

23 // aprilie // 2018

TESTE

pentru examenul de promovare la chirurgia generală și semiologie (an. 2017-2018)

1. CS. Definiți anestezia locală.
 - a) Pierderea temporară a conștienței
 - b) Pierderea totală ireversibilă a sensibilității în regiunea introducerii anestezicului
 - c) Pierderea temporară a sensibilității în regiunea introducerii anestezicului
 - d) Inhibiția totală a sistemului nervos vegetativ
 - e) Inhibiția parțială a sistemului nervos central cu pierderea sensibilității pe anumite arii

2. CM. Selectați stadiile anesteziei locale.
 - a) Administrarea substanței anestezice
 - b) Perioada de așteptare
 - c) Anestezia completă
 - d) Relaxarea musculară
 - e) Restabilirea sensibilității

3. CS. Ce acțiune are anestezia locală asupra sistemului nervos central?
 - a) Lipsa acțiunii
 - b) Pierderea completă a conștienței
 - c) Excitarea sistemului nervos central
 - d) Inhibiția sistemului nervos central
 - e) Pierderea parțială a conștienței

4. CM. Selectați operațiile, care pot fi efectuate cu anestezie locală.
 - a) Prelucrarea chirurgicală a panarițului subcutanat
 - b) Colectectomia celioscopică
 - c) Plastia pentru hernie inghinală
 - d) Splenectomia
 - e) Înlăturarea unei tumori benigne (lipom) a țesuturilor moi cu localizare superficială

5. CM. La anestezia superficială se referă:
 - a) Anestezia prin badijonare
 - b) Anestezia prin pulverizare
 - c) Anestezia prin instilare
 - d) Anestezia de conducere
 - e) Anestezia locală infiltrativă

6. CM. Anestezia superficială mai des este folosită în:
 - a) Endoscopie
 - b) Oftalmologie
 - c) Urologie
 - d) Traumatologie
 - e) Neurochirurgie

7. CM. Avantajele anesteziei locale față de anestezia generală sunt:
 - a) Sub anestezia locală pot fi efectuate operații în condiții de ambulator
 - b) Pacientul nu necesită supraveghere postoperatorie continuă
 - c) Anestezia locală poate fi utilizată în cazurile când narcoza este contraindicată
 - d) Pacienții nu necesită o pregătire specială de lungă durată în perioada preoperatorie
 - e) În anestezia locală practic lipsesc reacțiile alergice

8. CM. Ce concentrația a soluției anestezice se utilizează pentru anestezia locală prin infiltrație?
- 0,1-0,2%
 - 2-5%
 - 1-5%
 - 5-10%
 - 0,2-0,5%
9. CM. Anestezia locală după metoda Vișnevski presupune:
- Injecția în țesuturi, strat după strat, a soluției de novocaină de concentrație mică (0,25%)
 - Injecția soluției de novocaină de 1-2% în țesuturi, strat după strat, în toată zona eventualei incizii
 - Injecția soluției de novocaină endoneural sau perineural
 - Prepararea hidraulică a țesuturilor prin crearea infiltratului solid continuu
 - Chirurgul lucrează alternativ cu bisturiul și seringă cu anestezic
10. CS. Care din preparatele enumerate sunt utilizate în anestezia tronculară?
- Soluția lidocaină 0,25-0,5%
 - Soluția lidocaină 1-2%
 - Soluția lidocaină 10%
 - Soluția cocaină 1-5%
 - Soluția dicaină 0,5%
11. CM. Ce preparate pentru anestezia locală conțin grupa eterică?
- Novocaina
 - Cocaina
 - Dicaina
 - Lidocaina
 - Trimecaina
12. CM. Selectați anestezicele locale, introducerea cărora în țesuturi nu necesită efectuarea în prealabil a probei la sensibilitate.
- Novocaina
 - Cocaina
 - Lidocaina
 - Trimecaina
 - Ketamina
13. CM. Drept contraindicații ale anesteziei locale pot fi:
- Nesuportarea individuală a preparatului anestezic
 - Bolile psihice
 - Refuzul categoric al bolnavului
 - Excitația nervoasă pronunțată
 - Patologia asociată gravă
14. CM. Ce preparate pentru anestezia locală conțin grupa amidică?
- Novocaina
 - Trimecaina
 - Cocaina
 - Lidocaina
 - Dicaina
15. CS. Anestezia peridurală se referă la metodele de:
- Anestezie prin infiltrație
 - Anestezie regională
 - Anestezie superficială
 - Anestezie prin procedeul Vișnevski
 - Anestezie intraosoasă
16. CM. Care din tehnicile de anestezie locală indicate se referă la anestezia regională?
- Rahianestezia (anestezia spinală)

- b) Anestezia după Oberst-Lukașevici
 - c) Anestezia peridurală
 - d) Anestezia prin procedeul Vișnevski
 - e) Anestezia mucoasei prin badijonare
17. CM. Selectați afirmațiile valabile pentru anestezia regională.
- a) Substanța anestezică se injectează în nerv sau în spațiul perineural
 - b) Substanța anestezică vine în contact cu receptorii nervoși
 - c) Tehnica anesteziei necesită determinarea exactă a poziției trunchiului nervos
 - d) Vicinătatea vaselor sangvine mari și a trunchiurilor nervoase prezintă un pericol de hemoragie
 - e) Anestezia survine după câteva minute
18. CM. La complicațiile și efectele adverse ale rahianesteziei (anesteziei spinale) se referă:
- a) Voma incoercibilă
 - b) Micțiunea involuntară
 - c) Defecația involuntară
 - d) Hipotonia
 - e) Hipertensia îndelungată
19. CS. Puncția în anestezia rahidiană se efectuează de regulă la nivelul segmentului:
- a) Cervical al coloanei vertebrale
 - b) Toracic
 - c) Lombar
 - d) Sacral
 - e) La toate nivelurile
20. CS. Pentru a evita o eventuală traumatizare a măduvei spinale puncția rahidiană se va efectua la nivelul:
- a) Spațiului intervertebral toracic XII
 - b) Spațiului intervertebral lombar I
 - c) Spațiului intervertebral lombar II
 - d) Spațiului intervertebral lombar III
 - e) Spațiului intervertebral lombar IV
21. CS. În ce ordine survine pierderea sensibilității în anestezia spinală?
- a) Dureroasă, termică, tactilă
 - b) Tactilă, termică, dureroasă
 - c) Termică, tactilă, dureroasă
 - d) Dureroasă, tactilă, termică
 - e) Dispar toate în același timp
22. CS. În anestezia locală spinală volumul de bază a soluției anestezice se introduce în:
- a) Spațiul peridural
 - b) Spațiul subdural
 - c) Măduva spinării
 - d) Spațiul intervertebral
 - e) Țesutul subcutanat
23. CM. Cauzele hipotoniei în rahianestezie (anestezia spinală) sunt:
- a) Edemul cerebral
 - b) Acțiunea toxică a anestezicului asupra cordului
 - c) Relaxarea diafragmei
 - d) Blocajul părții simpatice a sistemului nervos vegetativ
 - e) Vazodilatarea periferică
24. CM. Selectați operațiile ce pot fi efectuate cu anestezie spinală.
- a) Amputația membrului inferior
 - b) Prelucrarea chirurgicală a unui flegmon al mîinii
 - c) Rezecția gastrică
 - d) Flebectomia pentru varice a membrului inferior

- e) Hemoroidectomia
25. CM. Drept contraindicații pentru efectuarea anesteziei spinale se consideră:
- Șocul traumatic
 - Hipertensiunea arterială esențială
 - Maladiile inflamatorii ale pielii din regiunea lombară
 - Deformațiile coloanei vertebrale
 - Șocul hipovolemic
26. CS. Cea mai frecventă complicație a anesteziei spinale este:
- Meningita
 - Hipotonia
 - Stopul cardiac
 - Stopul respirator
 - Pareza și plegia membrelor inferioare
27. CM. Selectați complicațiile rahianesteziei (anesteziei spinale).
- Cefalea
 - Meningismul
 - Hipotonia
 - Retenție de urină
 - Deregări psihice
28. CM. Selectați afirmațiile, ce se referă la anestezia epidurală.
- Este o anestezie regională
 - Are mai puține complicații ca anestezia spinală
 - Substanța anestezică se introduce în canalul rahidian
 - Anestezia poate fi utilizată în operații pe membrele inferioare
 - Are aceleași contraindicații ca și rahianestezia
29. CM. Anestezia peridurală poate fi utilizată:
- Postoperator, pentru analgezie de lungă durată
 - La bolnavii cu hemoragii ginecologice masive
 - În operațiile pe membrele inferioare
 - În operațiile pe membrele superioare
 - La bolnavii hipotonici
30. CS. Ce reprezintă antisepsia?
- Un complex de măsuri, orientate spre sterilizarea aerului în sala de operație
 - Un complex de măsuri, orientate spre distrugerea microorganismelor în plagă
 - Un complex de măsuri, orientate spre prevenirea nimeririi microorganismelor în plagă
 - Un complex de măsuri, orientate spre sterilizarea instrumentelor chirurgicale
 - Un complex de măsuri, orientate spre distrugerea microorganismelor prin metode fizice
31. CM. Indicați etapele istorice de dezvoltare a antisepsiei.
- Perioada antisepsiei listeriene
 - Perioada antisepsiei clasice
 - Perioada antisepsiei empirice
 - Perioada antisepsiei contemporane
 - Perioada antisepsiei prelisteriene
32. CS. Cine este fondatorul antisepsiei contemporane?
- Ernest Bergmann
 - Kurt Schimmelbusch
 - Hippocrate
 - Louis Pasteur
 - Joseph Lister
33. CS. Ce antiseptic a fost utilizat de către Joseph Lister pentru distrugerea microorganismelor în plagă?

- a) Cloramina
 - b) Alcoolul etilic 96%
 - c) Acidul carbolic
 - d) Sublimatul
 - e) Furacilina
34. CM. Din care considerente Lister a intrat în istoria chirurgiei ca fondator al antisepsiei?
- a) Pe baza cercetărilor lui L.Pasteur a presupus, că cauza complicațiilor septică în chirurgie sunt bacteriile
 - b) A elaborat în premieră un complex unic de luptă cu infecția în chirurgie
 - c) A descoperit microorganismele și a stabilit corelația acestora cu patologiile chirurgicale infecțioase
 - d) A sintetizat penicilina și a utilizat-o pentru prima dată în chirurgie
 - e) A elaborat pentru prima dată metoda de sterilizare a materialului de pansament și a alburilor chirurgicale în autoclav
35. CM. Indicați metodele existente de antisepsie.
- a) Antisepsia mecanică
 - b) Antisepsia endogenă
 - c) Antisepsia biologică
 - d) Antisepsia profilactică
 - e) Antisepsia antimicrobiană
36. CM. Indicați metodele existente de antisepsie.
- a) Antisepsia exogenă
 - b) Antisepsia aerogenă
 - c) Antisepsia fiziologică
 - d) Antisepsia fizică
 - e) Antisepsia chimică
37. CS. Ce tip de antisepsie se utilizează cel mai frecvent în chirurgie?
- a) Antisepsia fizică
 - b) Antisepsia biologică
 - c) Antisepsia mecanică
 - d) Antisepsia mixtă
 - e) Antisepsia chimică
38. CS. O plaga purulentă a fost drenată cu un tampon de tifon, îmbibat cu Betadină. Ce tip de antisepsie a fost utilizat?
- a) Antisepsia chimică
 - b) Antisepsia mixtă
 - c) Antisepsia mecanică
 - d) Antisepsia fizică
 - e) Antisepsia biologică
39. CS. La ce tip de antisepsie se referă drenarea cu lavaj continuu al plăgii, utilizând soluția de dioxidină?
- a) Chimică
 - b) Fizică
 - c) Mecanică
 - d) Biologică
 - e) Mixtă
40. CS. În ce constă toaleta plăgii?
- a) Plaga este incizată, marginile, pereții și fundul plăgii se excizează în limitele țesuturilor sănătoase, se înlătură toate țesuturile lezate și îmbibate cu sânge
 - b) Plaga se prelucrează cu un jet de lichid sub presiune, ce înlătură corpii străini, puroiul și microorganismele
 - c) Cu pensa și o globulă de tifon se înlătură exudatul purulent și masele necrotice libere de pe suprafața plăgii
 - d) Se efectuează lavajul continuu al plăgii: printr-un tub de dren în plagă se administrează soluția de antiseptic, iar prin altul – aceasta se scurge
 - e) Plaga este tamponată cu o meșă de tifon îmbibată cu peroxid de hidrogen

