului, leziuni ale intestinului subțire și ale mezoului acestuia. Denumirea corectă a traumatismului dat este:

- a) Traumatism complex multiplu (multivisceral)
- b) Traumatism simplu
- c) Plagă în seton
- d) Traumatism asociat
- e) Plagă transfixiantă

7) CS Pacientul a suferit un accident rutier. 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) Politraumatism
- c) Traumatism asociat
- d) Traumatism simplu
- e) Traumatism combinat

8) CS Diagnosticul leziunilor porțiunii retroperitoneale ale duodenului este foarte dificil. Printre semnele clinice cel mai important este:

- a) Blumberg
- b) Mandel-Razdolski
- c) Grassman-Kulenkampf
- d) Bernștein
- e) Vighiato

9) CM Cele mai utile metode de diagnostic a traumei pancreasului sunt:

- a) USG
- b) Laparocenteza
- c) Radioscopia de ansamblu a abdomenului
- d) Laparoscopia
- e) Tomografia computerizată

10) CS In leziunile transversale ale pancreasului cu lezarea Wirsungului la nivelul corpului organului, cea mai indicată operație este:

- a) Sutura parenchimului cu plastia Wirsungului
- b) Rezecția porțiunii distale a organului
- c) Drenarea ambelor segmente ale Wirsungului cu drenarea bursei omentale
- d) Sutura parenchimului cu drenarea Wirsungului
- e) Pancreatectomia

11) 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
-

12) 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
-

13) CM Leziunea stomacului mai frecvent are loc în traumatismele deschise (6-12%) decât în cele închise (2-3%). Cele mai utile procedee diagnostice sunt:

- a) Laparoscopia
 - b) Radiografia abdominală de ansamblu
 - c) USG
 - d) Laparocenteza
 - e) Tomografia computerizată
-

14) CM În trauma închisă a abdomenului predomină leziunea organelor parenchimotoase, care în 40% cazuri sunt multiple. Cele mai frecvente sunt leziunile:

- a) Pancreasului
 - b) Splinei
 - c) Ficatului
 - d) Rinichilor
 - e) Suprarenalelor
-

15) CS În diagnosticul leziunilor organelor cavitate cel mai miniinvaziv, dar și foarte informativ procedeu este:

- a) USG
 - b) Laparoscopia
 - c) Radiografia abdominală de ansamblu
 - d) Laparocenteza
 - e) Tomografia computerizată
-

16) CM În leziunile coledocului, inclusiv cele iatrogene, plastia cu viză fiziologică se efectuează pe dren:

- a) Kehr
 - b) Dogliotti
 - c) Duval
 - d) Cattle-Champeau
 - e) Baylys-Smirnov-Eristavi
-

17) CS Cele mai frecvente leziuni ale pancreasului sunt cele:

- a) Deschise univiscerale
 - b) Deschise asociate
 - c) Închise univiscerale
 - d) Închise complexe multiviscerale
 - e) Combinat
-

18) CM Sindromul Reily semnifică un abdomen acut fals, și este întâlnit în:

- a) Traumatismele vertebro-medulare
 - b) Fracturile coastelor cu revărsat intrapleural
 - c) Hematoamele retroperitoneale
 - d) Rupturile spontane incomplete ale mușchilor abdominali cu hematom preperitoneal sau supraaponevrotic
 - e) Hematomul peretelui abdominal anterior
-

19) 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
-

20) CM Indicațiile absolute pentru laparotomia de urgență sunt:

- a) Plăgile penetrante cu eviscerația epiploonului
 - 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
-

21) CM Reluarea hemoragiei în leziunile splinei în 2 timpi este determinată de tuse, vome, efort fizic, și survine:

- a) În primele 2-3 zile de la traumatism
 - b) În primele 2 săptămâni de la traumatism
 - c) Peste 24 ore de la traumatism
 - d) Concomitent cu momentul traumei
 - e) În primele 24 ore de la traumatism
-

22) CM Care investigații paraclinice sunt informative în diagnosticul leziunilor ficatului:

- a) Examenul radiologic de ansamblu al abdomenului
- b) Laparocenteza
- c) Laparoscopia
- d) Tomografia computerizată
- e) USG

23) CS Hemobilia cel mai frecvent apare în caz de :

- a) Ruptură a unui anevrism de a. hepatică
- b) În traumatismul hepatic
- c) În colecistita gangrenoasă
- d) În hepatita virală
- e) În hemangiomul hepatic

24) CS Diagnosticul leziunilor diafragmatice cuprinde următoarele, exceptând :

- a) Durerile toracice accentuate la respirație și tuse
- b) Murmurul vezicular diminuat
- c) La nivelul hemitoracelui lezat poate fi prezentă matitate și sonoritate
- d) Prezența zgomotelor hidroaerice la nivelul hemitoracelui respectiv
- e) Păstrarea matității hepatice

25) CM Hematomul retroperitoneal se manifestă prin:

- a) Semne de șoc hipovolemic
- b) Dureri abdominale sau lombare
- c) Abdomenul este suplu
- d) La percuție, matitate nedeplasabilă pe flancuri
- e) Întotdeauna se impune intervenția chirurgicală

26) CM La un traumatizat sondajul vezicii urinare permite:

- a) A depista leziunea rinichiului
- b) A depista leziunea vezicii urinare
- c) A stabili prezența simptomului Zeldovici
- d) A urmări diureze orară
- e) A depista retenția acută de urină

27) CS Pericolul rupturilor subscapulare ale splinei ține de posibilitatea:

- a) Compresiunii organelor adiacente
- b) Abscedării
- c) Hemoragiei tardive
- d) Trombozei venei lienale
- e) Apariției unei formațiuni chistice

28) CM Hemoperitoneumul în ruptura de splină se traduce prin:

- a) Dispariția matității hepatice
- b) Dureri în hipocondrul stâng iradiate în umărul stâng
- c) Apărare sau contractură în hipocondrul stâng
- d) Hemobilie (melenă+icter +dureri în hipocondrul drept)
- e) Fundul de sac Douglas suplu, nedureros

29) CM Hemoragia intraperitoneală în doi timpi se poate produce prin traumatizarea:

- a) Ficatului
- b) Pancreasului
- c) Splinei
- d) Venei porte
- e) Rinichiului

30) CM Sindromul de hemoragie internă intra- sau retroperitoneală se poate datora lezării:

- a) Unui organ parenchimos
- b) Intestinului subțire
- c) Intestinului gros
- d) Mezourilor
- e) Vaselor mari

31) CS Numiți organ este cel mai frecvent afectat în traumatismele abdominale?

- a) Intestinul
- b) Stomacul
- c) Splina
- d) Ficatul
- e) Pancreasul

32) CS Pentru definirea ca penetrantă a unei plăgi abdominale se presupune existența unei soluții de continuare la nivelul :

- a) Pielii și țesutului celular al abdomenului
- b) Peretelui musculo-aponevrotic abdominal
- c) Peritoneului parietal
- d) Peretelui unui viscer cavitat
- e) Structurilor unui viscer parenchimos

33) CS În hematumul perisplenic semnul Ballance este reprezentat de :

- a) Durere la palparea hipocondrului stâng
- b) Iradierea durerii în umărul stâng la inspir profund
- c) Matitate deplasabilă pe flancuri
- d) Matitate regională la percuția flancului stâng
- e) Bombarea fundului de sac Douglas

34) CM În leziunile traumatice colo-rectale tratamentul chirurgical are ca obiective:

- a) Realizarea prin ileostomie sau colostomie a unei derivații extreme
- b) Rezolvarea adecvată a leziunii colorectale
- c) Toaletă peritoneală
- d) Drenaj - lavaj peritoneal
- e) Alimentație parenterală prelungită

35) CS Revărsatul Morel-Lavalle al peretelui abdominal definește :

- 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

36) CS Care din manifestările clinice tardive menționate mai jos pot fi consecința unor leziuni abdominale posttraumatice:

- a) Hemoragia intraperitoneală în 2 și/sau 3 timpi
- b) Pneumonie
- c) Peritonita primară
- d) Sindromul Mendelsohn
- e) Septicemia

37) CM Care din simptomele și semnele clinice enunțate definesc sindromul de hemoragie internă intra sau retroperitoneală rapid instalată:

- a) Tendința la colaps
- b) Tegumente și mucoasele palide
- c) Abdomen balonat cu matitate declivă deplasabilă
- d) Douglas suplu, nedureros
- e) Contractură abdominală

38) CM Care din enunțurile de mai jos constituie mecanismul indirect de producere de leziuni viscerale în caz de contuzii abdominale:

- a) Smulgeri de pediculi vasculari prin contralovitură
- b) Leziuni mediate de fragmente osoase
- c) Creșterea presiunii intraabdominale și strivirea pe diafragm a viscerelor parenchimotoase
- d) Smulgerea pediculelor vasculari și dezinserția mezourilor viscerelor cavitare pline în cursul căderii bruște
- e) Rostogolirea

39) 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 hematumul
- e) Lezarea ramurilor arteriale epigastrice

40) CS Sunt adevărate următoarele privind explorările imagistice în traumatismele abdominale:

- a) Sigmoidoscopia nu are nici o valoare în cazul traumatismelor colonului
- b) Radiografia abdominală și ecografia constituie metodele cele mai utilizate în traumatismul ficatului
- c) Radiografia abdominală pe gol e 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 substanța de contrast