41. CM. Care dintre manipulațiile chirurgicale enumerate se referă la antisepsia mecanică?
- Puncția și evacuarea puroiului în caz de sinusită
 - Tamponarea plăgii purulente cu meșe de tifon
 - Instalarea drenajului activ
 - Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - Deschiderea abcesului postinjecțional
42. CS. La antisepsia mecanică se referă:
- Lavajul plăgii cu soluție de dioxidină
 - Drenarea plăgii cu un tampon de tifon
 - Excizia țesuturilor necrotizate
 - Administrarea interferonului
 - Aplicarea pansamentului steril pe plagă
43. CM. Ce caracterizează corect prelucrarea chirurgicală primară a plăgii?
- Se efectuează, când în plagă s-a dezvoltat deja procesul purulent
 - Cu pensa și o globulă de tifon se înlătură exudatul purulent și masele necrotice libere de pe suprafața plăgii
 - Constă în incizia plăgii, excizia marginilor, pereților și fundului plăgii în limitele țesuturilor sănătoase
 - Se efectuează nu mai târziu de 12 ore după lezare
 - Constă în hemostază și aplicarea pansamentului aseptice pe plagă pentru prevenirea infectării acesteia
44. CS. Marginile și fundul unei plăgi infectate au fost excizate. Ce tip de antisepsie s-a utilizat?
- Chimică
 - Fizică
 - Biologică
 - Mecanică
 - Mixtă
45. CM. Ce măsuri chirurgicale se referă la antisepsia mecanică?
- Prelucrarea chirurgicală secundară a plăgii
 - Drenarea plăgii
 - Deschiderea focarului purulent
 - Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - Spălarea plăgii
46. CM. La metodele de antisepsie fizică în tratamentul plăgilor se referă:
- Utilizarea soluției hipertonică
 - Drenarea
 - Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - Utilizarea peroxidului de hidrogen
 - Utilizarea tampoanelor de tifon
47. CM. La metodele de antisepsie fizică se referă:
- Iradieră plăgii purulente cu laser cu energie mare
 - Cavitația ultrasonică a plăgii purulente
 - Chimioterapia focarului purulent
 - Radioterapia focarului purulent
 - Revizia plăgii purulente cu o sondă butonată
48. CS. Ce este comun între principiul de acțiune al materialului de pansament higroscopic și cel al soluției hipertonică?
- Uscă plaga, ceea ce crează condiții nefavorabile pentru multiplicarea bacteriilor
 - Au acțiune bactericidă asupra microorganismelor în plagă
 - Înlătură mecanic corpii străini, puroiul și microorganismele din plagă
 - Sporesc eliminarea exudatului din plagă
 - Ameliorează oxigenarea țesuturilor plăgii
49. CM. Ce metode de drenare a plăgilor se cunosc?
- Drenare cu lavaj continuu

- b) Pasivă
 - c) Fracționată
 - d) Activă
 - e) Continuă
50. CS. Drenarea activă a focarului purulent presupune:
- a) Crearea presiunii negative la capătul extern al tubului de dren
 - b) Crearea presiunii pozitive la capătul extern al tubului de dren
 - c) Administrarea sorbenților în plagă, care absorb activ toxinele
 - d) Instalarea drenului în regiunea unghiului inferior al plăgii
 - e) Efectuarea lavajului continuu al focarului patologic
51. CM. Drenarea cu lavaj continuu al focarului purulent presupune:
- a) Instalarea drenului în regiunea unghiului inferior al plăgii
 - b) Plasarea a două tuburi de dren în plagă
 - c) Crearea presiunii negative la capătul extern al tubului de dren
 - d) Lavajul continuu prin dren al focarului patologic cu soluții de antiseptice
 - e) Aspirarea periodică prin dren al conținutului din focarul patologic
52. CM. Ce metode suplimentare de antisepsie fizică cunoașteți?
- a) Cavitația ultrasonică
 - b) Utilizarea bacteriofagilor
 - c) Prelucrarea plăgilor cu jet pulsatil de lichid
 - d) Utilizarea substanțelor ce conțin carbon (sorbentii)
 - e) Utilizarea laserului chirurgical cu energie înaltă
53. CM. Prin ce se caracterizează metoda de tratament al plăgilor în mediu abacterian dirijat?
- a) Se formează o crustă, sub care se petrece curățarea și vindecarea plăgii
 - b) Conduce spre vaporizarea structurilor tisulare
 - c) Jetul de aer sub presiune mare înlătură corpii străini, puroiul și microorganismele
 - d) Se petrece uscarea plăgilor
 - e) Dispozitivul pentru tratament constă din ventilator, filtru bacterian și cameră
54. CS. Efectul de cavitație, ce are acțiune distructivă asupra microflorei în plagă, este condiționat de acțiunea:
- a) Laserului chirurgical cu energie mare
 - b) Substanțelor ce conțin carbon (sorbentilor)
 - c) Ultrasunetului
 - d) Radiației ultraviolete
 - e) Mediului abacterian dirijat
55. CM. Care sunt efectele utilizării laser-ului chirurgical cu energie mare, ca metodă auxiliară de prelucrare a plăgilor?
- a) Înlătură mecanic microorganismele de pe pereții și fundul plăgii infectate
 - b) Provoacă vaporizarea structurilor tisulare
 - c) Induce efectul de cavitație
 - d) Provoacă uscarea plăgii
 - e) După prelucrare plaga devine sterilă, acoperită cu o crustă combustională
56. CM. Iradierea cu raze ultraviolete este eficientă în caz de:
- a) Abcese și flegmoane
 - b) Plăgi purulente adânci
 - c) Plăgi superficiale
 - d) Erizipel, forma eritematoasă
 - e) Ulcere trofice de diversă etiologie
57. CM. La antisepsia chimică se referă utilizarea:
- a) Anatoxinelor
 - b) Antibioticelor
 - c) Coloranților

- d) Analgezicelor
 - e) Oxidantilor
58. CM. Ce este caracteristic pentru antisepticul chimic Cidex?
- a) Se utilizează pentru prelucrarea mânilor chirurgului și a câmpului operator
 - b) Se referă la grupa sărurilor metalelor grele
 - c) Se referă la grupa aldehidelor
 - d) Se utilizează pentru lavajul cavității peritoneale în caz de peritonită
 - e) Se utilizează pentru sterilizarea endoscoapelor flexibile și a instrumentelor din masă plastică
59. CM. Indicați antisepticele chimice din grupa halogenilor.
- a) Iodopiron
 - b) Lizoform
 - c) Soluția de cloramină
 - d) Soluția alcoolică de iod
 - e) Betadina
60. CM. Indicați antisepticele chimice, utilizate pentru prelucrarea plăgii.
- a) Metronidazol
 - b) Cidex
 - c) Clorhexidina
 - d) Permanganatul de caliu
 - e) Betadina
61. CS. În care infecție este îndeosebi eficientă aplicarea locală a acidului boric?
- a) Infecția specifică tuberculoasă
 - b) Infecția stafilococică
 - c) Infecția gram-negativă, condiționată de colibacili
 - d) Infecția pioceanică, condiționată de Pseudomonas aeruginosa
 - e) Infecția anaerobă neclostridiană
62. CS. Ce preparat antiseptic fiind utilizat local (topic) posedă atât efect bactericid, cât și acțiune mecanică, curățind plaga de puroi și corpi străini?
- a) Soluția de furacilină
 - b) Soluția de permanganat de caliu
 - c) Soluția de dioxidină
 - d) Soluția de peroxid de hidrogen
 - e) Soluția de alcool etilic
63. CM. Indicați afirmațiile corecte, ce caracterizează preparatul – metronidazol.
- a) Reprezintă un antibiotic cu spectru larg de acțiune
 - b) Este eficient contra protozoarelor și anaerobilor
 - c) Se utilizează local în plăgi purulente și cavități
 - d) Se indică intravenos și per os
 - e) Reprezintă un antiseptic chimic
64. CM. Care dintre preparatele antiseptice enumerate pot fi aplicate atât extern (topic), cât și sistemic (per os sau parenteral)?
- a) Dioxidina
 - b) Metronidazol
 - c) Soluția alcoolică de Iod
 - d) Nitrofuranii
 - e) Clorhexidina
65. CM. Spre deosebire de antiseptice, dezinfectantele se utilizează pentru:
- a) Prelucrarea instrumentelor chirurgicale
 - b) Prelucrarea mânilor chirurgului înainte de operație
 - c) Prelucrarea câmpului operator
 - d) Prelucrarea încăperilor spitalicești

- e) Prelucrarea cavităților purulente
66. CM. Indicați antibioticele ce se utilizează în chirurgie.
- Ceftriaxon
 - Biseptol
 - Gentamicina
 - Metronidazol
 - Ampiox
67. CM. Indicați principiile antibioticoterapiei raționale.
- Se preferă administrarea enterală a antibioticelor
 - Este obligatorie aprecierea sensibilității microflorei la antibiotice
 - Este necesară combinarea antibioticelor cu spectru de acțiune diferit
 - Este necesară administrarea dozelor terapeutice minimale
 - Trebuie efectuată conform indicațiilor stricte
68. CM. Cum se va efectua corect antibioticoterapia în cazul internării unui pacient cu infecție chirurgicală severă?
- Nu se vor indica antibiotice pacienților cu maladii concomitente ale ficatului și rinichilor din motivul pericolului efectului toxic al acestora asupra organelor interne
 - Este necesar de a efectua imediat analiza bacteriologică a conținutului din plagă sau focarul de infecție pentru aprecierea sensibilității microflorei la antibiotice
 - Antibioticele trebuie indicate doar după obținerea rezultatului antibioticogramei, considerând sensibilitatea și rezistența microorganismelor
 - Este necesară indicarea imediată, în mod empiric, a dozelor standard de antibiotice cu spectrul larg de acțiune
 - Până la identificarea sensibilității microorganismelor la antibiotice se vor indica preparate antibacteriene în doze terapeutice minimale
69. CS. În cazul necesității tratamentului antibacterian de lungă durată, pentru evitarea dezvoltării rezistenței la preparate, acestea trebuie schimbate la fiecare:
- 1-2 zile
 - 5-7 zile
 - 10-12 zile
 - 14-21 zile
 - o lună
70. CM. Ce complicații sunt caracteristice antibioticoterapiei?
- Deregări hormonale
 - Disbacterioza
 - Reacții alergice
 - Formarea sușelor de microorganisme rezistente
 - Acțiune toxică asupra organelor interne
71. CM. Care dintre metodele enumerate se referă la antisepsia biologică?
- Utilizarea locală a bacteriofagului
 - Prelucrarea plăgii cu soluție de peroxid de hidrogen
 - Drenarea plăgii
 - Administrarea enterală a sulfanilamidelor
 - Administrarea intramusculară a antibioticelor
72. CS. Care este efectul serurilor curative la bolnavii cu infecție chirurgicală?
- Administrarea anticorpilor contra agenților cauzali ai infecției pentru imunizarea pasivă a bolnavilor
 - Posedă efect bactericid și bacteriostatic asupra microorganismelor
 - Conține virusuri, capabile să se multiplice în celulele bacteriene și să provoace moartea acestora
 - Administrarea dozei minimale de microorganisme pentru stimularea elaborării anticorpilor proprii contra bacteriilor
 - Stimulează imunitatea nespecifică

73. CS. Care este efectul bacteriofagilor administrat bolnavilor cu infecție chirurgicală?
- Administrarea anticorpilor contra agenților cauzali ai infecției pentru imunizarea pasivă a bolnavilor
 - Stimulează mecanismele rezistenței nespecifice a organismului la infecție
 - Conțin virusuri, capabile să se reproducă în celulele bacteriene și să provoace moartea acestora
 - Administrarea dozei minime de microorganisme pentru stimularea producerii anticorpilor proprii contra bacteriilor
 - Stimularea imunității nespecifice
74. CS. Care este acțiunea vaccinilor și anatoxinelor la bolnavii cu infecție chirurgicală?
- Administrarea anticorpilor către agenții cauzali ai infecției pentru imunizarea pasivă a pacienților
 - Posedă efect bactericid și bacteriostatic direct asupra microorganismelor
 - Conțin virusuri, capabile să se reproducă în celulele bacteriene, provocând moartea acestora
 - Administrarea unei doze minime de antigeni microbieni pentru stimularea sintezei anticorpilor proprii
 - Stimulează imunitatea nespecifică
75. CM. Ce preparate se referă la antiseptice biologice cu acțiune directă?
- Anatoxina tetanică
 - Serul antigangrenos
 - T-activin
 - Gama-globulina antistafilococică
 - Bacteriofagul combinat
76. CM. Ce preparate se referă la antiseptice biologice cu acțiune indirectă?
- Anatoxina tetanică
 - Serul antigangrenos
 - T-activin
 - Gama-globulina antistafilococică
 - Bacteriofagul combinat
77. CM. Acțiunile fermenților proteolitici în caz de proces infecțios în plagă sunt următoarele:
- Antiinflamatorie
 - Distruge microorganismelor
 - Efect analgezic local
 - Curățarea plăgii de țesuturi necrotice și fibrină
 - Antiedematoasă
78. CM. Cele mai răspândite tipuri de infecție nozocomială printre pacienții spitalizați sunt:
- Infecția căilor urinare
 - Infecțiile intestinale acute
 - Infecțiile căilor respiratorii
 - Infecțiile sistemului nervos central
 - Infecțiile plăgilor operatorii
79. CS. Cel mai frecvent tip de infecție nozocomială printre pacienții operați este:
- Infecția căilor urinare
 - Infecția căilor respiratorii
 - Infecția sistemului nervos central
 - Infecția plăgii operatorii
 - Infecția cu hepatita "C"
80. CM. Indicați criteriile, utilizate pentru definirea noțiunii de "infecție a plăgii operatorii":
- Gradul de urgență al intervenției chirurgicale
 - Timpul de la momentul efectuării intervenției
 - Regiunea anatomică, pe care s-a intervenit chirurgical
 - Rezultatele examenului bacteriologic
 - Prezența în plagă a implantului sintetic (protezei)
81. CS. Pe durata cărei perioade de timp un proces infecțios-inflamator, ce s-a dezvoltat în plaga după apendicectomie, este definit ca infecție nozocomială a plăgii operatorii?