41) CM Splenectomia este obligatorie în următoarele cazuri de traumatism splenic:

- a) Imposibilitatea realizării hemostazei
- b) Prezența hematomului subscapular
- c) Afectarea hilului splenic
- d) Nici un răspuns nu este corect
- e) Existența de leziuni majore asociate

42) CM Cu privire la tabloul clinic din traumatismele abdominale sunt adevărate următoarele afirmații:

- a) Poate fi necaracteristic și înșelător
- b) Șocul poate modifica tabloul clinic
- c) Sindromul de hemoragie internă intraperitoneală nu apare în cazul lezării organelor intrapapenchimatoase
- d) Sindromul de iritație peritoneală e consecutiv lezării organelor cavitare
- e) Hipovolemia caracterizează sindromul de iritație peritoneală traumatică

43) CM Cu privire la frecvența afectării viscerale în traumatismele abdominale sunt adevărate cu excepția:

- a) Splina e cel mai des afectată
- b) Traumatismele intestinului subțire sunt mai dese decât cele ale duodenului și colonului
- c) Contuziile stomacului sunt mai frecvente decât plăgile penetrante gastrice
- d) Ficatul și splina sunt mai puțin interesate
- e) Traumatismele iatrogene ale colonului constituie un procent mic

PERITONITELE

1) CM Pentru faza toxică a peritonitei este caracteristică următoarea gamă simptomatică:

- a) Tahicardie
 - b) Leucocitoză elevată cu deviere spre stânga
 - c) Abdomen balonat, dureros
 - d) Prevalarea simptomelor locale asupra celor generale
 - e) Vome frecvente bilioase
-

2) CM În diagnosticul peritonitelor acute localizate se utilizează diverse procedee. Indicați două dintre cele ce înlesnesc diagnosticul în oricare localizare:

- a) Tușeul vaginal și rectal
 - b) Ultrasonografia abdominală
 - c) Laparoscopia
 - d) Puncția abdominală
 - e) Radiografia abdominală în ortostatism
-

3) CS Manevra Blumberg în apendicita acută constă:

- a) Durere vie la decompresia bruscă a fosei iliace drepte
 - b) Durere provocată la palparea fosei iliace drepte
 - c) Durere în fosa iliacă dreaptă la extensia corpului
 - d) Durere la palpare în fosa iliacă dreaptă cu iradiere în epigastru
 - e) Durere în fosa iliacă dreaptă la insuflarea aerului în rect
-

4) CM Durerea în peritonită are următoarele caracteristice:

- a) Poate fi mascată de administrarea opiaceilor
 - b) Întotdeauna se instalează brusc
 - c) Se poate asocia cu senzația de sete
 - d) Se poate generaliza pe toată suprafața abdomenului
 - e) Întotdeauna corespunde organului afectat
-

5) CS La un bolnav cu apendicită acută, după debutul căreia au trecut 24 ore, se determină semne de peritonită în fosa iliacă dreaptă și bazinul mic (regiunea suprapubiană). Această peritonită este:

- a) Localizată limitată
 - b) Localizată nelimitată
 - c) Generalizată difuză
 - d) Generalizată totală
 - e) Abces al spațiului Douglas
-

6) CM Semnele precoce ale peritonitei acute generalizate includ următoarele:

- a) Dureri abdominale
 - b) Contractură musculară
 - c) Imobilitatea peretelui abdominal
 - d) Vome fecaloide
 - e) Subfebrilitate
-

7) CS Pierderile de proteine și lichide în peritonita difuză ating cifrele de 300 g și respectiv 9-10 l. La baza acestor pierderi se află în primul rând:

- a) Schimbările microcirculației
- b) Pareza intestinală
- c) Dereglările macrocirculației
- d) Alcaloza respiratorie

e) Dereglările funcției renale

8) CM După lavajul cavității peritoneale în peritonita difuză purulentă, cavitatea peritoneală se drenează, respectând următoarele principii:

- a) Drenul se va exterioriza prin calea de acces
 - b) Drenurile se exteriorizează la distanță de plaga operatorie
 - c) În perioada postoperatorie se va efectua lavajul fracționat al spațiilor drenate
 - d) Se introduc antibiotice
 - e) Introducerea antibioticelor se va repeta fiecare 4-6 ore
-

9) CS Deschiderea abcesului periapendicular se efectuează:

- a) Extraperitoneal conform manevrei Pirogov
 - b) Prin accesul McBurney
 - c) Prin laparotomie medie inferioară
 - d) Prin laparotomie medie mediană
 - e) Prin lumbotomie
-

10) CS Într-o peritonită difuză la debut examenul clinic relevă:

- a) Meteorism abdominal
 - b) Echimoză periombilicală
 - c) Desenul mușchilor dreپți abdominali vizibili
 - d) Abdomenul imobil cu mișcări respiratorii absente
 - e) Semnul Kussmaul
-

11) CM Printre măsurile terapeutice generale în peritonită un rol de primă importanță îi revine combaterii ileusului paralytic. În acest scop sunt indicate următoarele manipulații:

- a) Blocaj novocainic, blocaj epidural
 - b) Perfuzii de potasiu cu glucoză și insulină
 - c) Decompresia tubului digestiv
 - d) Stimularea inervației simpatice
 - e) Stimularea peristaltismului intestinal
-

12) CM Dereglările microcirculației sunt mai evidente în faza II și III a peritonitei purulente, și sunt determinate de următorii factori:

- a) Hipokaliemie
 - b) Diminuarea hematocritului
 - c) Acidoza metabolică intracelulară
 - d) Dereglări proteice
 - e) Dereglări hidrosaline
-

13) CS La un bolnav cu ulcer perforat, internat peste 10 ore de la debutul bolii constatăm: limba de umeditate scăzută și saburată, Ps - 96 b/min., TA - 120/70 mm Hg, dispnee, durere violentă în abdomen, la palpare - "abdomen de lemn", leucocitoza - 16.000. Indicați faza peritonitei:

- a) Faza reactivă
 - b) Faza toxică
 - c) Faza terminală
 - d) Faza complicațiilor septice
 - e) Faza inițială a insuficienței poliorganice
-

14) CM În ulcerul duodenal perforat cu peritonită purulentă de 48 ore și stare toxico-septică se vor efectua următoarele intervenții chirurgicale:

- a) Rezecție gastrică 2/3
 - b) Suturarea solitară a ulcerului
 - c) Suturarea ulcerului procedeul Oppel-Policarpov
 - d) Excizia ulcerului cu piloroplastie
 - e) Rezecție economă de stomac
-

15) CS Cea mai frecventă cauză de infectare a cavității peritoneale este:

- a) Perforația organelor cavitare
 - b) Calea hematogenă
 - c) Eruperea în cavitatea peritoneală a hidronefrozei
 - d) Calea limfogenă
 - e) Nici una din cele indicate
-

16) CM Pentru peritonita difuză cauzată de perforația unui organ cavitare sunt caracteristice următoarele semne:

- a) Blumberg
 - b) Mendel-Razdolskii
 - c) Păstrarea matității hepatice
 - d) "Semnul tusei"
 - e) Grassman-Kulencampf
-

17) CS Un bolnav cu ulcer duodenal este spitalizat peste 32 ore după perforație având următoarele semne: limba uscată, saburată, Ps - 120 b/min., TA - 90/40 mm Hg, respirații - superficiale, 32 pe minut, facies Hipocraticus, abdomen balonat, dureros pe toată aria, silențiu abdominal, Le - 25.000. Peritonita se află în faza:

- a) Faza reactivă
 - b) Faza toxică
 - c) Faza terminală
 - d) Faza de formare a abcesului
 - e) Faza inițială a bolii
-

18) CM Pledează pentru diagnosticul de peritonită difuză prin perforație gastroduodenală:

- a) Prezența antecedentelor biliare
- b) Amilazuria scăzută
- c) Pneumoperitoneum
- d) "Semnul tusei"

e) Vomele fecaloide

19) CM Contractura musculară este un semn major al peritonitei, însă poate lipsi în următoarele cazuri:

- a) La bătrâni
 - b) La copii
 - c) Dacă au fost administrate antibiotice
 - d) La cașectici
 - e) Dacă au fost administrate opiacee
-

20) CS Tratatamentul peritonitei acute generalizate include mai multe compartimente, rolul principal revenind:

- a) Intervenției chirurgicale
 - b) Terapiei cu antibiotice
 - c) Corecției modificărilor grave metabolice
 - d) Restabilirii funcției tractului digestiv
 - e) Profilaxiei complicațiilor
-

21) CM Având o suprafață de circa 2 m^2 , peritoneul are următoarele funcții:

- a) De răspândire a infecției
 - b) De fixare a organelor intraabdominale
 - c) De protecție antiinfecțioasă
 - d) De rezorbție
 - e) De secreție
-

22) CM Peritonitele pot fi acute și cronice. Cele cronice pot fi de următoarea origine:

- a) Tuberculoasă
 - b) Canceroasă
 - c) Parazitară
 - d) Bilioasă
 - e) Urinară
-

23) CM În ulcerul duodenal perforat cu peritonită acută generalizată se întâlnesc următoarele semne:

- a) Durere epigastrică
 - b) Contractură musculară
 - c) Creșterea matității hepatice
 - d) Pneumoperitoneum
 - e) Durere la tușeul rectal la nivelul fundului de sac Douglas
-

24) CM Intervenția chirurgicală în peritonita difuză purulentă include următoarele etape consecutive:

- a) Suprimarea sursei peritonitei

- b) Profilaxia insuficienței poliorganice
 - c) Sanarea cavității peritoneale
 - d) Drenarea cavității peritoneale
 - e) Profilaxia complicațiilor postoperatorii precoce
-

25) CM Durerea la debut într-o peritonită difuză prin perforație digestivă are următoarele caracteristici:

- a) Debut lent, insidios
 - b) Debut ca "lovitura de pumnal"
 - c) Intensitate medie
 - d) Provoacă dispnee
 - e) Șocogenă
-

26) CM Examenul obiectiv local al abdomenului constată semne foarte importante pentru diagnosticul de peritonită. Sugestive în acest sens sunt:

- a) Durerea provocată, localizată sau difuză
 - b) Apărarea sau contractura musculară difuză
 - c) Timpanism abdominal difuz
 - d) Matitate abdominală deplasabilă în fazele tardive
 - e) Mobilitate activă a peretelui abdominal
-

27) CM Tratamentul chirurgical în peritonitele difuze este obligator. Scopul intervenției chirurgicale este:

- a) Laparotomia largă
 - b) Suprimarea sursei de contaminare
 - c) Activarea medicamentoasă preoperatorie a intestinului
 - d) Toaleta cavității peritoneale
 - e) Drenarea cavității peritoneale
-

28) CM După extinderea procesului inflamator peritonitele sunt:

- a) Difuze
 - b) Primare
 - c) Localizate
 - d) Secundare
 - e) Criptogene
-

29) CM Dintre explorările imagistice în peritonită :

- a) Radiografia abdominală simplă relevă pneumoperitoneul în orice perforație a tubului digestiv
 - b) Radiografia abdominală simplă constată distensie gazoasă pronunțată a intestinului
 - c) Ecografia abdominală evidențiază revărsatul lichidian
 - d) Tomografia computerizată este o investigație de primă intenție
 - e) Scintigrafia este absolut necesară preoperator pentru determinarea cauzei peritonitei
-

30) CM Reechilibrarea electrolitică eficientă în peritonite are ca efecte:

- a) Normalizarea caracteristicilor pulsului
 - b) Tahicardia
 - c) Scăderea în continuare a presiunii venoase centrale
 - d) Creșterea debitului urinar la oră
 - e) Ameliorarea stării generale a bolnavului
-

31) CM Lavajul cavității peritoneale în cazul peritonitelor acute difuze:

- a) Nu este întotdeauna necesar
 - b) Se efectuează cu lichide la temperatura camerei
 - c) Se pot folosi antiseptice
 - d) Se efectuează de mai multe ori înainte de a închide abdomenul
 - e) Este urmată de drenajul larg al cavității peritoneale
-

32) CS În diagnosticul de peritonită cel mai esențial este:

- a) Examenul radiologic pe gol
 - b) Examenul local
 - c) Examenul de laborator
 - d) Examinările paraclinice
 - e) Puncția peritoneală
-

33) CS Cea mai frecventă cauză a abcesului subfrenic este:

- a) Apendicita perforativă
 - b) Colecistita acută gangrenoasă
 - c) Perforația ulcerului gastroduodenal
 - d) Pancreatita acută necrotico-hemoragică
 - e) Abcesul hepatic
-

34) CM Care sunt afirmațiile corecte în ceea ce privește peritoneul:

- a) Este o membrană epitelială
 - b) Este o membrană mezotelială
 - c) Suprafața peritoneului este egală cu cea a tegumentelor
 - d) Este alcătuit din două foițe
 - e) Cavitatea peritoneală conține 200-300 ml lichid exudativ
-

35) CM Notați metodele de diagnostic în abdomenul peritoneal la debut:

- a) Laparocenteza
 - b) Tușeul rectal
 - c) Proba Șvartz
 - d) Irigografia
 - e) Laparoscopia
-

36) CM În peritonitele avansate se poate aplica în cazuri excepționale:

- a) Laparostomia
- b) Acoperirea anselor eviscerate cu folii de poliuretan

- c) Marginile plăgii sunt fixate pe un cadru sub margine plăgii
 - d) Este indicată perfuzie în abdomen a lichidului de lavaj
 - e) Toaleta secundară a abdomenului se execută la 3-4 zile
-

37) CS Icterul în cancerul de coledoc este foarte asemănător cu cel din :

- a) Cancerul gastric cu icter mecanic prin adenopatie în hilul hepatic
- b) Odidita stenozantă
- c) Cancerul veziculei biliare
- d) Cancerul de cap de pancreas
- e) Nici una din afirmații nu este corectă

38) CS Peritonita difuză prin perforație gastro-duodenală și pancreatita acută se deosebește prin:

- a) Modul de debut
- b) Durerea abdominală
- c) Leucocitoza
- d) Radiografia abdominală pe gol
- e) Nici una nu este corectă

39) CS Care dintre următoarele investigații tranșează diagnosticul între peritonita difuză de cauză genitală și hemiperitoneu?

- a) Puncția abdominală
- b) Tușeul rectal
- c) Leucocitoza
- d) Urea sanguină
- e) Radiografia abdominală pe gol

40) CM Primele semne care apar în peritonita acută apendiculară sunt:

- a) Dureri hipogastrice
- b) Vărsături
- c) Dureri în fosa iliacă dreaptă
- d) Contractura musculară abdominală
- e) Semnul Blumberg pozitiv

41) CM Tratamentul chirurgical al peritonitei apendiculare generalizate constă în:

- a) Apendicectomie
- b) Debridarea conglomeratelor intestinale
- c) Lavajul peritoneal
- d) Drenajul larg al cavității peritoneale
- e) Sutura provizorie a planurilor musculo-aponevrotice

42) CM În primele 6 ore peritonita ca consecință a perforației unui ulcer duodenal este:

- a) Peritonită chimică
- b) Peritonită septică

- c) Uneori însoțită de șoc
- d) Uneori însoțită de șoc endotoxic
- e) Peritoneul nu este afectat

43) CM Simptomatologia unei peritonite secundare în formă hipertoxică este dominată de :

- a) Starea generală neliniștită
- b) Semne de șoc toxico-septic
- c) Dureri abdominale colicative
- d) Contractura musculară
- e) Tulburări respiratorii

44) CM În etiopatogenia peritonitelor, contaminarea cavității abdominale poate avea cauze externe cu multiple variante posibile, din care enumerăm:

- a) Contuziile abdominale cu ruptură de organ cavitat
- b) Plăgile penetrante abdominale
- c) Cauze operatorii, prin instrumentar și materiale sanitare
- d) Cauze de iatrogenie, prin gesturi terapeutice
- e) Plăgi purulente ale membrilor inferioare

45) CM Un bolnav în vârstă de 12 ani operat în urgență pentru peritonită apendiculară, prezintă la 4-a zi postoperator grețuri, vărsături, întreruperea tranzitului intestinal pentru gaze. Examenul clinic evidențiază un abdomen meteorizat, nedureros, absența zgomotelor intestinale, plaga operatorie ușor hiperemiată, tuburile de dren permeabile. La ce explorări paraclinice mai apălați pentru diagnosticul complicațiilor survenite?

- a) Tranzitul intestinal baritat
- b) Radiografia abdominală pe gol
- c) Irigografie
- d) Ecografie
- e) Laparoscopie diagnostică

46. CM Caracterizați peritonitele acute primitive:

- a) Sunt consecința perforațiilor digestive
- b) Se produc prin contaminare pe cale limfatică
- c) Afectează mai frecvent adulții cu ascită
- d) Sunt de origine polimicrobiană
- e) La copil, sunt datorate frecvent pneumococului

47) CS Care afirmație din enunțurile mai jos specificate referitoare la peritonitele secundare este adevărată:

- a) Constituie mai puțin de 5% din totalul peritonitelor
- b) Frecvent se asociază cu debutul sindromului de disfuncție multiplă de organe
- c) Reprezintă localizarea de către peritoneu a infecției
- d) Sunt frecvent monomicrobiene
- e) Sunt datorate mai ales distrugerii tractului digestiv și constituie grupul cel mai numeros (peste

90%) din totalul peritonitelor

48) CS Translocația bacteriană, în patogenia peritonitelor acute, reprezintă:

- a) Invazia extraintestinală de către bacteriile intestinale
- b) Reprezintă contaminarea peritoneului de la o colecție pleurală
- c) Reprezintă contaminarea peritoneului în urma acțiunii unui agent vulnerant penetrant
- d) Reprezintă contaminarea peritoneului în urma perforației intestinale din infarctul enteromezenteric
- e) Reprezintă contaminarea peritoneului prin eruperea unui abces peritoneal

49) CM Indicați posibilitățile examenului radiologic simplu al abdomenului într-o peritonită acută difuză:

- a) Nu este util pentru diagnostic
- b) Poate evidenția pneumoperitoneul interhepatodiafragmatic, care atestă de regulă o perforație de organ cavitat
- c) Denotă ștergerea umbrei mușchiului psoas
- d) Nivelele hidroaerice sunt dispuse centroabdominal, în "cuiburi de rândunică"
- e) Denotă o imagine de ansă opacă sau "ansă în doliu", cel puțin la debut

50) CM Care din următoarele afirmații referitoare la peritonitele acute postoperatorii sunt adevărate :