- a) O săptămână
 - b) Două săptămâni
 - c) O lună
 - d) Șase luni
 - e) Un an
82. CS. Pe durata cărei perioade de timp un proces infecțios-inflamator, ce s-a dezvoltat în plaga după hernioplastie cu meșă sintetică, este definit ca infecție nozocomială a plăgii operatorii?
- a) O săptămână
 - b) Două săptămâni
 - c) O lună
 - d) Șase luni
 - e) Un an
83. CM. Conform clasificării anatomice a infecției chirurgicale postoperatorii deosebim:
- a) Infecția incizională asimptomatică
 - b) Infecția incizională superficială
 - c) Infecția incizională profundă
 - d) Infecția incizională generalizată
 - e) Infecția cavităților și organelor
84. CM. Conform clasificării anatomice, infecția incizională profundă afectează:
- a) Pielea
 - b) Țesutul subcutanat
 - c) Fascia și aponeuroza
 - d) Mușchii
 - e) Organele interne
85. CS. Care dintre microorganisme cel mai frecvent cauzează infecția plăgii operatorii (incizională) în chirurgia generală?
- a) Stafilococul
 - b) Streptococul
 - c) Escherichia coli
 - d) Pseudomonas aeruginosa
 - e) Klebsiella
86. CS. Ce reprezintă asepsia?
- a) Un complex de măsuri, orientate spre sterilizarea aerului în sala de operație
 - b) Un complex de măsuri, orientate spre distrugerea microorganismelor în plagă
 - c) Un complex de măsuri, orientate spre prevenirea nimeririi microorganismelor în plaga operatorie
 - d) Un complex de măsuri, orientate spre sterilizarea instrumentelor chirurgicale
 - e) Un complex de măsuri, orientate spre distrugerea microorganismelor prin metode fizice
87. CM. Infecția endogenă poate cauza supurația plăgii postoperatorii, pătrunzând în organismul bolnavului prin următoarele căi:
- a) Prin contact
 - b) Limfogenă
 - c) Aerogenă și prin picături
 - d) Hematogenă
 - e) Prin implantare
88. CM. Care dintre posibilele surse de infecție se referă la cele endogene?
- a) Aerul din sala de operație
 - b) Instrumentele chirurgicale
 - c) Caria dentară cronică la un bolnav ce va fi supus intervenției chirurgicale de protezare a articulației coxofemorale
 - d) Pielonefrita cronică la un bolnav ce va fi operat pentru hernie inghinală necomplicată
 - e) Materialul de sutură

89. CM. Indicați posibilele surse de infecție endogenă.
- Grefele (protezele) arteriale sintetice
 - Sinusita cronică la bolnavul respectiv
 - Flora microbiană condiționat patogenă a colonului
 - Mânilor chirurgului
 - Materialul de sutură
90. CM. Indicați posibilele surse de infecție exogenă la un bolnav operat pentru hernie inghinală necomplicată.
- Meșa sintetică, utilizată pentru plastia porții herniare
 - Tonsilita cronică la bolnavul respectiv
 - Caria dentară cronică la bolnavul respectiv
 - Infecția respiratorie prezentă la chirurg
 - Instrumentele chirurgicale utilizate în timpul operației
91. CS. Pe parcursul zilei într-o sală de operație sunt programate cinci intervenții chirurgicale. Ce operație trebuie efectuată în primul rând?
- Rezecția gastrică pentru boala ulceroasă
 - Flebectomia pentru boala varicoasă a membrului inferior
 - Prelucrarea chirurgicală repetată pentru flegmon al țesuturilor moi
 - Colecistectomia pentru litiaza biliară
 - Rezecția sigmoidului pentru tumoare malignă
92. CM. Indicați acțiunile necesare ale chirurgului în timpul pregătirii către operație.
- Prelucrarea și delimitarea câmpului operator cu albituri sterile
 - Sterilizarea materialului de sutură
 - Prelucrarea mânilor
 - Îmbrăcarea mănușilor
 - Îmbrăcarea măștii
93. CM. Ce zone de sterilitate se disting în blocul operator?
- Zona regimului limitat
 - Zona sterilității absolute
 - Zona regimului nesteril
 - Zona sterilității relative
 - Zona regimului spitalicesc general
94. CS. Cât de frecvent se efectuează curățenia generală în sala de operație?
- Zilnic
 - O dată în două zile
 - O dată în trei zile
 - O dată în săptămână
 - O dată în lună
95. CS. Nivelul acceptat de contaminare microbiană a aerului în sala de operație constituie:
- Sub 100 agenți patogeni/m³
 - Sub 200 agenți patogeni/m³
 - Sub 300 agenți patogeni/m³
 - Sub 400 agenți patogeni/m³
 - Sub 500 agenți patogeni/m³
96. CM. Ce metode de luptă cu infecția transmisă prin aer și picătură există în sala de operație?
- Iradieră aerului cu raze ultraviolete
 - Prelucrarea câmpului operator
 - Identificarea și sanarea purtătorilor de agenți bacterieni printre personalul medical
 - Ventilarea încăperii
 - Purtarea măștilor chirurgicale
97. CM. Care dintre elementele echipamentului chirurgical nu sunt sterile?
- Boneta medicală

- b) Masca
 - c) Costumul chirurgical
 - d) Bahilele medicale
 - e) Halatul chirurgical
98. CM. Prin ce se deosebește sala de operație supra-curată de cea obișnuită?
- a) Mișcarea laminară (rectilinie) a aerului, dinspre plafon spre podea
 - b) Aerul este propulsat în sala de operație printr-un filtru bacterian
 - c) Sala de operație este divizată în patru zone de sterilitate
 - d) Respectarea strictă a regulilor de asepsie
 - e) Accesul în sala de operație este limitat
99. CM. Către personalul steril din sala de operație se referă:
- a) Asistenta de operație
 - b) Infermiera
 - c) Chirurgul operator
 - d) Chirurgii asistenți
 - e) Anesteziologul
100. CM. Ce servește drept sursă de infecție prin contact în chirurgie?
- a) Mâinile chirurgului
 - b) Suprafața mesei de operație
 - c) Materialul de pansament și albiturile chirurgicale
 - d) Instrumentele chirurgicale
 - e) Materialul de sutură
101. CM. Ce metode fizice de sterilizare se utilizează în cadrul asepsiei contemporane?
- a) Sterilizarea cu aer fierbinte uscat
 - b) Sterilizarea cu vapori sub presiune (autoclavarea)
 - c) Sterilizarea prin iradiere
 - d) Sterilizarea gazoasă
 - e) Sterilizarea cu soluții antiseptice
102. CM. Ce metode chimice de sterilizare se utilizează în cadrul asepsie contemporane?
- a) Sterilizarea cu aer fierbinte uscat
 - b) Sterilizarea cu vapori sub presiune (autoclavarea)
 - c) Sterilizarea prin iradiere
 - d) Sterilizarea cu soluții antiseptice
 - e) Sterilizarea gazoasă
103. CS. Instrumentele chirurgicale metalice de regulă sunt sterilizate prin:
- a) Vapori sub presiune (autoclavare)
 - b) Aer fierbinte uscat
 - c) Fierbere
 - d) Radiație ionizantă
 - e) Plasarea în soluție de peroxid de hidrogen de 6%
104. CS. Sterilizarea instrumentelor chirurgicale metalice în pupinelă se petrece în următorul regim (timpul + temperatura):
- a) 1 oră la 120 °C
 - b) 1 oră la 130 °C
 - c) 1 oră la 150 °C
 - d) 1 oră la 180 °C
 - e) 1 oră la 200 °C
105. CS. Ce metodă se utilizează pentru sterilizarea instrumentelor chirurgicale optice (laparoscop)?
- a) Scufundarea în soluția de Betadină
 - b) Sterilizarea prin vapori sub presiune
 - c) Scufundarea în soluția de peroxid de hidrogen 3%

- d) Scufundarea în soluția de glutaraldehidă ("Cidex")
e) Sterilizarea cu aer fierbinte uscat
106. CM. Parametrii standard ai sterilizării albiturilor chirurgicale în autoclav sunt:
a) Presiunea de 0,5 atm
b) Presiunea de 1,5 atm
c) Temperatura de 120°C
d) Temperatura de 190°C
e) Timpul = 45 minute
107. CS. Fiind închisă casoleta Schimmelbusch păstrează sterilitatea conținutului timp de:
a) 6 ore
b) 12 ore
c) 24 ore
d) 48 ore
e) 72 ore
108. CM. Dacă orificiile laterale ale casoletei Schimmelbusch cu material de pansament sunt deschise, aceasta poate semnifica următoarele:
a) Conținutul casoletei este steril
b) Conținutul casoletei nu este steril
c) Casoleta se află la etapa de pregătire pentru sterilizare
d) Casoleta se află la etapa de transportare după sterilizarea în autoclav
e) Se efectuează controlul sterilității conținutului casoletei
109. CS. Cum se efectuează prelucrarea mânilor chirurgului înainte de operație cu soluție de alcool etilic?
a) Cu soluție de alcool de 96% – o dată timp de 1 minută
b) Cu soluție de alcool de 96% – de 2 ori câte 1 minută
c) Cu soluție de alcool de 70% – de 3 ori câte 1 minută
d) Cu soluție de alcool de 70% – de 4 ori câte 1 minută
e) Cu soluție de alcool de 40% – de 5 ori câte 1 minută
110. CS. Ce remediu antiseptic permite realizarea unei sterilități complete a mânilor chirurgului înainte de operație?
a) Clorhexidina
b) Soluția de alcool 70%
c) Iodonatul
d) Triclozanul
e) Nici unul dintre cele indicate
111. CM. Mănușile chirurgicale sterile se vor considera contaminate și necesită a fi schimbate pe parcursul intervenției chirurgicale atunci când:
a) Mănușa s-a rupt sau a fost perforată (înțepată)
b) Cu mâna în mănușă a fost atins orice obiect nesteril
c) Mănușa a fost murdărită cu sânge
d) Durata intervenției depășește 60 minute
e) Mâna în mănușă a coborât mai jos de nivelul centurii (brîului)
112. CS. Intervalul de timp maximal admisibil de la epilarea (bărbieritul) regiunii câmpului operator și pînă la incizia pielii constituie:
a) 30 minute
b) 1 oră
c) 2 ore
d) 3 ore
e) 4 ore
113. CM. Indicați regulile de prelucrare a câmpului operator.
a) Regiunile mai murdare (poluate) se prelucrează în primul rînd

- b) Pielea din regiunea câmpului operator se prelucrează cu antiseptic pe o arie mult mai largă decât incizia preconizată
- c) Pielea câmpului operator se prelucrează dinspre centru spre periferie
- d) Epilarea din regiunea câmpului operator trebuie efectuată nemijlocit înainte de intervenție
- e) Metoda optimală de înlăturare a părului din regiunea câmpului operator este epilarea electrică
114. CM. Prelucrarea câmpului operator cu soluții antiseptice trebuie efectuată în timpul următoarelor etape ale operației:
- a) Înainte de aplicarea suturilor pe piele
- b) Înainte efectuării inciziei pielii
- c) Înainte de incizia peretelui unui organ cavitărilor
- d) Înainte de delimitarea câmpului operator cu albituri sterile
- e) După aplicarea suturilor pe piele
115. CM. Implantul reprezintă un obiect, plasat într-o cavitate naturală a corpului uman sau una creată pe cale chirurgicală, pe o perioadă:
- a) Mai mare de o săptămână, dar până la o lună
- b) Mai mare de două săptămâni, dar până la o lună
- c) Ce depășește 24 ore, dar până la o săptămână
- d) Ce depășește 30 zile
- e) Nedefinită (pentru totdeauna)
116. CM. Care afirmații caracterizează just infecția prin implantare?
- a) Implantarea materialului chirurgical infectat conduce întotdeauna la dezvoltarea infecției
- b) Implantarea materialului chirurgical infectat foarte rar conduce la dezvoltarea infecției
- c) Infecția prin implantare de regulă este rezistentă la terapia antibacteriană
- d) Diagnosticul clinic al infecției prin implantare nu prezintă dificultăți
- e) Tratamentul acestui tip de infecție nozocomială de regulă necesită înlăturarea implantului infectat
117. CS. Indicați cantitatea minimală de microorganisme, necesară pentru dezvoltarea infecției plăgii operatorii în lipsa implantului.
- a) 100 microorganisme pe 1 g de țesut
- b) 1.000 microorganisme pe 1 g de țesut
- c) Peste 10.000 microorganisme pe 1 g de țesut
- d) Peste 100.000 microorganisme pe 1 g de țesut
- e) Peste 1.000.000 microorganisme pe 1 g de țesut
118. CM. Indicați sursele infecției prin implantare în chirurgie.
- a) Mănușile chirurgicale
- b) Materialul de sutură
- c) Mânile chirurgului
- d) Suprafața mesei de operație
- e) Plasa sintetică pentru plastie în caz de hernii ale peretelui abdominal
119. CS. La etapa contemporană, unica metodă admisibilă de sterilizare a materialului de sutură este:
- a) Fierberea
- b) Autoclavarea
- c) Plasarea în alcool 96°
- d) Iradierea cu raze ultraviolete
- e) Radiația ionizantă
120. CM. Prin ce se caracterizează metoda directă de control a sterilității?
- a) Este cea mai rapidă
- b) Este cea mai exactă
- c) Trebuie efectuată o dată în 7-10 zile
- d) Se efectuează prin utilizarea antipirinei
- e) Trebuie să se efectueze zilnic