- a) Au evoluție gravă și imprevizibilă
- b) Diagnosticul se stabilește relativ ușor
- c) Majoritatea sunt consecința dehiscențelor anastomozelor digestive
- d) Majoritatea sunt consecința contaminării extraabdominale
- e) Pot fi provocate de leziuni ignorate în timpul intervenției

51) CM Care dintre următoarele semne fizice pot apare în peritonitele acute difuze :

- a) Abdomenul nu participă la mișcările respiratorii
- b) La palpate, abdomenul prezintă apărare musculară
- c) Percuția abdominală evidențiază hipersonoritate
- d) Ascultator, apar zgomote hidro-aerice spontane
- e) Bombarea dureroasă a fundului de sac Douglas la tușeul rectal

52) CM Principiile tratamentului chirurgical în peritonitele acute difuze includ:

- a) Laparotomie mediană largă supra și subombilicală
- b) Tratamentul leziunii care a cauzat peritonita
- c) Debridarea și toaleta cavității peritoneale
- d) Drenaj, lavaj, peritoneal
- e) Suturape straturi a plăgii operatorii

53) CM În etiopatogenia peritonitei acute difuze, agenții microbieni cel mai frecvent întâlniți sunt în următoarea ordine descrescândă:

- a) Coci gram pozitivi, anaerobi

- b) Coci gram pozitivi, E coli
- c) Streptococul hemolitic și pneumococul (la copii)
- d) E coli, coci gram pozitivi și anaerobi
- e) Pneumococ, anaerobi

54) CS Pierderea de lichid (volumul) intravascular înspre cavitatea peritoneală în țesutul lax subperitoneal și în peretele tubului digestiv în peritonite este:

- a) 10 litri în primele 2 zile
- b) Între 5 - 10 litri
- c) Între 10- 20 litri în primele ore
- d) 10 litri în primele ore
- e) 1- 2 litri în primele ore

55) CS Răspunsul respirator în peritonite este condiționat de :

- a) Distensia abdominală
- b) Hipoxie
- c) Acidoză
- d) Durerea peritoneală
- e) Hipercapnie

56) CM Principiile de tratament ale leziunilor organelor intraabdominale în peritonitele acute difuze sunt valabile în funcție de :

- a) Stadiul peritonitei
- b) Vârsta pacientului
- c) Organul afectat
- d) Existența altor intervenții operatorii în antecedente
- e) Anatomia patologică a leziunii

57) CS Drenajul larg peritoneal în tratamentul chirurgical al peritonitelor se realizează în :

- a) Spațiul retrogastric
- b) Spațiile mezenterico- colice
- c) Între anse
- d) Fundul de sac Douglas
- e) Spațiul Retzius

58) CS Peritonitele secundare pot avea următoarele cauze :

- a) Perforația stomacului sau a duodenului
- b) Talasemia
- c) Anemia Biermer
- d) Fractura de bazin
- e) Sindromul Raynaud

59) CM Germenii cei mai frecvenți care sunt depistați în peritonitele secundare sunt :

- a) Pneumococul
- b) Stafilococul
- c) E coli germen aerob
- d) Klebsiella
- e) Enterococul

60) CM Afectarea funcției renale în peritonitele secundare este datorată :

- a) Hipovolemiei
- b) Hipertensiunii arteriale
- c) Scăderii debitului cardiac
- d) Fibrilației atriale
- e) Hipersecreției de ADN și aldosteron

61) CM Indicați principiile tratamentului chirurgical în peritonitele secundare :

- a) Corectarea anemiei
- b) Tratamentul leziunii cauzate
- c) Debridare
- d) Toaleta cavității peritoneale cu ser fiziologic
- e) Drenajul larg peritoneal

62) CM Numiți cauzele peritonitelor secundare:

- a) Perforația stomacului și duodenului
- b) Suprainfecția ascitei
- c) Peritonita apendiculară
- d) Peritonitele de origine genito-urinară
- e) Sursa de contaminare extraperitoneală cu transportul agentului patogen pe cale circulatorie

63) CS Răspunsul inflamator general al gazdei în peritonite :

- a) Precede răspunsul local
- b) Nu este mediat de macrofage
- c) Nu implică generarea de radicali liberi de oxigen
- d) Este determinat de eliberarea în circulație a imunoglobulinelor
- e) Nu duce la insuficiențe de organ

64) CS Cea mai virulentă floră care poate fi întâlnită în peritonitele secundare provine din :

- a) Perforația colecistului
- b) Perforația stomacului
- c) Contaminarea directă în timpul unei intervenții operatorii
- d) Perforația colonului
- e) Perforația intestinului subțire

69) CM Hipovolemia din peritonite se datorează:

- a) Pierderi de lichid intravascular înspre cavitatea peritoneală
- b) Acumulări de lichid în tesutul lax subperitoneal
- c) Transpirației abundente
- d) Acumulări de lichid în lumenul dilatat și aton
- e) Vasodilatației sistemice

70) CM Examenul clinic al abdomenului în peritonite denotă următoarele:

- a) Abdomen imobil, rigid indiferent de cauza peritonitei și a momentului evolutiv
- b) Tegumente marmorate în peritonita apendiculară
- c) Abdomen destins, imobil în peritonita veche
- d) Abdomen de lemn în primele ore ale peritonitei determinate de perforația de organ
- e) Durere generalizată la percuție

71) CM Privind explorările de laborator în peritonitele difuze acute se poate afirma:

- a) Leucocitoza cu limfocitoza
- b) Urea sanguină moderat crescută
- c) Ecografia oferă informații cu o acuratețe inferioară CT
- d) Folosirea radioizotopilor reprezintă un mijloc curent de diagnostic
- e) Radiografia abdominală pe gol arată anse dilatate

72) CM Răspunsul renal în peritonitele acute difuze:

- a) Este datorat hipovolemiei cu scăderea debitului cardiac
- b) Este datorat hipersecreției de aldosteron
- c) Presupune creșterea filtratului glomerular
- d) Presupune scăderea reabsorbției tubulare
- e) Contribuie la instalarea acidozei metabolice

73) CM Eficiența reechilibrării hidroelectrolitice în peritonitele acute se apreciază prin monitorizarea:

- a) Pulsului
- b) tensiunii arteriale
- c) Presiunii venoase centrale
- d) Presiunii capilare pulmonare
- e) Debitului urinar orar

PATOLOGIA VENOASĂ A EXTREMITĂȚILOR INFERIOARE

1) CS Triada Virhov în patogenia tromboflebitei acute constă în:

- a) Tulburări de coagulare, leziuni endoteliale și staza circulației venoase

- b) Leziuni ale valvulilor, hipertensiune venoasă și varicele venelor
 - c) Deficiența țesutului conjunctiv, tulburări de coagulare și stază venoasă
 - d) Varicele venelor superficiale, hipoproteinemie și staza circulației venoase
 - e) Stază venoasă, tulburări de coagulare și insuficiența vaselor comunicante
-

2) CS Procedul Delbe-Pertes evidențiază:

- a) Funcția valvei ostiale (principale) a v.safena magna
 - b) Funcția valvulelor venelor profunde
 - c) Permeabilitatea venelor profunde
 - d) Gradul de dezvoltare a varicelor venelor superficiale
 - e) Funcția venelor comunicante
-

3) CS În baza patogeniei bolii varicoase sunt trei verigi principale:

- a) Insuficiența cardiacă, dilatarea venelor și creșterea presiunii venoase
 - b) Obezitatea, insuficiența cardiacă și dilatarea venelor
 - c) Insuficiența valvulară, dilatarea venelor și creșterea presiunii venoase
 - d) Boala hipertonică, insuficiența valvulară și creșterea presiunii venoase
 - e) Limfostaza, insuficiența valvulară și creșterea presiunii venoase
-

4) CS Pileflebita este:

- a) Inflamația a.mezenteriale inferioare
 - b) Tromboflebita v.lienale
 - c) Tromboflebita a.apendiculare
 - d) Tromboflebita vv.hepatice
 - e) Tromboflebita v.porte
-

5) CM Care sunt factorii patogenetici principali în etiologia bolii varicoase?