121. CS. Ce metodă de control a sterilității instrumentelor chirurgicale și al materialului de pansament este cea mai exactă?
- Proba cu fenolftaleină
 - Testul cu acid ascorbic
 - Testul cu antipirină
 - Examenul bacteriologic
 - Termometria
122. CM. Prin ce se caracterizează metoda indirectă de control a sterilității?
- Este cea mai exactă
 - Indică asupra prezenței sau absenței microorganismelor
 - Se utilizează doar pentru controlul calității sterilizării termice
 - Permite aprecierea gradului de contaminare bacteriană
 - Se utilizează în timpul fiecărei sterilizări
123. CS. Ce reprezintă infecția nozocomială?
- Infectarea bolnavului în timpul spitalizării sau în urma tratamentului
 - Infecția specifică (tuberculoza, actinomicoza, sifilisul)
 - Noțiune convențională, ce semnifică patologii infecțioase ce au condiționat spitalizarea în staționar
 - Patologii chirurgicale purulente ale țesuturilor moi cu localizare tipică
 - Patologii ale căilor respiratorii superioare, ca sursă a infecției endogene
124. CM. La efectuarea cărora dintre intervențiile chirurgicale enumerate antibioticoprofilaxia nu este indicată?
- Intervenția de înlăturare a venelor superficiale varicos dilatate necomplicate (flebectomie)
 - Protezarea articulației coxofemorale
 - Rezecția gastrică în caz de ulcer hemoragic
 - Plastia unei hernii necomplicate cu țesuturi proprii
 - Înlăturarea unei tumori benigne a pielii (papilom)
125. CM. La efectuarea cărora dintre intervențiile chirurgicale antibioticoprofilaxia reprezintă o măsură obligatorie?
- Rezecția intestinului gros pe motiv de cancer
 - Protezarea aortei abdominale cu o grefă sintetică
 - Rezecția gastrică pe motiv de ulcer hemoragic
 - Plastia unei hernii necomplicate cu utilizarea meșei sintetice
 - Înlăturarea unei tumori benigne a țesutului subcutanat (lipom) cu lăsarea în plagă pentru o perioadă de 24 ore a unui tub de dren
126. CS. Indicați medicamentele de "prima linie" în efectuarea antibioticoprofilaxiei în chirurgia generală?
- Aminoglicozide
 - Fluorchinolone
 - Cefalosporine de prima generație
 - Cefalosporine de generația a treia
 - Sulfanilamide
127. CM. Indicați, cum se efectuează corect antibioticoprofilaxia.
- Prima doză de antibiotic se indică imediat după suturarea plăgii
 - Se va administra doza unică maximală a antibioticului
 - În cazul operației de lungă durată și în hemoragii semnificative este necesară administrarea unei doze suplimentare de antibiotic
 - Preferabilă este calea intramusculară de administrare a antibioticului
 - Antibioticul trebuie administrat cu 1 oră înainte de intervenția chirurgicală
128. CM. Cui aparține descoperirea grupelor sanguine?
- V.A. Iurevici
 - K. Landsteiner
 - N.K. Rozengart
 - J. Jansky
 - A. Wiener

129. CM. Cui aparține descoperirea factorului Rhesus?
- V.A.Iurevici
 - K.Landsteiner
 - N.K.Rozengart
 - J.Jansky
 - A.Wiener
130. CM. Era contemporană în dezvoltarea transfuziologiei se caracterizează prin:
- Reducerea indicațiilor la hemotransfuzie
 - Extinderea indicațiilor la hemotransfuzie
 - Utilizarea largă a substituienților sangvini
 - Preferința către transfuzia sîngelui integru
 - Refuzul practic complet de la transfuzia directă de sînge
131. CS. Ce reprezintă grupa sangvină?
- Un complex de antigeni leucocitari
 - Un complex de imunoglobuline
 - Un complex de antigeni eritrocitari
 - Antigeni trombocitari
 - Antigeni transplantaționali
132. CM. Prima grupă sangvină se caracterizează prin:
- Prezența pe suprafața eritrocitelor a antigenului B
 - Prezența pe suprafața eritrocitelor a antigenului A
 - Lipsa pe suprafața eritrocitelor a antigenilor A și B
 - Prezența în plasmă a anticorpilor α și β
 - Lipsa în plasmă a anticorpilor α și β
133. CM. A doua grupă sangvină se caracterizează prin:
- Prezența pe suprafața eritrocitelor a antigenului B
 - Prezența pe suprafața eritrocitelor a antigenului A
 - Lipsa pe suprafața eritrocitelor a antigenilor A și B
 - Prezența în plasmă a anticorpilor α
 - Prezența în plasmă a anticorpilor β
134. CM. A treia grupă sangvină se caracterizează prin:
- Prezența pe suprafața eritrocitelor a antigenului B
 - Prezența pe suprafața eritrocitelor a antigenului A
 - Lipsa pe suprafața eritrocitelor a antigenilor A și B
 - Prezența în plasmă a anticorpilor α
 - Lipsa în plasmă a anticorpilor β
135. CM. A patra grupă sangvină se caracterizează prin:
- Prezența pe suprafața eritrocitelor a antigenului B
 - Prezența pe suprafața eritrocitelor a antigenului A
 - Lipsa pe suprafața eritrocitelor a antigenilor A și B
 - Prezența în plasmă a anticorpilor α și β
 - Lipsa în plasmă a anticorpilor α și β
136. CM. Legea lui Ottenberg:
- Permite transfuzia de sînge de grupa II unui recipient cu grupa de sînge IV
 - Permite transfuzia de sînge de grupa I unui recipient cu grupa de sînge II
 - Afirmă că aglutinogenii eritrocitari din sîngele donatorului sunt diluați în patul sangvin al pacientului și nu aglutinează cu aglutininele recipientului
 - Afirmă că aglutininele plasmei din sîngele donatorului sunt diluate în patul sangvin al pacientului și nu aglutinează cu eritrocitele recipientului
 - Este valabilă în cazul transfuziei unei cantități mici de sînge (mai puțin de 500ml)

137. CM. Legea lui Ottenberg:
- Permite transuzia de sânge de grupa II unui recipient cu grupa de sânge III
 - Permite transuzia de sânge de grupa III unui recipient cu grupa de sânge I
 - Afirmă că aglutinogenii eritrocitari din sângele donatorului sunt diluați în patul sangvin al pacientului și nu aglutinează cu aglutininele recipientului
 - Afirmă că aglutininele plasmei din sângele donatorului sunt diluate în patul sangvin al pacientului și nu aglutinează cu eritocitele recipientului
 - Este valabilă în cazul diluării sîngelui donatorului în sângele recipientului în raport 1:20 și mai mult
138. CS. Recipient «universal» (conform legii lui Ottenberg) sunt considerați deținătorii:
- Grupei sangvine I
 - Grupei sangvine II
 - Grupei sangvine III
 - Grupei sangvine IV
 - Grupei sangvine I și IV
139. CS. Donator «universal» (conform legii lui Ottenberg) sunt considerați deținătorii:
- Grupei sangvine I
 - Grupei sangvine II
 - Grupei sangvine III
 - Grupei sangvine IV
 - Grupei sangvine I și IV
140. CM. Indicați metodele de determinare a grupelor sangvine după sistemul AB0:
- Cu trombocite standart
 - Cu eritrocite standart
 - Cu seruri standart
 - Cu anticorpi monoclonali (țolicloni)
 - Cu antigeni monoclonali
141. CM. Indicați metodele de determinare a grupelor sangvine după sistemul AB0:
- Cu anticorpi monoclonali anti-A
 - Cu anticorpi monoclonali anti-B
 - Cu anticorpi monoclonali anti-0
 - Cu anticorpi monoclonali anti-D
 - Cu anticorpi monoclonali anti-HLA
142. CM. În determinarea grupei sangvine cu ajutorul serurilor standart se respectă următoarele condiții:
- În fiecare godeu cu ser se adaugă o picătură de sânge a pacientului de 10 ori mai mică
 - În fiecare godeu cu ser se adaugă o picătură de sânge a pacientului de 10 ori mai mare
 - Se apreciază prezența aglutinării peste nu mai puțin de 5 minute
 - Se efectuează la o temperatură de +15 – +25°C
 - Se efectuează la o temperatură nu mai mare de +15°C
143. CS. În timpul determinării grupei sangvine cu ajutorul serurilor standard, s-a observat aglutinarea cu toate serurile (de grupele I, II și III). Apreciați grupa sangvină.
- 0(I)
 - A(II)
 - B(III)
 - AB(IV)
 - Eroare în tehnica de apreciere
144. CS. În timpul determinării grupei sangvine cu ajutorul eritrocitelor standard s-a observat aglutinarea cu eritrocitele din grupa I, II și III. Apreciați grupa de sânge.
- 0(I)
 - A(II)
 - B(III)
 - AB(IV)
 - Eroare în tehnica de apreciere

145. CS. În timpul determinării grupei sangvine cu ajutorul țoliclonilor s-a observat aglutinarea cu toți țoliclonii.
Apreciați grupa de sânge.
- a) 0(I)
 - b) A(II)
 - c) B(III)
 - d) AB(IV)
 - e) Eroare în tehnica de apreciere
146. CS. În timpul determinării grupei sangvine cu ajutorul serurilor standard s-a observat absența aglutinării cu toate serurile (de grupele I, II și III). Apreciați grupa de sânge.
- a) 0(I)
 - b) A(II)
 - c) B(III)
 - d) AB(IV)
 - e) Eroare în tehnica de apreciere
147. CS. În timpul aprecierii grupei sangvine cu ajutorul țoliclonilor s-a observat lipsa aglutinării cu toți țoliclonii.
Apreciați grupa de sânge.
- a) 0(I)
 - b) A(II)
 - c) B(III)
 - d) AB(IV)
 - e) Eroare în tehnica de apreciere
148. CS. În timpul determinării grupei sangvine cu ajutorul serurilor standard s-a observat aglutinarea cu serurile din grupele II și III și lipsa aglutinării cu serul din grupa I. Apreciați grupa de sânge.
- a) 0(I)
 - b) A(II)
 - c) B(III)
 - d) AB(IV)
 - e) Eroare în tehnica de apreciere
149. CS. În timpul determinării grupei sangvine cu ajutorul serurilor standard s-a observat aglutinarea cu serurile de grupa I, II și lipsa aglutinării cu serul de grupa III. Apreciați grupa de sânge.
- a) 0(I)
 - b) A(II)
 - c) B(III)
 - d) AB(IV)
 - e) Eroare în tehnica de apreciere
150. CS. În timpul determinării grupei sangvine cu ajutorul țoliclonilor s-a observat aglutinarea cu țoliclonul anti-A și lipsa aglutinării cu țoliclonul Anti-B. Apreciați grupa de sânge.
- a) 0(I)
 - b) A(II)
 - c) B(III)
 - d) AB(IV)
 - e) Eroare în tehnica de apreciere
151. CS. În timpul determinării grupei sangvine cu ajutorul țoliclonilor s-a observat aglutinarea cu țoliclonul anti-B și lipsa aglutinării cu țoliclonul Anti-A. Apreciați grupa de sânge.
- a) 0(I)
 - b) A(II)
 - c) B(III)
 - d) AB(IV)
 - e) Eroare în tehnica de apreciere
152. CM. Pentru determinarea factorului Rhesus se utilizează:
- a. Metoda cu anticorpi monoclonali anti-D

- b. Testul Coombs (testul antiglobulinic indirect)
 - c. Metoda cu seruri standart anti-Rhesus
 - d. Reacția de conglutinare cu folosirea gelatinei
 - e. Metoda cu anticorpi monoclonali anti-HLA
153. CS. Care din metodele de determinare a factorului rezus se utilizează doar în condiții laboratorului imunologic?
- a) Cu ajutorul serului antirezus
 - b) Cu ajutorul D-reagentului monoclonal
 - c) Reacția de conglutinare cu utilizarea gelatinei
 - d) Testul anti-globulinic indirect (proba Coombs)
 - e) Proba de compatibilitate individuală după factorul rezus
154. CM. Metoda autohemotransfuziei se efectuează în felul următor:
- a. Prelevarea sîngelui bolnavului se efectuează cu cîteva săptămîni pînă la operația planificată
 - b. Se colectează repetat cîte 400-500ml de sînge cu intervalul dintre prelevări de o săptămîină
 - c. Se colectează repetat cîte 100-200ml de sînge cu intervalul dintre prelevări de 2 zile
 - d. Ultima prelevare de sînge se efectuează nu mai tîrziu de 12 ore pînă la operație
 - e. Ultima prelevare de sînge se efectuează nu mai tîrziu de 72 ore pînă la operație
155. CM. Hemodiluția normovolemică preoperatorie acută prevede îndeplinirea următoarelor activități:
- a. Exfuzia a 400-500 ml de sînge a bolnavului cu o săptămîină pînă la intervenția chirurgicală
 - b. Exfuzia a 750-1000 ml de sînge a bolnavului nemijlocit înainte de începutul intervenției chirurgicale
 - c. Restabilirea volumului sîngelui prelevat prin administrarea substituienților sangvini
 - d. Restabilirea volumului sîngelui prelevat prin administrarea plasmei de la donator
 - e. Transfuzia ulterioară a sîngelui colectat bolnavului, intra- sau postoperator
156. CS. La un bolnav cu ruptură post-traumatică a splinei și hemoperitoneum, sîngele din cavitatea peritoneală a fost colectat cu ajutorul aparatului «Cell Saver» și transfuzat pe cale i/v bolnavului. Cum se numește această metodă?
- a. Hemodiluție controlată
 - b. Reinfuzie
 - c. Rehidratare
 - d. Plasmofereză
 - e. Hemodializă
157. CM. Reinfuzia poate fi efectuată în caz de:
- a. Hemoragie din ulcer gastric
 - b. Ruptură post-traumatică a splinei
 - c. Sarcină extrauterină întreruptă
 - d. Amputare post-traumatică a extremității inferioare
 - e. Traumatism închis al cutiei toracice cu hemotorax
158. CS. Reinfuzia sîngelui din cavitatea peritoneală este imposibilă în caz de:
- a) Leziune a diafragmului
 - b) Leziune a splinei
 - c) Leziune a organelor cavitare
 - d) Leziune a vaselor sangvine magistrale
 - e) Stare generală gravă a bolnavului
159. CM. Indicați componentele sîngelui folosite în transfuziologie:
- a. Soluția de albumină
 - b. Concentratul eritocitar
 - c. Concentratul granulocitar
 - d. Plasma proaspăt congelată
 - e. Crioprecipitatul
160. CM. Indicați componentele sîngelui folosite în transfuziologie:
- a. Concentratul trombocitar

- b. Imunoglobulina și gama-globulinele
 - c. Trombina liofilizată
 - d. Plasma proaspăt congelată
 - e. Concentratul eritrocitar
161. CS. Care din pozițiile enumerate nu se referă la componentele sîngelui?
- a) Gama-globulina
 - b) Concentratul eritrocitar
 - c) Concentratul trombocitar
 - d) Concentratul granulocitar
 - e) Plasma proaspăt congelată
162. CM. Indicați derivatele plasmei folosite în transfuziologie:
- a. Plasma proaspăt congelată
 - b. Soluția de albumină
 - c. Trombina liofilizată
 - d. Imunoglobulina și gama-globulinele
 - e. Concentratul eritrocitar
163. CS. Indicați derivatele plasmei folosite în transfuziologie:
- a. Plasma proaspăt congelată
 - b. Soluția Ringer
 - c. Concentratul trombocitar
 - d. Soluția Hartmann
 - e. Crioprecipitatul
164. CS. Care din pozițiile enumerate nu se referă la derivatele plasmei?
- a) Trombina
 - b) Fibrinogenul
 - c) Buretele hemostatic
 - d) Concentratul trombocitar
 - e) Gama-globulina
165. CM. Concentratul eritrocitar se caracterizează prin următoarele:
- a. Hematocritul concentratului este circa 85-95%
 - b. Hematocritul concentratului este circa 35-45%
 - c. O doză de concentrat constituie 50-100 ml
 - d. O doză de concentrat constituie 200-300 ml
 - e. Hemotransfuzia este realizată luînd în considerare compatibilitatea după sistemul ABO și Rhesus-factor
166. CS. La ce temperatură se păstrează concentratul eritrocitar conservat?
- a) 0°C
 - b) -2-4°C
 - c) +4+6°C
 - d) +8+10°C
 - e) 0+1°C
167. CS. La ce nivel al hemoglobinei întotdeauna este indicată trasfuzia de concentrat eritrocitar?
- a. Mai puțin de 70 g/l
 - b. Mai puțin de 80 g/l
 - c. Mai puțin de 90 g/l
 - d. Mai puțin de 100 g/l
 - e. Mai puțin de 110 g/l
168. CS. La ce nivel al hemoglobinei trasfuzia de concentrat eritrocitar nu este indicată?
- a. Mai mult de 60 g/l
 - b. Mai mult de 70 g/l
 - c. Mai mult de 80 g/l
 - d. Mai mult de 90 g/l

e. Mai mult de 100 g/l

169. CS. La ce nivel al hemoglobinei transfuzia de concentrat eritrocitar este indicată în dependență de anumite date clinice (starea generală a bolnavului, prezența patologiilor concomitente, severitatea hipoxiei)?

- a. 40-60 g/l
- b. 60-70 g/l
- c. 70-100 g/l
- d. 100-110 g/l
- e. 110-120 g/l

170. CS. După transfuzia unei doze de concentrat eritrocitar este estimată creșterea nivelului de hemoglobină în mediu cu:

- a. 5 g/l
- b. 10 g/l
- c. 15 g/l
- d. 20 g/l
- e. 25 g/l

171. CS. După transfuzia unei doze de concentrat eritrocitar este estimată creșterea nivelului de hematocrit în mediu cu:

- a. 5%
- b. 4%
- c. 3%
- d. 2%
- e. 1%

172. CM. Concentratul trombocitar se caracterizează prin următoarele:

- a. O doză de concentrat constituie 50-60 ml
- b. O doză de concentrat constituie 200-300 ml
- c. Se indică luînd în calcul o doză – la 30kg/masă a corpului bolnavului
- d. Se indică luînd în calcul o doză – la 10kg/masă a corpului bolnavului
- e. Transfuzia este realizată luînd în considerare compatibilitatea după sistemul ABO și Rhesus-factor

173. CM. Pragul valorii trombocitopeniei la care este indicată transfuzia de concentrat trombocitar este considerat:

- a. Nivelul trombocitelor mai jos de $100 \times 10^9/l$ (în prezența hemoragiei sau riscului acesteia)
- b. Nivelul trombocitelor mai jos de $50 \times 10^9/l$ (în lipsa hemoragiei sau riscului acesteia)
- c. Nivelul trombocitelor mai jos de $50 \times 10^9/l$ (în prezența hemoragiei sau riscului acesteia)
- d. Nivelul trombocitelor mai jos de $100 \times 10^9/l$ (independent de prezența riscului de hemoragie)
- e. Nivelul trombocitelor mai jos de $20 \times 10^9/l$ (în absența hemoragiei sau riscului acesteia)

174. CM. Transfuzia de plasmă proaspăt congelată:

- a. Este necesară pentru restabilirea volumului sîngelui circulant
- b. Este necesară pentru profilaxia și tratamentul coagulopatiilor
- c. Se efectuează după decongelarea și încălzirea ulterioară pînă la 37°C
- d. De regulă, se transfuzează în doza de 15ml la 1kg/masă a corpului bolnavului
- e. De regulă, se transfuzează în doza de 5ml la 1kg/masă a corpului bolnavului

175. CM. Ce factori de coagulare se conțin în crioprecipitat?

- a. Factorul VIII
- b. Factorul II
- c. Fibrinogenul
- d. Factorul von Willebrand
- e. Factorul XIII

176. CM. Trombina, ca derivat al plasmei, se caracterizează prin următoarele:

- a. Conține, pe lîngă trombina propriu-zisă, o cantitate mică de tromboplastină și clorură de calciu
- b. Posedă efect hemostatic datorită conversiei fibrinogenului în fibrină și activării factorului XIII de coagulare
- c. Se produce în formă liofilizată, care se diluează înainte de utilizare cu ser fiziologic
- d. Preparatul este administrat doar local (în țesuturile sursei hemoragice)

- e. Preparatul este administrat doar sistemic (în patul vascular al pacientului)
177. CM. Conform clasificării internaționale substituienții sunt divizați în:
- Preparate cu acțiune rapidă
 - Preparate cu acțiune lentă
 - Soluții coloidale
 - Soluții cristaloide
 - Derivatele plasmei
178. CM. Indicați substituienții sangvini ce se referă la preparatele cristaloide:
- Soluția Ringer
 - Preparatele gelatinei (Gelofusin, Ghemaxel)
 - Soluție fiziologică clorură de natriu 0,9%
 - Dextranii (Dextran 70 sau Poliglucina, Dextran 40 sau Reopoliglucina)
 - Soluția Hartmann
179. CM. Indicați substituienții sangvini ce se referă la preparatele coloidale:
- Derivatele amidonului (Hidroxiethylamidon 450 sau Refortan)
 - Soluția Ringer
 - Dextranii (Dextran 70 sau Poliglucina, Dextran 40 sau Reopoliglucina)
 - Soluție fiziologică clorură de natriu 0,9%
 - Preparatele gelatinei (Gelofusin, Ghemaxel)
180. CM. Soluțiile cristaloide ca substituienți sangvini se caracterizează prin:
- După administrarea intravenoasă părăsesc rapid patul vascular și pătrund în țesuturi
 - Au capacitatea de a rămâne în patul vascular al pacientului pînă la 8 ore
 - După perfuzia unui litru de soluții, volumul de sînge circulant crește cu aproximativ 250 ml
 - În caz de hemoragie, aceste soluții sunt perfuzate în volum ce depășește de 3 ori volumul apreciat de sînge pierdut
 - În caz de hemoragie, aceste soluții sunt perfuzate în raport 1:1 la volumul de sînge pierdut
181. CM. Soluțiile coloidale ca substituienți sangvini se caracterizează prin:
- După administrarea intravenoasă părăsesc rapid patul vascular și pătrund în țesuturi
 - Au capacitatea de a rămâne în patul vascular al pacientului pînă la 8 ore
 - După perfuzia unui litru de soluții, volumul de sînge circulant crește cu aproximativ 250 ml
 - În caz de hemoragie, aceste soluții sunt perfuzate în volum ce depășește de 3 ori volumul apreciat de sînge pierdut
 - În caz de hemoragie, aceste soluții sunt perfuzate în raport 1:1 la volumul de sînge pierdut
182. CS. Ce acțiune posedă perfuzia soluției de Poliglucină (substituent sanguin coloidal)?
- Anti-șoc (volemică)
 - Dezagregantă
 - Antitrombotică
 - Diuretică
 - Detoxicantă
183. CM. În ce constă aprecierea valabilității sîngelui conservat pentru transfuzie?
- Examinarea microbiologică a sîngelui donatorului
 - Controlul corespunderii datelor de pe eticheta containerului cu sîngele ce se conține în aceasta
 - Determinarea factorului rhesus a sîngelui din container
 - Evaluarea vizuală a conținutului containerului cu sînge
 - Controlul ermetismului containerului cu sînge
184. CS. Proba de compatibilitate individuală după sistemul ABO în caz de hemotransfuzie, apreciază reacția de aglutinare dintre:
- Eritrocitele recipientului și serul donatorului
 - Eritrocitele donatorului și serul recipientului
 - Eritrocitele donatorului și serul recipientului, în baia de apă la temperatura de 38-40°C
 - Eritrocitele recipientului și serul donatorului, în baia de apă la temperatura de 38-40°C