- a) Obezitatea
 - b) Insuficiența valvulară
 - c) Insuficiența cardiacă
 - d) Dilatarea venelor
 - e) Creșterea presiunii venoase
-

6) CS Acțiunea anticoagulanților în tratamentul tromboflebitelor e bazată pe:

- a) Liza fibrinei
 - b) Stoparea creșterii trombului (chiagului)
 - c) Fragmentarea chiagului
 - d) Schimbarea Z - potențialului peretelui vascular
 - e) Diminuarea activității dezoxiribonucleazei
-

7) CM Profilaxia complicațiilor tromboembolice în perioada postoperatorie se reduce la:

- a) Administrarea heparinei

- b) Masaj la extremitățile inferioare
 - c) Exerciții fizice curative
 - d) Aplicarea fibrinolizinei
 - e) Aplicarea pansamentului elastic pe membrele inferioare
-

8) CM Principalele simptome în varicele venelor membrelor inferioare sunt:

- a) Claudicația intermitentă
 - b) Edemul periferic spre sfârșitul zilei
 - c) Convulsii nocturne a mușchilor gambei
 - d) Schimbări trofice în regiunea supramaleolară
 - e) Simptomul "ischemiei plantare"
-

9) CS Tromboflebita acută a venelor superficiale mai des se complică cu:

- a) Pileflebită
 - b) Infarct miocardic
 - c) Tromboză mezenterială acută
 - d) Tromboflebită a venelor profunde
 - e) Trombembolia a.pulmonare
-

10) CM În boala trombembolică factorii determinanți sunt reprezentați de:

- a) Ateroscleroză
 - b) Poliglobulie
 - c) Neoplasmale viscerale
 - d) Leziunea venoasă parietală
 - e) Staza venoasă
-

11) CM Tratatamentul tromboflebitei venelor profunde ale membrelor inferioare constă în administrarea:

- a) Vitaminei K
 - b) Trombovarului
 - c) Heparinei
 - d) Antispasticelor
 - e) Aspirinei
-

12)CM Cauzele insuficienței venoase acute a venelor extremităților inferioare sunt:

- a) Tromboza venoasă
 - b) Tromboflebita venelor profunde
 - c) Obezitatea
 - d) Boala varicoasă
 - e) Leziunile traumatice ale venelor
-

13)CM Profilaxia trombozelor venelor profunde include:

- a) Antibioticoterapia

- b) Bandajul extremităților pînă și după operație
- c) Regim la pat de lungă durată
- d) Regim activ precoce a bolnavilor după operație
- e) Utilizarea preparatelor vazodilatatoare

14) CM Enumerați metodele chirurgicale mai raționale de tratament a ulcerelor trofice:

- a) Excizia ulcerului
 - b) Autodermoplastia
 - c) Aplicarea suturilor secundare
 - d) Tratamentul patogenetic
 - e) Plastia suprafeței ulceroase cu lambou cutanat deplasat
-

15) CM În boala tromboembolică a membrelor inferioare factorii favorizanți sunt reprezentați de :

- a) Diabet
- b) Anemie
- c) Leziunea parietală venoasă
- d) Sarcina
- e) Neoplasmul visceral

PATOLOGIA APENDICELUI VERMICULAR

1) CS Cel mai important simptom în diagnosticul apendicitei acute este:

- a) Triada Dieulafoy
- b) Semnul Kocher
- c) Semnul Bartomie-Mihelson
- d) Semnul Sitcowski
- e) Semnul Blumberg

2) CM Care dintre următoarele afirmații privind apendicita acută este adevărată:

- a) Durerea în fosa iliacă dreaptă este un semn caracteristic
- b) Febra este un semn caracteristic la bătrâni
- c) Leucocitoza este întotdeauna prezentă
- d) Pulsul este accelerat
- e) Poate evolua sub formă gangrenoasă

3) CM Plastronul apendicular în faza infiltrativă prezintă următoarele semne clinice:

- a) Leucocitoză în creștere treptată
 - b) Tumoare de dimensiuni diferite, dureroasă, cu contururi difuze, care apare la a 3-5 zi după debutul bolii
 - c) Dureri surde în fosa iliacă dreaptă care se accentuează în timpul mersului
 - d) Fenomenul de fluctuență în fosa iliacă dreaptă
 - e) Febră moderată cu predilecție serală
-

4) CS Manevra Blumberg în apendicita acută constă în:

- a) Durere vie la decompresia bruscă a fosei iliace drepte
 - b) Durere provocată la palparea fosei iliace drepte
 - c) Durere în fosa iliacă dreaptă la extensia corpului
 - d) Durere la palpare în fosa iliacă dreaptă cu iradiere în epigastru
 - e) Durere în fosa iliacă dreaptă la insuflarea aerului în rect
-

5) CS Durerea periombilicală și simptomele Kummel, Crasnobaev sunt mai frecvente în apendicita acută:

- a) Subhepatică
 - b) La bătrâni
 - c) Retrocecală
 - d) Mezoceliacă
 - e) Pelviană
-

6) CM În cazuri de apendicită acută cu peritonită extinsă se cere diferențierea cu următoarele afecțiuni:

- a) Ocluzia intestinală
 - b) Nefrolitiază
 - c) Tromboza vaselor mezenterice
 - d) Pancreatita acută
 - e) Peritonita pneumococică
-

7) CS Cea mai sigură metodă de tratament a bontului apendicular după apendicectomie este:

- a) Ligatura cu catgut
 - b) Înfundarea bontului apendicular în cec cu suturi "în bursă" și "Z" cu fire nerezorbabile
 - c) Înfundarea în bursă fără ligatură
 - d) Ligatura cu catgut și înfundarea în bursă cu catgut atraumatic
 - e) Ligatura cu catgut și înfundarea bontului în peretele cecului cu fire izolate
-

8) CM Apendicita subhepatică se manifestă prin următoarele simptome clinice:

- a) Febră elevată însoțită de frison
 - b) Mai frecventă e la copii
 - c) Poate fi însoțită de subicter
 - d) Apărarea musculară și durerea maximă sunt localizate în regiunea subhepatică
 - e) Evoluează ca o colecistită acută
-

9) CM Diagnosticul diferențial al apendicitei acute este necesar de efectuat cu următoarele afecțiuni:

- a) Ulcerul gastroduodenal perforat
- b) Sindromul Mallory-Weiss
- c) Toxicoinfecția alimentară

- d) Pancreatita acută
 - e) Colica nefretică
-

10) 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) Tendința spre distrucție pe fonul unui tablou clinic sărac
 - e) Leucocitoză moderată, temperatură puțin elevată și meteorism pronunțat
-

11) CM Pot simula apendicita acută ascendentă (retrocecală) următoarele afecțiuni:

- a) Colecistita acută
 - b) Abcesul perinefretic
 - c) Inflamația diverticulului Meckel
 - d) Hidronefroza pe dreapta
 - e) Pielita
-

12) CS În plastronul apendicular:

- a) Se aplică un tratament conservativ (punga cu gheață, dietă, antibiotice, fizioterapie)
 - b) Se operează când apare la tineri
 - c) Se operează când apare la vârstnici
 - d) Se operează când este situat în pelvis
 - e) Se operează când clinic nu se exclude un cancer al cecului
-

13) CM Numerotați 2 factori mai importanți și mai constanți în declanșarea apendicitei acute:

- a) Nervos
 - b) Vascular
 - c) Infecțios
 - d) Chimic
 - e) Obstructiv
-

14) CS Semnul major precoce al apendicitei acute este:

- a) Anorexia
 - b) Vomile
 - c) Febra
 - d) Diareea
 - e) Dureri în fosa iliacă dreaptă
-

15) CS La copii cere diferențierea cu apendicita acută în primul rând următoarea afecțiune:

- a) Ulcerul perforativ
- b) Colecistita acută
- c) Toxicoinfecția alimentară
- d) Colica nefretică

e) Pancreatita acută

16) CM Numerotați afirmațiile incorecte referitor la plastronul apendicular abcedat:

- a) Apendiceectomia este obligatorie
 - b) Se practică apendiceectomia de urgență
 - c) Se înlătură apendicele numai dacă este amputat
 - d) Nu se practică intervenție chirurgicală
 - e) Se face numai tratament cu antibiotice, inclusiv antibioterapie endolimfatică + fizioterapie
-

17) CS Cea mai frecvent întâlnită poziție a apendicelui este:

- a) Laterală
 - b) Descendentă
 - c) Retrocecală
 - d) Ascendentă
 - e) Medială
-

18) CM Particularitățile apendicitei acute la gravide sunt următoarele:

- a) Durerea este localizată atipic
 - b) Mai frecvent e în jumătatea a doua a sarcinii
 - c) Sunt frecvente formele distructive
 - d) Durerea și voma sunt confundate cu cele din cauza sarcinii
 - e) Sunt pozitive semnele Sitkovski, Bartomie-Mihelson, Coope
-

19) CM Pot simula apendicita acută pelviană următoarele afecțiuni:

- a) Pionefroza
 - b) Inflamația diverticulului Meckel
 - c) Boala Crohn
 - d) Prostatita acută
 - e) Abcesul mușchiului psoas
-

20) CS Care este calea de acces preferabilă în caz că diagnosticul de apendicită acută trezește dubii?

- a) Lenander
 - b) McBurney
 - c) Şprengel
 - d) Laparotomie medie-mediană
 - e) Laparotomie medie inferioară
-

21) CS Apendicita acută la bătrâni impune tactica:

- a) Expectativă, pentru că frecvent se formează un plastron
- b) Intervenția chirurgicală de urgență
- c) Irigografie pentru a depista un cancer, frecvent întâlnit la această vârstă
- d) Tratamentul inițial al tarelor asociate
- e) Tratamentul numai cu antibiotice

22) CS Drenarea optimală după apendicectomie în apendicita distructivă, complicată cu peritonită locală este:

- a) Exteriorizarea drenului tubular prin contrapertură aparte
- b) Exteriorizarea drenului tubular prin plagă
- c) Aplicarea drenului de tifon
- d) Drenarea ambelor spații iliace cu 2 drenuri tubulare
- e) Drenarea nu se cere

23) CS Triada Dieulafoy în apendicita acută presupune:

- a) Durere în epigastru cu deplasare peste 4-6 ore în fosa iliacă dreaptă, hiperestezie cutanată și apărare musculară în triunghiul Iakobovici
- 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

24) CS Tactica medicală optimală în plastronul apendicular abcedat este:

- a) Terapie conservativă, inclusiv antibioticoterapie endolimfatică + fizioterapie
- b) Drenarea extraperitoneală a abcesului (manevra Pirogov)
- c) Drenarea abcesului sub controlul ecografiei
- d) Drenarea abcesului prin laparotomie mediană inferioară
- e) Drenarea abcesului prin incizie oblică tip McBurney