- e) Eritrocitele recipientului și leucocitele donatorului
185. CS. Ce probă se efectuează la transfuzia de plasma proaspăt congelată?
- Nu se efectuează nici o probă
 - Proba la compatibilitate după grupă
 - Proba la compatibilitate după rezus
 - Proba biologică
 - Proba intradermală, la toleranța plasmei
186. CS. Care din probele enumerate nu se efectuează în timpul hemotransfuziei?
- Aprecierea vizuală a valabilității sîngelui pentru transfuzie
 - Determinarea grupei sîngelui donatorului
 - Proba la compatibilitatea individuală după grupă și factorul Rhesus
 - Proba la compatibilitatea individuală după sistemul antigenilor leucocitari umani (HLA)
 - Proba biologică
187. CS. Cum se transfuzează sîngele în timpul efectuării probei biologice?
- În jet, în două prize a câte 25 ml cu un interval de 5 min
 - În jet, în trei prize câte 15 ml cu un interval de 3 min
 - Cu picătura timp de 15 min, cu o pauză ulterioară de 3-5 min
 - În jet, într-o priză
 - Proba biologică se efectuează doar în timpul transfuziei de plasmă
188. CS. Intervalul maxim de timp admis din momentul puncției containerului cu componente sangvine pînă la sfîșitul transfuziei constituie:
- 1 oră
 - 2 ore
 - 3 ore
 - 4 ore
 - 5 ore
189. CM. Indicați viteza optimală de transfuzie a componentelor sangvine:
- Concentratul eritrocitar se transfuzează prin picurare, cu viteza de 40-60 picături pe minut
 - Concentratul eritrocitar se transfuzează în jet
 - Plasma proaspăt congelată se transfuzează prin picurare, cu viteza de 40-60 picături pe minut
 - Plasma proaspăt congelată se transfuzează în jet
 - Concentratul trombocitar se transfuzează în jet
190. CM. După inițierea transfuziei de sînge, starea bolnavului este apreciată:
- Peste 5 minute
 - Peste 15 minute
 - Peste 30 minute
 - Fiecare oră
 - Fiecare 2 ore
191. CM. După finisarea transfuziei de sînge, starea bolnavului este apreciată:
- Peste 5 minute
 - Peste 15 minute
 - Peste 1 oră
 - Peste 2 ore
 - Peste 24 ore
192. CM. Conform clasificării contemporane, complicațiile și reacțiile post-transfuzionale se divizează în:
- Acute (imediate)
 - Tardive
 - Amînate
 - Imune
 - Non-imune

193. CM. Către complicațiile și reacțiile post-transfuzionale acute non-imune se referă:
- Reacțiile pirogene
 - Reacțiile febrile antigenice non-hemolitice
 - Șocul hemotransfuzional
 - Leziunea pulmonară acută post-transfuzională sau sindromul "TRALI" (*transfusion-related acute lung injury*)
 - Supraîncărcarea circulației sau "TACO" (*transfusion associated circulatory overload*)
194. CM. Către complicațiile și reacțiile post-transfuzionale acute non-imune se referă:
- Sepsisul acut și șocul endotoxic
 - Intoxicarea cu citrat și hiperkaliemia
 - Reacțiile alergice (urticaria)
 - Embolia cu aer, trombembolia
 - Reacțiile anafilactice
195. CM. Către complicațiile și reacțiile post-transfuzionale acute imune se referă:
- Reacțiile pirogene
 - Reacțiile febrile antigenice non-hemolitice
 - Șocul hemotransfuzional
 - Leziunea pulmonară acută post-transfuzională sau sindromul "TRALI" (*transfusion-related acute lung injury*)
 - Supraîncărcarea circulației sau "TACO" (*transfusion associated circulatory overload*)
196. CM. Către complicațiile și reacțiile post-transfuzionale acute imune se referă:
- Sepsisul acut și șocul endotoxic
 - Intoxicarea cu citrat și hiperkaliemia
 - Reacțiile alergice (urticaria)
 - Embolia cu aer, trombembolia
 - Reacțiile anafilactice
197. CM. Reacțiile post-transfuzionale ușoare se caracterizează prin:
- Elevarea temperaturii corpului cu un 1°C
 - Elevarea temperaturii corpului cu 1,5-2°C
 - Elevarea temperaturii corpului cu peste 2°C
 - Cefalee
 - Frison
198. CM. Reacțiile post-transfuzionale de gravitate medie se caracterizează prin:
- Elevarea temperaturii corpului cu un 1°C
 - Elevarea temperaturii corpului cu 1,5-2°C
 - Elevarea temperaturii corpului cu peste 2°C
 - Cefalee
 - Frison
199. CM. Reacțiile post-transfuzionale grave se caracterizează prin:
- Elevarea temperaturii corpului cu un 1°C
 - Elevarea temperaturii corpului cu 1,5-2°C
 - Elevarea temperaturii corpului cu peste 2°C
 - Cefalee
 - Frison
200. CM. În timpul hemotransfuziei este posibilă contaminarea recipientului cu următoarele infecții:
- Virusul imunodeficienței umane tip 1 și 2
 - Hepatita virală B și C
 - Hepatita virală A și E
 - Sifilis
 - Citomegalovirus
201. CM. Către perioadele șocului hemotransfuzional nu se referă:
- Perioada de șoc propriu-zisă
 - Perioada de oligo și anurie (insuficienței renale acute)

- c) Perioada de septicotoxemie
 - d) Perioada de restabilire a diurezei (reconvalescenței)
 - e) Perioada stabilizării hemodinamicii
202. CS. Ce se subînțelege sub termenul de „simptom”?
- a) Un complex de semne, ce caracterizează un proces patologic
 - b) Un semn solitar al procesului patologic
 - c) O unitate nozologică (patologie)
 - d) Un grup de stări patologice similare
 - e) Niște modificări morfologice caracteristice pentru o anumită patologie
203. CM. Indicați ce se referă la simptome.
- a) Obezitatea
 - b) Durerea
 - c) Voma
 - d) Pneumotoraxul
 - e) Dispnea
204. CM. Indicați ce se referă la simptome.
- a) Febra
 - b) Gangrena
 - c) Greața
 - d) Tahicardia
 - e) Hemotoraxul
205. CS. Ce se subînțelege sub termenul de „sindrom”?
- a) Niște modificări morfologice caracteristice pentru o anumită patologie
 - b) Un semn solitar al procesului patologic
 - c) Un complex de semne, ce au origine comună și sunt caracteristice pentru un anumit proces patologic
 - d) Succesivitatea apariției semnelor patologice
 - e) Patologia citorva organe
206. CM. Indicați exemplele de sindroame patologice.
- a) Răspuns inflamator sistemic
 - b) Febră în artrita purulentă
 - c) Insuficiența arterială cronică a extremităților inferioare
 - d) Timpanita
 - e) Ocluzia intestinală
207. CM. Indicați exemplele de sindroame patologice.
- a) Insuficiența venoasă cronică
 - b) Ischemia acută a extremităților inferioare
 - c) Lipsa pulsației pe artera femurală
 - d) Tumefierea
 - e) Insuficiența respiratorie
208. CM. Ce compartimente ale fișei clinice a bolnavului conțin informație subiectivă?
- a) Acuzele pacientului
 - b) Istoricul actualei boli
 - c) Anamneza vieții bolnavului
 - d) Statutul local
 - e) Rezultatele examinărilor instrumentale
209. CS. Ce compartimente ale fișei clinice a bolnavului conțin informație obiectivă?
- a) Acuzele pacientului
 - b) Istoricul actualei boli
 - c) Istoricul vieții bolnavului
 - d) Anamneza alergologică
 - e) Examinarea bolnavului pe sisteme

210. CS. Efectuarea percuției la un bolnav chirurgical permite aprecierea:
- Prezenței tumorii
 - Prezenței corpurilor străini în țesuturi
 - Acumulării de lichid sau aer în cavități
 - Prezenței procesului inflamator
 - Mobilității organului examinat
211. CM. Auscultația la un bolnav chirurgical permite aprecierea:
- Prezenței zgomotelor cardiace și a suflurilor
 - Prezenței peristaltismului intestinal
 - Caracterului zgomotelor respiratorii
 - Prezenței tumorii
 - Prezenței procesului inflamator
212. CM. Indicați datele din fișa clinică a bolnavului, ce se referă la descrierea statutului local.
- La internare bolnavul acuza dureri abdominale
 - În treimea inferioară a gambei stîngi se determină hiperpigmentarea pielii și un defect ulceros
 - Frecvența contracțiilor cardiace constituie 70 bătăi pe minut
 - În regiunea inghinală dreaptă se determină o formațiune doloară, cu consistență elastică, reponibilă în cavitatea abdominală
 - Din spusele bolnavului, durerile în abdomen au apărut cu aproximativ 18 ore în urmă
213. CM. În baza căror date se instalează diagnosticul prezumtiv?
- Acuzele bolnavului
 - Datele examinării clinice obiective
 - Rezultatele analizelor de laborator
 - Rezultatele examinărilor instrumentale
 - Rezultatele examinărilor patomorfologice
214. CM. În baza căror date se instalează diagnosticul clinic?
- Datele subiective ale bolnavului
 - Datele examenului clinic obiectiv
 - Rezultatele analizelor de laborator
 - Rezultatele examinărilor instrumentale
 - Rezultatele examinărilor patomorfologice
215. CM. Ce componente include diagnosticul clinic definitiv?
- Diagnosticul patologiei de bază
 - Diagnosticul patologiilor concomitente
 - Complicațiile patologiei de bază
 - Diagnosticul prezumtiv
 - Diagnosticul diferențial
216. CM. Indicați manifestările caracteristice ale torticolisului?
- Fața bolnavului este întoarsă spre partea sănătoasă
 - Fața bolnavului este întoarsă spre partea afectată
 - Capul bolnavului este înclinat înspre partea sănătoasă
 - Capul bolnavului este înclinat înspre partea afectată
 - Scurtarea cicatriceală a mușchiului sternocleidomastoidian
217. CS. Diagnosticul de torticolis este stabilit în baza:
- Examenului clinic al bolnavului
 - Analizelor de laborator
 - Examenului radiologic și a tomografiei
 - Analizelor biochimice
 - Examinărilor instrumentale invazive
218. CM. Indicați manifestările caracteristice ale afectării inflamatorii a ganglionilor limfatici cervicali.

- a) Ganglionii limfatici sunt mobili
 - b) Ganglionii limfatici sunt aderați la țesuturile adiacente
 - c) Ganglionii limfatici sunt indolori la palpare
 - d) Ganglionii limfatici sunt doli la palpare
 - e) Ganglionii limfatici au o consistența "lemnoasă"
219. CM. Indicați manifestările caracteristice ale afectării tumorale metastatice a ganglionilor limfatici cervicali.
- a) Hiperemia pielii de-asupra ganglionilor limfatici
 - b) Ganglionii limfatici aderă la țesuturile adiacente
 - c) Ganglionii limfatici sunt indolori la palpare
 - d) Ganglionii limfatici sunt doli la palpare
 - e) Ganglionii limfatici au contur neregulat
220. CM. Indicați regulile de palpare a glandei tiroide.
- a) Medicul palpează glanda, aflându-se în spatele bolnavului
 - b) Medicul palpează glanda, aflându-se în fața bolnavului
 - c) Medicul palpează glanda cu o mână
 - d) Medicul palpează glanda cu două mâini
 - e) Medicul palpează glanda în timpul deglutiției
221. CM. Indicați cele mai frecvente tumori benigne ale regiunii capului.
- a) Melanomul
 - b) Ateromul
 - c) Papilomul
 - d) Adenocarcinomul
 - e) Hematomul
222. CM. Indicați instrumentele chirurgicale destinate secționării țesuturilor.
- a) Depărtătorul Finochietto
 - b) Foarfecele
 - c) Ferăstrăul Gigli
 - d) Bisturiul
 - e) Depărtătorul Farabeuf
223. CM. Indicați instrumentele chirurgicale destinate hemostazei.
- a) Pensa Kocher
 - b) Pinceta anatomică
 - c) Port-acul
 - d) Pensa Pean
 - e) Pinceta chirurgicală
224. CM. Indicați instrumentele chirurgicale destinate prinderii țesuturilor.
- a) Pensa Kocher
 - b) Pinceta anatomică
 - c) Port-acul
 - d) Pensa Pean
 - e) Pinceta chirurgicală
225. CS. Care dintre depărtătoarele de plagă posedă "dinți" la vârful plăcii?
- a) Depărtătorul Fritsch
 - b) Depărtătorul Farabeuf
 - c) Depărtătorul Finochietto
 - d) Depărtătorul Volkmann
 - e) Depărtătorul (speculul) rectal
226. CM. Indicați depărtătoarele mecanice de plagă.
- a) Depărtătorul Dartigues
 - b) Depărtătorul Kirschner
 - c) Depărtătorul Farabeuf

- d) Depărtătorul Volkmann
- e) Depărtătorul abdominal

227. CS. Indicați instrumentul chirurgical destinat explorării.

- a) Pensa Kocher
- b) Pinceta anatomică
- c) Depărtătorul Finochietto
- d) Sonda butonată
- e) Valva rectală

228. CM. Acele chirurgicale rotunde se utilizează pentru suturarea:

- a) Vaselor
- b) Intestinului
- c) Pielii
- d) Periostului
- e) Aponeurozei

229. CM. Acele chirurgicale triunghiulare (prismatice) se utilizează pentru suturarea:

- a) Aponeurozei
- b) Organelor parenchimotoase
- c) Intestinului
- d) Vaselor
- e) Pielii

230. CM. Ce curbură poate avea un ac chirurgical?

- a) 1/4 din cerc
- b) 1/3 din cerc
- c) 4/6 din cerc
- d) 3/8 din cerc
- e) 1/2 din cerc

231. CM. Care sunt cerințele către materialele de sutură, utilizate în chirurgie?

- a) Lipsa activității cancerogene
- b) Rezistența la infecție
- c) Posibilitatea folosirii îndelungate
- d) Simplicitatea sterilizării
- e) Siguranța nodului

232. CM. Indicați materialele de sutură biologice, utilizate în chirurgie.

- a) Fir metalic
- b) Capron
- c) Lavsan
- d) Catgut
- e) Mătase

233. CM. Indicați firele de sutură sintetice resorbabile, utilizate în chirurgie.

- a) Dexon
- b) Capron
- c) Polipropilen
- d) Catgut
- e) Vycril

234. CM. Indicați firele de sutură sintetice neresorbabile, utilizate în chirurgie.

- a) Dexon
- b) Capron
- c) Polipropilen
- d) Catgut
- e) Vycril

235. CS. Conform clasificării materialului chirurgical de sutură, polipropilenul se referă la:
- Fire sintetice monofilament neresorbabile
 - Fire sintetice monofilament resorbabile
 - Fire biologice multifilament neresorbabile
 - Fire biologice monofilament resorbabile
 - Fire sintetice multifilament resorbabile
236. CS. Conform clasificării materialului chirurgical de sutură, capronul se referă la:
- Fire sintetice monofilament neresorbabile
 - Fire sintetice monofilament resorbabile
 - Fire biologice multifilament resorbabile
 - Fire biologice monofilament resorbabile
 - Fire sintetice multifilament neresorbabile
237. CS. Conform clasificării materialului chirurgical de sutură, mătasa se referă la:
- Fire sintetice monofilament neresorbabile
 - Fire sintetice monofilament resorbabile
 - Fire biologice multifilament neresorbabile
 - Fire biologice monofilament resorbabile
 - Fire sintetice multifilament neresorbabile
238. CS. Cel mai sigur dintre nodurile utilizate în chirurgie se consideră:
- Nodul simplu
 - Nodul glisant
 - Nodul chirurgical
 - Nodul, ligaturat cu ajutorul instrumentului
 - Nodul patrat
239. CM. Specificați tipurile de sutură întreruptă, care sunt utilizate pentru suturarea plăgilor cutanate în chirurgie.
- Sutura Blair-Donati
 - Sutura în "U"
 - Sutura intracutanată (intradermală)
 - Sutura simplă
 - Surjet simplu
240. CM. Specificați tipurile de sutură continuă, care sunt utilizate pentru suturarea plăgilor cutanate în chirurgie.
- Sutura intracutanată (intradermală)
 - Surjet simplu
 - Sutura mecanică
 - Sutura Blair-Donati
 - Sutura în "U"
241. CM. Indicați, care dintre patologii enumerate se referă la infecția chirurgicală.
- Pneumonia acută
 - Hidrosadenita acută
 - Abcesul hepatic
 - Supurația plăgii postoperatorii
 - Pielonefrita cronică
242. CM. Care dintre procesele infecțioase se referă la infecția chirurgicală acută specifică?
- Antraxul
 - Sifilisul
 - Tetanosul
 - Actinomicoza
 - Tuberculoza
243. CS. Conform clasificării infecției chirurgicale în funcție de evoluția bolii, tuberculoza se referă la:
- Infecție cronică nespecifică
 - Infecție cronică specifică

- c. Infecție acută specifică
 - d. Infecție acută putridă
 - e. Infecție acută anaerobă
244. CS. În acord cu clasificarea infecției chirurgicale în funcție de evoluția patologiei, tetanosul se referă la:
- a. Infecție cronică nespecifică
 - b. Infecție cronică specifică
 - c. Infecție acută specifică
 - d. Infecție acută putridă
 - e. Infecție acută purulentă
245. CM. Indicați factorii, asocierea cărora duce la dezvoltarea infecției chirurgicale.
- a. Prezența microorganismelor patogene virulente
 - b. Hiperemia venoasă a țesuturilor
 - c. Reacția de răspuns al organismului la infecție
 - d. Bacteriemia tranzitorie
 - e. Prezența porților de intrare a infecției
246. CM. Care dintre caracteristicile microorganismelor determină evoluția infecției chirurgicale?
- a. Invazivitatea
 - b. Virulența
 - c. Gradul de infectare
 - d. Toxicitatea
 - e. Sporogenia
247. CM. Indicați sursele posibile ale infecției chirurgicale.
- a. Exogenă
 - b. Prin implantare
 - c. Prin contact
 - d. Endogenă
 - e. Aerogenă
248. CM. Indicați sursele exogene ale infecției chirurgicale.
- a. Caria dentară
 - b. Excoriațiile
 - c. Tonzilita cronică
 - d. Ducturile glandelor sudoripare
 - e. Plăgile
249. CM. Care dintre mecanismele reacției de răspuns a organismului uman la infecție se referă la cele nespecifice?
- a. Reacția inflamatorie
 - b. Microflora saprofită a organismului
 - c. Factorii umorali ai plasmei sanguine
 - d. Fagocitoza
 - e. Reacția imună umorală
250. CM. Care este rolul fagocitelor mononucleare în focarul inflamației?
- a. Formarea țesutului de granulație
 - b. Înglobarea și distrugerea corpurilor microbiene și a fragmentelor acestora
 - c. Sinteza citokinelor
 - d. Sinteza anticorpilor către antigenii străini
 - e. Acțiunea nemijlocită asupra antigenilor microbieni (celule-killer)
251. CS. Care leucocite asigură răspunsul imun umoral la infecția chirurgicală?
- a. Monocitele
 - b. B-limfocitele
 - c. Leucocitele neutrofile
 - d. Fagocitele

- e. T-limfocitele
252. CS. Indicați mecanismul de dezvoltare a hiperemiei tegumentelor în caz de infecție chirurgicală purulentă a țesuturilor moi.
- Accelerarea locală a reacțiilor catabolice, asociată de eliberarea energiei
 - Dilatarea vaselor în urma acțiunii histaminei și acidozei în focarul inflamator
 - Creșterea permeabilității pereților vasculari în focarul inflamator și extravazarea lichidului
 - Acțiunea serotoninei, histaminei asupra receptorilor nervoși în focarul inflamator și compresia acestora de către edemul tisular
 - Imbibiția hemoragică a țesuturilor moi
253. CS. Indicați mecanismul de dezvoltare a hipertermiei tegumentelor în caz de infecție chirurgicală purulentă a țesuturilor moi.
- Accelerarea locală a reacțiilor catabolice, asociată de eliberarea energiei
 - Dilatarea vaselor în urma acțiunii histaminei și acidozei în focarul inflamator
 - Creșterea permeabilității pereților vasculari în focarul inflamator și extravazarea lichidului
 - Acțiunea serotoninei, histaminei asupra receptorilor nervoși în focarul inflamator și compresia acestora de către edemul tisular
 - Imbibiția hemoragică a țesuturilor moi
254. CS. Indicați mecanismul de dezvoltare a durerii în caz de infecție chirurgicală purulentă a țesuturilor moi.
- Accelerarea locală a reacțiilor catabolice, asociată de eliberarea energiei
 - Dilatarea vaselor în urma acțiunii histaminei și acidozei în focarul inflamator
 - Creșterea permeabilității pereților vasculari în focarul inflamator și extravazarea lichidului
 - Acțiunea serotoninei, histaminei asupra receptorilor nervoși în focarul inflamator și compresia acestora de către edemul tisular
 - Imbibiția hemoragică a țesuturilor moi
255. CS. Indicați mecanismul de dezvoltare al edemului în caz de infecție chirurgicală purulentă a țesuturilor moi.
- Accelerarea locală a reacțiilor catabolice, asociată de eliberarea energiei
 - Dilatarea vaselor în urma acțiunii histaminei și acidozei în focarul inflamator
 - Creșterea permeabilității pereților vasculari în focarul inflamator și extravazarea lichidului
 - Acțiunea serotoninei, histaminei asupra receptorilor nervoși în focarul inflamator și compresia acestora de către edemul tisular
 - Imbibiția hemoragică a țesuturilor moi
256. CS. Indicați cauza dereglării funcției extremității în caz de infecție chirurgicală purulentă acută.
- Distrucția supurativ-necrotică a aparatului ligamentar și articular
 - Plegia în urma neuritei toxice
 - Sindromul algic pronunțat
 - Dereglarea pronunțată a circulației arteriale
 - Tromboza venoasă distală
257. CS. Caracterul pulsatil al durerii în caz de infecție chirurgicală a țesuturilor moi este caracteristic pentru:
- Faza de infiltrație
 - Faza de contracție a plăgii
 - Faza de resorbție a exudatului inflamator
 - Faza de supurație (abcedare)
 - Faza de erupere spontană a abcesului prin tegument
258. CM. În cazul unei cavități purulente formate, spre deosebire de faza infiltrativă a inflamației, se evidențiază următoarele simptome:
- Indurația
 - Ramolirea
 - Fluctuația
 - Matitatea
 - Dereglarea funcției segmentului afectat
259. CS. Ce indică simptomul de fluctuație în caz de infecție chirurgicală a țesuturilor moi?

- a. Formarea unei cavități cu conținut purulent
 - b. Prezența procesului inflamator în stadiul de infiltrație
 - c. Prezența gazului în țesuturi
 - d. Caracterul anaerob neclostridian al infecției
 - e. Implicarea în procesul patologic a organelor subiacente
260. CM. Indicați modificările caracteristice în analiza generală a sîngelui în caz de infecție chirurgicală acută.
- a. Leucocitoză
 - b. Trombocitoză
 - c. Devierea spre stînga în formula leucocitară
 - d. Accelerarea vitezei de sedimentare a hematiilor
 - e. Eozinofilie
261. CM. Indicați complicațiile locale ale proceselor supurativ-inflamatorii ale țesuturilor moi a extremităților.
- a. Limfangita
 - b. Limfadenita
 - c. Pneumonia bacteriană
 - d. Sepsisul
 - e. Tromboflebita
262. CM. Ce afirmații caracterizează just limfangita?
- a. Fără tratament conduce spre bacteriemie
 - b. Reprezintă liza purulentă a ganglionilor limfatici
 - c. Reprezintă o patologie primară
 - d. Reprezintă o complicație a unui alt proces infecțios
 - e. În asemenea cazuri este necesară drenarea chirurgicală
263. CM. Indicați metodele paraclinice utilizate în diagnosticul infecției chirurgicale acute a țesuturilor moi:
- a. Analiza generală a sîngelui
 - b. Analiza generală a urinei
 - c. Examinarea ultrasonografică a țesuturilor moi
 - d. Puncția diagnostică
 - e. Biopsia
264. CM. Indicați regiunile corpului în care nu se dezvoltă furunculul.
- a. Triunghiul nazo-labial
 - b. Regiunea cervicală posterioară
 - c. Suprafața palmară a mâinii
 - d. Peretele abdominal anterior
 - e. Talpa piciorului (plantei)
265. CS. În caz de furuncul inflamația purulentă se dezvoltă în:
- a. Țesutul subcutanat
 - b. Glanda sebacee
 - c. Piele
 - d. Foliculul pilos
 - e. Glanda sudoripară
266. CM. Indicați fazele de evoluție a furunculului.
- a. Faza de infiltrație
 - b. Faza de necroză
 - c. Faza de abcedare
 - d. Faza de erupere
 - e. Faza de detașare a necrozei
267. CS. Faza de vindecare și cicatrizare în evoluția furunculului survine după:
- a. Eruperea puroiului spre tegumente
 - b. Administrarea antibioticelor
 - c. Apariția ramolirii și fluctuației

- d. Detășarea maselor (miezului) necrotice
 - e. Aplicarea compreselor cu sulfat de magneziu
268. CM. În ce cazuri este indicată spitalizarea bolnavului cu furuncul?
- a. În caz de furuncul pe coapsă la un copil de 7 ani
 - b. În prezența furunculului abcedat la un bolnav cu diabet zaharat grav
 - c. În localizarea furunculului pe talpa piciorului și imposibilitatea exercitării funcției de sprijin de către extremitatea afectată
 - d. În localizarea furunculului în regiunea triunghiului nazo-labial
 - e. În cazul suportării patologiei respective în antecedente
269. CS. Ce manifestare clinică indică cert asupra faptului că furunculul se află în faza de abcedare?
- a. Simptomul de fluctuație
 - b. Hipertermia pielii
 - c. Hiperemia pielii
 - d. Durerea în focarul de inflamație
 - e. Apariția în centrul infiltratului inflamator a miezului (maselor) necrotic
270. CS. Tromboza sinusului cavernos reprezintă o complicație rară, dar foarte severă (și deseori fatală) a furunculului cu localizare:
- a. Pe suprafața laterală a nasului sau sub regiunea globului ocular
 - b. În regiunea temporală sau parietală
 - c. Pe suprafața posterioară a gâtului sau pe spate
 - d. În regiunea inghinală sau perineală
 - e. În regiunea axilară sau subclaviculară
271. CM. Tratamentul conservator al bolnavului cu furuncul complicat cu tromboza sinusului cavernos va include în mod obligator:
- a. Antibiotice
 - b. Interferon
 - c. Anticoagulante
 - d. Insulinoterapia
 - e. Diuretice
272. CS. Inflamația purulentă a glandelor sudoripare se numește:
- a. Carbuncul
 - b. Hidrosalpinx
 - c. Furuncul
 - d. Hidrosadenită
 - e. Dermatită axilară streptococică
273. CS. În caz de hidrosadenită inflamația purulentă se dezvoltă în:
- a. Țesutul celulo-adipos subcutanat
 - b. Glanda sudoripară
 - c. Foliculul pilos
 - d. Ganglionul limfatic
 - e. Glanda sebacee
274. CM. Hidrosadenita este localizată tipic în regiunea:
- a. Peretelui abdominal anterior
 - b. Plica inframamară
 - c. Fosa axilară
 - d. Fosa poplitee
 - e. Plica inghinală
275. CM. Hidrosadenita se caracterizează prin următoarele:
- a. În centrul infiltratului inflamator se află foliculul pilos
 - b. Localizarea tipică este regiunea occipitală și cervicală posterioară
 - c. Mai frecvent e localizată în regiunea axilară