25) CS Cea mai argumentată teorie a originii apendicitei acute este:

- a) Infecțioasă
- b) Polietiologică
- c) Mecanică
- d) Cortico-viscerală
- e) Chimică

26) CM La diferențierea apendicitei acute la femei și afecțiunile genitale acute sunt utile următoarele simptome:

- a) Semnul Promptov
- b) Metroragii
- c) Jendrinschi
- d) Kulencampf
- e) Bartomie-Mihelson

27) CM Apendicita cronică necesită diferențierea cu următoarele afecțiuni:

- a) Nefrolitiază, pielonefrită
- b) Boala Crohn
- c) Sindromul Zollinger-Ellison

- d) Cancerul de colon drept
 - e) Anexite, ovare sclerochistice
-

28) CS Durerea la palpare în apendicita acută cel mai frecvent se localizează în :

- a) Punctul Sonnenburg
 - b) Triunghiul Wenglovschi
 - c) Punctul McBurney
 - d) Triunghiul Iacobovici
 - e) Punctul Lanz
-

29) CS Cea mai frecventă formă a apendicitei acute este:

- a) Catarală
 - b) Colica apendiculară
 - c) Gangrenoasă
 - d) Perforativă
 - e) Flegmonoasă
-

30) CM Urmărirea evoluției plastronului apendicular se face prin examene clinice și paraclinice. Selectați-le.

- a) Termometria
 - b) Leucocitoza în dinamică
 - c) Determinarea în dinamică a fosfatazei alcaline
 - d) Ultrasonografia abdominală în dinamică
 - e) Dimensiunile tumorii inflamatorii locale la palpare abdomenului
-

31) CM Evoluția unui plastron apendicular se poate face spre:

- a) Rezorbție
 - b) Abcedare
 - c) Peritonită generalizată fără a mai trece prin faza de abcedare
 - d) Peritonită în doi timpi
 - e) Abcedare și perforație în cec
-

32) CM Care dintre examenele paraclinice menționate sunt recomandate în susținerea diagnosticului de apendicită acută?

- a) Leucograma
 - b) Glicemia
 - c) Examenul sumar al urinei
 - d) Probele hepatice
 - e) Examenul radiologic abdominal
-

33) CS Notați care strat este dotat cu un număr mare de foluculi, fapt pentru care apendicele a fost denumit „amigdala abdominală”:

- a) Mucos

- b) Submucos
 - c) Muscular
 - d) Seros
 - e) Toate răspunsurile sunt corecte
-

34) CS Selectați afirmațiile corecte privind tratamentul plastronului apendicular:

- a) Conservativ
 - b) Chirurgical
 - c) Medico-chirurgical
 - d) Fizioterapeutic
 - e) Toate răspunsurile sunt corecte
-

35) CM Tabloul clinic al apendicitei acute include:

- a) Febra și vomile preced durerea în abdomen
 - b) Vomile se atestă în scurt timp după apariția durerilor în abdomen
 - c) Senzația de greață se atestă după apariția durerilor în abdomen
 - d) Poate fi constipație
 - e) Poate fi diaree
-

36) CM Marcați laturile triunghiului Iacobovici:

- a) Linia bispinoasă lateral de marginea externă dreaptă a mușchiului rect abdominal
 - b) Linia mediană subombilicală
 - c) Marginea externă a mușchiului rect abdominal
 - d) Jumătatea liniei bispinale pe dreapta
 - e) Linia spinoombilicală dreaptă
-

37) CM Ce afirmații sunt corecte referitor la apendicita acută cu localizare în sacul herniar:

- a) Apendicele inflammat este găsit în sacul herniar inghinal
 - b) Simulează o hernie strangulată
 - c) Poartă denumirea de hernia Littre
 - d) Poate evolua în flegmon pioster coral
 - e) Poartă denumirea de hernia Brock
-

38) CS Calea de abord preferată în abcesul de Douglas este:

- a) Rectotomia
- b) Laparotomia subombilicală
- c) Laparotomie în fosa iliaca dreaptă
- d) Laparotomia supra-și subombilicală
- e) Laparotomia tip Koher

39) CS Manevra Blumberg în apendicita acută constă în :

- a) Durere provocată la palparea fosei iliace drepte
- b) Durere în fosa iliacă dreaptă la extensia trunchiului

- c) Durere în fosa iliacă dreaptă la tușeul rectal
- d) Durere la decompresiunea bruscă a fosei iliace drepte
- e) Durere în fosa iliacă dreaptă la palpate în momentul flexiei membrului inferior drept

40) CS Sediul durerii la debut în apendicita acută este în:

- a) Fosa iliacă dreaptă
- b) Epigastru
- c) pe toată suprafața abdomenului
- d) Fosa iliacă stângă
- e) Hipogastru

41) CS Un apendice turgescen "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

42) CM Plastronul apendicular se poate manifesta prin următoarele semne :

- a) Formațiune tumorală cu contur precis situat în fosa iliacă dreaptă
- b) Alterarea stării generale este însoțită de diaree
- c) Dureri la palpate în fosa iliacă dreaptă
- d) Prezența fluctuenței
- e) Formațiune tumorală cu contur neregulat în fosa iliacă dreaptă

43) CM Care dintre următoarele simptome clinice corespund tabloului clinic de apendicită acută?

- a) Durere epigastrică intensivă
- b) Durere spontană și provocată în fosa iliacă dreaptă
- c) Greață și vărsături ce pot preceda durerea
- d) Dureri abdominale colicative generalizate
- e) Scaune diareice repetate care ușurează starea bolnavului

44) CM O tumoră localizată în fosa iliacă dreaptă, cu caracterul unui plastron apendicular, care sub tratament conservator corect își reduce doar parțial dimensiunile, concomitent cu scăderea febrei, poate fi :

- a) Un plastron apendicular care cedează sub tratament conservativ
- b) O tumoră de cec ascendent
- c) Un abces de fosa iliacă dreaptă
- d) Chist ovarian
- e) Toate sunt corecte

45) CM Un pacient operat de apendicită acută, prezintă colici abdominale, vărsături, oprirea

tranzitului intestinal. Radiografia abdominală evidențiază nivele hidroaerice. Febră lipsește, leucocitele sunt 6,700, nu are acidoză și nici hipotensiune. K-seric este de 2,8 mEq/l. Care din atitudinile următoare este cea mai logică de urmat?

- a) Intervenția chirurgicală imediată cu secționarea bridei
- b) Corectarea hipokaliemiei timp de 3-6 ore, urmată de intervenția chirurgicală
- c) Tub de gaze în rect
- d) Urmărire atentă pentru a surprinde complicațiile date de ocluzia intestinală aderențială
- e) Corectarea hipokaliemiei într-un interval de 24 ore, apoi intervenția chirurgicală

46) CM Care din următoarele afirmații referitoare la simptomele clinice înregistrate în apendicita acută sunt adevărate:

- a) Simptomul inițial este întotdeauna durerea abdominală
- b) Frecvent apar grețuri și vărsături înaintea apariției durerii
- c) Anorexia este frecventă
- d) Sediul inițial al durerii este fosa iliacă dreaptă
- e) Modificările de tranzit intestinal au importanță diagnostică redusă

47) CM Referitor la examenul fizic în apendicita acută, este adevărat că :

- a) Este constant pe tot parcursul bolii și indiferent de localizarea apendicelui
- b) Punerea în evidență a sensibilității este necesară pentru stabilirea diagnosticului de certitudine
- c) Sensibilitatea apare întotdeauna în stadiile finale, cu excepția localizării retroceale a apendicelui vermicular
- d) Flexia coapsei drepte și limitarea mișcărilor pacientului se datoresc interesării peritoneului parietal
- e) Hiperestezia tegumentelor fosei iliace drepte apare precoce

48) CS Sunt adevărate următoarele afirmații referitoare la investigațiile de laborator în apendicita acută:

- a) Sunt obligator necesare pentru stabilirea diagnosticului
- b) O leucocitoză moderată poate fi considerată corectă pentru diagnostic
- c) Leucocitoza peste 20000/mm³ trebuie să avertizeze asupra perforației
- d) Anemia obligă la diagnosticul diferențial cu cancerul cecului, în special la vârstnici
- e) Examenul urinei este necesar pentru excluderea afecțiunii genito-urinare

49) CM Următoarele manipulații medico-chirurgicale trebuie considerate necesare în fața unui bolnav suspectat de apendicită acută:

- a) Medicamentele laxative
- b) Clismele evacuatorii
- c) Antibiotice cu spectru larg
- d) Intervenție chirurgicală (apendicectomia clasică)
- e) Apendicectomia laparoscopică

50) CM Apendicita acută este mai frecvent întâlnită la :

- a) Vârstele extreme
- b) Femei
- c) Între decadele a doua și a treia de viață
- d) În țările subdezvoltate
- e) La bărbații între pubertate și 25 ani

51) CS Cauza determinantă în apendicita acută este:

- a) Infecția microbiană
- b) Acțiunea mecanică a corpiilor străini
- c) Localizarea apendicelui vermicular
- d) Lungimea apendicelui vermicular
- e) Diametrul apendicelui vermicular

52) CS Semnul funcțional cardinal în apendicita acută este:

- a) Durerea abdominală
- b) Inapetența
- c) Greața
- d) Vărsăturile
- e) Tulburările de tranzit intestinal

53) CM Abcesul apendicel arapare mai frecvent în următoarele localizări ale apendicelui:

- a) Retrocecala
- b) Pelvina
- c) Subhepatica
- d) Mezoceliaca
- e) Laterocecala

54) CM Peritonita generalizată de origine apendiculară se caracterizează prin :

- a) Stare generală alterată
- b) Tranzit intestinal absent
- c) Febra de tip septic
- d) Leucocitoza 15-20.000/mm^c
- e) Dureri abdominale iradiate posterior "în bara"

55) CM Forme clinice de apendicită acută posibile la bătrâni sunt:

- a) Ocluzia febrilă
- b) Pseudotumorală
- c) Apendicita cu peritonită în doi timpi
- d) Forma toxică
- e) Forma anergică

56) CS Cu privire la frecvența apendicitei acute se pot afirma următoarele afirmații cu excepția:

- a) E cea mai frecventă urgență abdominală

- b) Frecvența la vârstnici e mai mare
- c) În perioada pubertății și adolescenței sexul feminin pare a fi mai afectat
- d) Frecvența este mai redusă la noi născuți și sugari
- e) Frecvența maximă e în primele 3 decade de viață

57) CM Caracterizați vășăturile din apendicita acută :

- a) Apar precoce înaintea durerii
- b) Sunt fecaloide încă de la început
- c) Sunt reflexe iritative
- d) Element de diagnostic fals dacă preced durerea
- e) La început sunt alimentare apoi biliare

58) CM Constituie semne clinice ale apendicitei acute următoarele:

- a) Durerea cu debut în fosa iliacă dreaptă
- b) Inapetență precoce
- c) Febra mai mare de 39 grade C
- d) Limba saburală
- e) Oprirea precoce a tranzitului

59) CM Indicați evoluțiile posibile în cazul plastronului apendicular :

- a) Nefavorabilă dacă nu se efectuează urgent apendicectomia
- b) Favorabilă în urma tratamentului medical, apendicectomia efectuându-se după 2-3 luni
- c) Nici un răspuns nu este corect
- d) Nefavorabilă producând abcesul apendicular care impune incizia și drenajul colecției
- e) Întotdeauna regresează spontan

60) CM Apendicita acută la copii până la 3 ani impune diagnosticul diferențiat cu:

- a) Tumori cecale
- b) Adenita mezenterică
- c) Invaginația intestinală
- d) Gastroenterita
- e) Afecțiuni ale aparatului genital

61) CS Apendicita acută cu localizare pelvină are următoarele caracteristici:

- a) Este insidioasă
- b) Evoluția ei poate avea masca unui sindrom ocluziv
- c) Durerea este urmată de emisiuni gazoase
- d) Poate fi interpretată drept o salpingită
- e) Abdomenul poate rămâne suplu

62) CS Plastronul apendicular este caracterizat de :

- a) Este o formă evolutivă a unei apendicite acute retrocecale
- b) Este o varietate de peritonită plastică și fibroasă

- c) Constituirea unei formațiuni tumorale la care participă cecul, ileonul terminal, anexa dreaptă
- d) Posibilitatea de abcedare
- e) Poate duce la apariția peritonitei în trei timpi

63) CS Drenajul cavității peritoneale după apendicectomie:

- a) Este obligatoriu
- b) Este impus de leziunea anatomopatologică
- c) Se face doar în cazurile în care nu se face epiplonoplastie
- d) Este impus de sângerări insuficient controlabile
- e) Este impus de calitatea secreției peritoneale

64) CS Apariția fistulei stercorale după apendicectomie este caracterizată de :

- a) Insufiența ligaturii bontului apendicular
- b) Prezența unor leziuni de declivitate determinate de un tub rigid
- c) Apariția unor secreții specifice pe tubul de dren sau prin plaga dehiscentă
- d) Evoluția ei este spre vindecare spontană
- e) Nu impune reintervenția

65) CS În examinarea clinică a unei apendicite acute, semnul lui Rousing reprezintă:

- a) Apărare musculară localizată în fosa iliacă dreaptă, antalgică
- b) Prezența durerii lateralizate pe dreapta la efectuarea tușeului rectal
- c) Durerea provocată de decompresia bruscă după palparea profundă a fosei iliace drepte
- d) Durerea apărută la nivelul fosei iliace drepte la examinarea fosei iliace stângi
- e) Dispariția zgomotelor legate de peristaltismul intestinal

66) CM Formele anatomo-clinice ale apendicitei acute sunt :

- a) Catarală
- b) Purulentă
- c) Hemoragică și necrozantă
- d) Toxică
- e) Chistică

67) CM Tușeul rectal efectuat la bolnavul cu apendicita acută poate releva :

- a) Durere lateralizată pe dreapta
- b) Semnul Blumer
- c) Semnul Blumberg
- d) Colecție lichidiană în Douglas
- e) Fisura anală

68) CM Diagnosticul diferențial al apendicitei acute la copil se face cu :

- a) Gastroenterita banală
- b) Adenita mezenterică
- c) Invaginația intestinală

- d) Infecția urinară
- e) Epilepsia

69) CS La vârstnici, tabloul clinic al apendicitei acute este :

- a) Atenuat
- b) Brutal instalat
- c) În doi timpi
- d) Elocvent pentru afecțiune
- e) Este dominat de cefalee

70) CM Formele topografice ale apendicitei acute sunt următoarele :

- a) Retrocecală
- b) Mezoceliacă
- c) Pelvină
- d) Retrogastrică
- e) Juxtapancreatică

71) CS Plastronul apendicular este :

- a) Forma evolutivă a apendicitei acute netratată inițial
- b) Leziune neoplazică
- c) Produs de boala Crohn
- d) Produs de perforația gastrică
- e) Produs de colecistita acută

72) CS Sediul durerii la debut în apendicita acută este situat :

- a) În hipocondrul drept
- b) În epigastru
- c) În hipocondrul stâng
- d) La nivelul fosei iliace drepte
- e) la nivelul fosei iliace stângi

TRAUMATISMELE TORACELUI

1) CS Voletul costal reprezintă:

- a) Fracturi costale multiple
- b) Fractura în 2 sau în mai multe porțiuni a coastelor vecine, și ca urmare pierderea legăturilor anatomice cu corsetul costal
- c) Formarea unui lambou intim aderat de corsetul costal
- d) Traumatism toracic complicat cu insuficiență respiratorie acută
- e) Este o formă gravă a pneumotoracelui

2) CS Indicați cauza respirației paradoxale?

- a) Inhibiția centrelor respiratorii superioare
 - b) Paralizia mușchilor respiratori
 - c) Voletul costal
 - d) Diluarea aerului atmosferic
 - e) Diminuarea contracțiilor cardiace
-

3) CS Măsurile urgente în caz de pneumotorace deschis sunt:

- a) Transportarea de urgență a traumatizatului în staționar
 - b) Tamponarea plăgii și aplicarea pansamentului compresiv
 - c) Oxigenoterapia
 - d) Respirație asistată
 - e) Aspirație din cavitatea pleurală
-

4) CM Manifestările caracteristice pentru hemotoracele masiv sunt:

- a) Paliditatea tegumentelor
 - b) Dispnee pronunțată, cianoză
 - c) Sunet de cutie, freamăt pleural
 - d) Sunet percutor mat, dispariția murmurului vezicular
 - e) Bradicardie
-

5) CM Tratamentul hemotoracelui masiv include:

- a) Transfuzii masive de masă eritocitară
 - b) Pleurotomie cu aspirație activă din cavitatea pleurală
 - c) Respirație asistată și restituirea volumului sângelui circulant
 - d) Toracotomie, hemostază chirurgicală
 - e) Supraveghere în dinamică
-

6) CS Tactica medico-chirurgicală în leziunile deschise ale toracelui cu suspjecție la lezarea organelor cavității peritoneale va fi:

- a) Supravegherea pacientului în dinamică
 - b) Administrarea analgeticelor opioide și neopioide
 - c) Laparotomie diagnostică
 - d) Aspirația conținutului gastric
 - e) Lapocenteza, laparoscopia
-

7) CM Hemotoracele:

- a) Se determină radiologic, dacă volumul depășește 500 ml
 - b) Se caracterizează prin prezența sindromului de compresiune pleuro-pulmonară
 - c) La percuție se determină sunet de cutie
 - d) Tratamentul va consta în efectuarea toracotomiei urgente dacă volumul nu depășește 100 ml
 - e) Reprezintă acumularea sângelui în cavitatea pleurală
-

8) CM Indicațiile către toracotomia de urgență sunt:

- a) Dereglările de ritm cardiac ca urmare a traumatismului
- b) Prezența fistulei arteriovenoase posttraumatice
- c) Hemotoracele masiv
- d) Leziunea diafragmei
- e) Hemotoracele închis

9) CM Leziunile traumatice ale diafragmei se caracterizează prin:

- a) Nu alterează starea generală a pacientului
- b) Pot deține mecanismul de penetrare
- c) Simptomatologia variază în dependență de poziția corpului
- d) Tratamentul chirurgical este obligatoriu
- e) Se manifestă cu sindroamele ocluziv, hemoragic și respirator

10) CS Care din următoarele manifestări nu corespund pneumotoracelui:

- a) Dispneia
- b) Cianoza
- c) Sunetul de cutie la percuție
- d) Matitate la percuție
- e) Lipsa respirației veziculare

11) CM Consecințele pneumotoracelui sunt:

- a) Sindromul compresiunii intrapleurale
- b) Deplasarea mediastinului
- c) Creșterea volumului cutiei toracice din partea afectată
- d) Dereglarea aerației pulmonului sănătos
- e) Dereglarea peristaltismului intestinal

12) CM Leziunile traumatice ale diafragmei:

- a) Apar în rezultatul plăgilor penetrante ale toracelui
- b) Reprezintă 0,5 -2% din totalitatea politraumatismelor
- c) Nu influențează asupra activității cordului
- d) Deseori se complică cu prolabarea organelor abdominale în cavitatea pleurală
- e) Necesită numai tratament conservativ

13) CM „Masca echimotică ” Morestin apare:

- a) În sindromul venei cave inferioare
- b) Ca urmare a creșterii presiunii în vena cavă superioară
- c) Se manifestă prin hemoragii sclero-corniene
- d) Apare în leziunile deschise ale toracelui
- e) Este consecința compresiunii cutiei toracice

14) CS Tratamentul fracturilor necomplicate ale coastelor includ:

- a) Aplicarea bandajului toracic
 - b) Administrarea analgeticelor și efectuarea blocadelor intercostale
 - c) Toracotomia
 - d) Suturarea coastelor cu fire metalice
 - e) Fixarea externă a coastelor fracturate
-

15) CS Ajutorul de urgență în pneumotoracele tensionat constă în:

- a) Intubarea oro-traheală
 - b) Întroducerea unui ac de puncție cu diametrul mare în spațiul intercostal IV pe linia medioclaviculară
 - c) Pleurostomie la nivelul spațiului intercostal V pe linia axilară medie
 - d) [Pleurostomie la nivelul spațiului intercostal V pe linia axilară posterioară
 - e) Determinarea nivelului de saturație a sângelui cu oxigen la pacient cu ajutorul pulsoximetriei
-

16) CM Care din afirmații sunt corecte privind pneumotoraxul posttraumatic:

- a) Sunt ca urmare a plăgilor penetrante
 - b) Sunt ca urmare a plăgilor penetrante ale abdomenului
 - c) Toracostomia cu drenarea cavității pleurale se efectuează în a doua etapă a tratamentului
 - d) La prezența pneumotoracelui se efectuează drenarea cavității pleurale lezate
 - e) La prezența hemotoracelui se efectuează drenarea cavității pleurale lezate
-

17) CM La examinarea pacientului cu pneumotorace tensionat se determină:

- a) Respirație veziculară în regiunile inferioare ale pulmonului
 - b) Lipsa respirației veziculare în pulmonul afectat
 - c) Hemitoracele lezate este mărit în dimensiuni
 - d) Deplasarea mediastinului spre hemitoracele netraumat
 - e) La percucia hemitoracelui netraumat se determină sunet mat
-

18) CS Nu este prezent în caz de leziune externă penetrantă a toracelui :

- a) Pneumoperitoneum
 - b) Hemotorace
 - c) Hemopericard
 - d) Pneumotorace deschis extern
 - e) Pneumotorace tensionat
-

19) CS Ce este caracteristic pentru pneumotoracele deschis extern:

- a) Colabarea pulmonului pe partea afectată
 - b) Colabarea pulmonului pe partea neafectată
 - c) Deplasarea pendulară a mediastinului
 - d) Deplasarea mediastinului spre partea neafectată
 - e) Deplasarea mediastinului spre partea afectată
-

20) CS Ajutorul medical de urgență în pneumotoracele extern deschis va consta în:

- a) Drenarea cavității pleurale
 - b) Aplicarea bandajului ocluziv
 - c) Aplicarea corsetului gipsat
 - d) Puncția cavității pleurale în spațiul intercostal III pe linia medioclaviculară
 - e) Pleurostomie
-

21) CM Imediat după traumatismul toracic închis la pacient se poate determina:

- a) Contuzia toracelui cu leziuni parietale
 - b) Insuficiență respiratorie acută
 - c) Leziunea organelor cutiei toracice
 - d) Pneumotorace cu supapă
 - e) Leziunea organelor parenchimotoase
-

22) CM Din leziunile parietale ale toracelui fac parte:

- a) Echimozele, hematoamele subdermale
 - b) Fracturile costale
 - c) Leziunile splinei, ficatului
 - d) Lezarea mușchilor
 - e) Lezarea vaselor sangvine intratoracice
-

23) CM Cum se va manifesta hemoragia ca urmare a leziunilor în 2 timpi a organelor parenchimotoase la prezența traumatismului toraco-abdominal:

- a) Hemoragie subcapsulară ca prima etapă
 - b) Leziunea inițială a capsulei organului
 - c) Leziunea capsulei ca urmare a creșterii presiunii hemoragiei întraparenchimotoase
 - d) Leziunea într-un singur timp ca urmare a traumatismului
 - e) Hemoragie masivă ca urmare a leziunii vaselor
-

24) CM La un pacient cu traumatism toracic aflat la evidență se dezvoltă sindromul hemoragic. Care sunt manifestările?

- 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
-

25) CM În ce situații la prezența plăgii penetrante a toracelui este indicată toracotomia?

- a) La evacuarea inițială a 1000 ml de sânge pe drenul din cavitatea pleurală
- b) La evacuarea inițială a 1500 ml sânge pe drenul din cavitatea pleurală
- c) Hemoragie continuă > 100 ml/oră
- d) Hemoragie continuă > 250 ml/oră
- e) Toracotomia nu este indicată

26) CS Pneumotoraxul traumatic apare la pacienții care:

- a) Prezintă o boală de bază pulmonară cunoscută
- b) Prezintă un traumatism toracic în antecedente
- c) Au prezentat o pneumonie în antecedente
- d) Nu prezintă un traumatism toracic în antecedente sau o boală de bază pulmonară cunoscută
- e) Au avut tuberculoză pulmonară în antecedente

27) CM Pneumotoraxul iatrogen este o variantă de pneumotorax care devine din ce în ce mai frecvent. Cauzele cele mai des semnalate sunt:

- a) Biopsiile transtoracice
- b) Toracocentezele
- c) Administrarea de antibiotice intravenos
- d) Montarea cateterelor centrale intravenoase
- e) Radioterapia curativă din tumorile pulmonare

28) CM În pneumotoraxul postraumatic în tensiune:

- a) Prognosticul este nefavorabil și pune în pericol viața bolnavului
- b) Ventilația este sever compromisă, iar presiunea pozitivă se transmite mediastinului
- c) Întorcerea venoasă la inimă crește
- d) Crește debitul cardiac
- e) Hemitoracele afectat este mărit cu murmur vezicular absent

29) CM Pneumotoraxul în tensiune, compresiv:

- a) Este o mare urgență medicală
- b) Este o mare urgență chirurgicală
- c) Necesită drenarea aerului din pleură de urgență prin introducerea unui ac gros în spațiul intercostal II anterior
- d) Necesită toracotomie
- e) Necesită intervenție chirurgicală de urgență

30) CM Următoarele manevre sunt folosite în tratamentul pneumotoraxului posttraumatic :

- a) Toracostomia
- b) Toracotomia cu abraziune pleurală
- c) Pneumectomia
- d) Aspirația simplă
- e) Instilarea unui agent sclerozant

31)CM Cauzele cele mai frecventr de pneumotorax iatrogen sunt :

- a) Toracocenteza
- b) Bronhoscopia
- c) Biopsia transtoracică
- d) Montarea de catetere venoase centrale

e) Traheostomia

32) CM Următoarele afirmații sunt corecte privind pneumotoraxul posttraumatic compresiv:

- a) Presiune negativă intrapleurală
- b) Ventilația este sever compromisă
- c) Scade întoarcerea venoasă
- d) Crește debitul cardiac
- e) Apare de obicei la ventilația mecanică sau la manevre de resuscitare

33) CM Cauzele cele mai frecvente ale pneumotoraxului traumatic sunt:

- a) Biopsiile transbronșice
- b) Toracocentezele
- c) Montarea cateterelor periferice
- d) Montarea cateterelor centrale intravenoase
- e) Toracosopia

34) CM Diagnosticul pneumotoraxului posttraumatic se face pe baza examenului fizic al pacientului care pune în evidență:

- a) Hemitorace mărit
- b) Murmur vezicular abolit
- c) Raluri bronșice diseminate
- d) Hipersonoritate
- e) Împingerea mediastinului către partea opusă

35) CM Pneumotoraxul traumatic poate surveni în cadrul următoarelor afecțiuni și condiții preexistente :

- a) Traumatisme toracice penetrante
- b) Electrocutare
- c) Traumatisme toracice nepenetrante
- d) Montarea cateterelor centrale intravenoase
- e) Biopsii transtoracice

36) CM Tratamentul pneumotoraxului secundar traumatic cuprinde :

- a) Corticoterapia
- b) Suplimentarea aportului de oxigen
- c) Aspirația
- d) Toracostomie cu tub de dren
- e) Observația simplă

37) CM Tratamentul pașienților cu pneumotorax spontan primar sau secundar este :

- a) Toracostomia

- b) Instilarea de agenți sclerozanți**
- c) Exereza pleurei parietale**
- d) Exereza pleuropulmonară**
- e) Colapsoterapia**