- d. Inflamația purulentă debutează de la glanda sebacee
 - e. Are tendință către recidivare
276. CM. Ce afirmații, referitoare la abces, sunt corecte?
- a. Temperatura corporală în patologia respectivă de regulă rămîne normală
 - b. Cavitatea abcesului se formează în centrul infiltratului inflamator
 - c. Deschiderea și drenarea abcesului nu conduc la ameliorarea stării bolnavului
 - d. La examinarea clinică se determină simptomul de fluctuație
 - e. Ascensiunea temperaturii corporale de regulă este asociată cu frison
277. CM. Ce afirmații, referitoare la flegmon, sunt corecte?
- a. Procesul purulent se răspîndește de-a lungul spațiilor interfasciale și celulare
 - b. Colecția purulentă este delimitată de prezența capsulei piogene
 - c. Manifestările intoxicației de regulă nu sunt pronunțate
 - d. Starea generală a bolnavului rămîne satisfăcătoare
 - e. Pacienții necesită spitalizare și intervenție chirurgicală urgentă cu anestezie generală sau regională
278. CS. Prin ce se deosebește abcesul de flegmon?
- a. Prin necesitatea în intervenție urgentă
 - b. Prin durere exprimată în regiunea afectată
 - c. Prin leucocitoză
 - d. Prin acumularea delimitată de țesuturile adiacente a puroiului
 - e. Prin febră înaltă
279. CM. Ce include prelucrarea chirurgicală a focarului purulent?
- a. Deschiderea largă a cavității purulente
 - b. Administrarea în cavitatea purulentă a antibioticelor cu spectru larg
 - c. Înlăturarea țesuturilor necrotizate
 - d. Aplicarea suturilor primare
 - e. Drenarea cavității purulente
280. CS. Indicați agentul cauzal al furunculului și carbunculului?
- a. Pseudomonas aeruginosa
 - b. Streptococul
 - c. Stafilococul
 - d. Escherichia coli
 - e. Peptostreptococul
281. CM. Carbunculul se caracterizează prin următoarele semne:
- a. De regulă, se dezvoltă în regiunea occipitală și interscapulară
 - b. Nu se dezvoltă la bolnavii cu diabet zaharat
 - c. Pielea de-asupra focarului inflamator nu este schimbată
 - d. Abcesul are aspect de "fagure"
 - e. Simptomul de fluctuație nu este tipic
282. CM. Indicați regulile tratamentului chirurgical al carbunculului.
- a. Efectuarea unei incizii în cruce
 - b. Excizia minuțioasă a țesuturilor necrotice
 - c. Fiecare dintre abcesele ce au aspectul de "fagure" se va deschide prin incizie separată
 - d. Plăgile, de regulă, se lasă deschise pentru a se vindeca prin intenție secundară
 - e. La finele intervenției pe plagă se aplică suturi pentru o vindecare primară
283. CM. Drept indicație directă către intervenție chirurgicală în caz de suspecție la abces al țesuturilor moi servesc:
- a. Durerile puternice în regiunea focarului de inflamație
 - b. Hiperemia evidentă a pielii și edemul pronunțat
 - c. Prezența simptomului de fluctuație
 - d. Accelerarea vitezei de sedimentare a hematiilor în analiza generală a sîngelui
 - e. Obținerea conținutului purulent în timpul puncției focarului inflamator

284. CS. Agentul causal tipic al erizipelului este:
- Streptococul
 - Stafilococul
 - Colibacilul
 - Pneumococul
 - Bacilul pioceanic (*pseudomonas aeruginosa*)
285. CM. Indicați formele clinice ale erizipelului.
- Forma flegmonoasă
 - Forma abcedantă
 - Forma buloasă
 - Forma necrotică
 - Forma eritematoasă
286. CM. Indicați simptomele clinice caracteristice pentru forma eritematoasă a erizipelului.
- Formarea bulelor, umplute cu lichid seros, pe piele
 - Hiperemia pielii sub forma "limbilor de foc"
 - Formarea sectoarelor de necroză cutanată
 - Hiperemia pielii sub forma "hartei geografice"
 - Simptomul de fluctuație
287. CS. În ce regiune a corpului mai frecvent se dezvoltă erizipelul?
- Pe mâini
 - Pe peretele abdominal
 - Pe spate și regiunea posterioară a gâtului
 - În plica interfesieră
 - Pe membrele inferioare
288. CM. În care forme ale erizipelului este indicat tratamentul chirurgical?
- Forma flegmonoasă
 - Forma buloasă
 - Forma necrotică
 - Forma abcedantă
 - Forma eritematoasă
289. CM. Indicați elementele tratamentului complex al infecției chirurgicale?
- Antibioticoterapia rațională
 - Terapia de detoxicare
 - Transfuzia de sânge integru cu scop de stimulare a imunității
 - Prelucrarea chirurgicală a focarului purulent
 - Indicarea citostaticelor
290. CM. Ce afirmații caracterizează just erizipeloidul?
- Preponderent afectează pielea mâinilor
 - De regulă se dezvoltă pe fundalul insuficienței venoase și limfatice
 - Afectează persoanele ce contactează frecvent carnea și peștele crud
 - Procesul infecțios evoluează ca o celulită
 - Pe piele apar vezicule cu exudat seros, ce pot fuziona
291. CS. Mastita puerperală se dezvoltă:
- În perioada de pubertate
 - În al treilea trimestru de sarcină
 - În perioada de lăuzie
 - În perioada climacterică
 - În primul trimestru de sarcină
292. CM. În funcție de localizare se disting următoarele forme de abcese a glandei mamare:
- Abces intramamar

- b. Abces suprafascial
 - c. Abces subareolar
 - d. Abces subpectoral
 - e. Abces retromamar
293. CM. Indicați simptomele tipice ale mastitei acute.
- a. Ascensiunea temperaturii corporale
 - b. Retracția mamelonului de partea inflamației
 - c. Durerea și senzația de distensie în regiunea glandei mamare
 - d. Pielea sub formă de “coajă de portocală”
 - e. Eliminări sero-hemoragice din mamelon
294. CM. Care dintre afirmațiile enumerate sunt corecte?
- a. Mastita reprezintă o patologie multiplu recidivantă
 - b. Porțile de intrare ale infecției în caz de mastită sunt fisurile mamelonului
 - c. Un rol important în dezvoltarea mastitei îl joacă galactostaza (staza laptelui)
 - d. Agentul cauzal tipic al mastitei este streptococul
 - e. Toate formele de mastită necesită tratament chirurgical de urgență
295. CS. Paraproctita este definită ca:
- a. Inflamația acută a mucoasei rectului
 - b. Tromboza nodulilor hemoroidali
 - c. Hemoragia din rect
 - d. Infecția bacteriană a pielii din regiunea perianală
 - e. Inflamația purulentă a țesutului adipos din jurul rectului (pararectal)
296. CM. Indicați formele de paraproctită.
- a. Buloasă
 - b. Subcutanată
 - c. Flegmonoasă
 - d. Submucoasă
 - e. Ischio-rectală
297. CS. La dezvoltarea abcesului pilonidal (coccigian) contribuie acumularea în cavitatea chistului a:
- a. Țesutului limfoid
 - b. Maselor fecale
 - c. Microflorei fungice
 - d. Părului și detritului tegumentar
 - e. Maselor ateromatoase
298. CM. Ce afirmații caracterizează just abcesul coccigian (pilonidal)?
- a. La baza patologiei stă un defect congenital
 - b. Frecvent recidivează
 - c. Deseori este multicameral
 - d. Mai frecvent se întâlnește la bărbații tineri
 - e. După eruperea spontană a puroiului spre tegument survine vindecarea completă
299. CS. Intervenția chirurgicală radicală în caz de abces coccigian (pilonidal) constă în:
- a. Deschiderea abcesului prin două incizii separate (contraperturi) în porțiunea superioară și inferioară a colecției
 - b. Excizia în bloc a tegumentului afectat în comun cu țesutul celuloadipos subcutan
 - c. Deschiderea abcesului prin incizie în cruce cu excizia țesuturilor necrotizate
 - d. Deschiderea abcesului prin incizie longitudinală de-a lungul plicii interfesiere
 - e. Excizia în bloc a tegumentului afectat în comun cu țesutul celuloadipos subcutan și înlăturarea coccisului
300. CM. Ce afirmații caracterizează unghia încarnată?
- a. Reprezintă o patologie congenitală
 - b. Unghia proiemină sub formă de “corp străin”, ce împiedică vindecarea leziunii
 - c. Se dezvoltă la nivelul halucelui

- d. Se dezvoltă la nivelul degetelor mâinii
 - e. Se explică prin tăierea prea scurtă a colțurilor plăcii unghiale
301. CM. Hemoragia arterială se caracterizează prin:
- a) Sânge de culoare roșie purpurie
 - b) Revărsarea în jet pulsatil a sângelui
 - c) Pierdere sangvină progresivă cu dezvoltarea anemiei acute
 - d) Revărsarea sângelui sub formă de flux continuu, nepulsatil
 - e) Sânge de culoare roșie întunecată
302. CM. Hemoragia venoasă se caracterizează prin:
- a) Sânge de culoare roșie purpurie
 - b) Revărsarea în jet pulsatil a sângelui
 - c) Scurgere difuză uniformă, omogenă, de pe toată suprafața lezată
 - d) Revărsarea sângelui sub formă de flux continuu, nepulsatil
 - e) Sânge de culoare roșie întunecată
303. CM. Hemoragia capilară se caracterizează prin:
- a) Sânge de culoare roșie purpurie
 - b) Revărsarea în jet pulsatil a sângelui
 - c) Scurgere difuză uniformă, omogenă, de pe toată suprafața lezată
 - d) Revărsarea sângelui sub formă de flux continuu, nepulsatil
 - e) Caracter mixt arterio-venos
304. CS. În acord cu clasificarea anatomică, hemoragia parenchimotoasă se referă la:
- a) Arterială
 - b) Venoasă
 - c) Capilară
 - d) Erozivă
 - e) Externă
305. CM. Indicați mecanismele posibile de dezvoltare a hemoragiei.
- a) Leziunea mecanică a peretelui vascular
 - b) Distrugearea peretelui vascular de către un proces patologic
 - c) Sporirea permeabilității peretelui vascular
 - d) Creșterea presiunii arteriale
 - e) Distrugearea peretelui vascular sub acțiunea factorului termic
306. CS. În funcție de care principiu hemoragiile sunt clasificate în “per diabrosin”, “per rhexin” și “per diapedesin”?
- a) După principiul anatomic
 - b) După mecanismul de apariție
 - c) După severitatea pierderii sangvine
 - d) După evoluție (intensitate)
 - e) După timpul de dezvoltare
307. CS. Termenul “hemoragie per rhexin” semnifică:
- a) Hemoragie ca urmare a sporirii permeabilității peretelui vascular
 - b) Hemoragie ca urmare a leziunii mecanice a vasului
 - c) Hemoragie ca urmare a eroziei vasului
 - d) Hemoragie ca urmare a diminuării coagulării sângelui
 - e) Hemoragie ca urmare a sporirii presiunii sangvine
308. CS. Termenul “hemoragie per diabrosin” semnifică:
- a) Hemoragie ca urmare a derapării ligaturii de pe vas
 - b) Hemoragie ca urmare a creșterii permeabilității peretelui vascular
 - c) Hemoragie ca urmare a erodării vasului
 - d) Hemoragie ca urmare a diminuării coagulabilității sangvine
 - e) Hemoragie ca urmare a leziunii mecanice a vasului

309. CS. Termenul “hemoragie per diapedesin” semnifică:
- a) Hemoragie ca urmare a eroziei vasului
 - b) Hemoragie ca urmare a creșterii permeabilității peretelui vascular
 - c) Hemoragie ca urmare a leziunii mecanice a vasului
 - d) Hemoragie ca urmare a diminuării coagulabilității sangvine
 - e) Hemoragie ca urmare a sporirii coagulabilității sangvine
310. CM. Drept cauze nemijlocite ale “hemoragiei per diapedesin” pot servi:
- a) Inflamația supurativă
 - b) Tumoarea malignă
 - c) Distrucția ulceroasă
 - d) Vasculita hemoragică
 - e) Avitaminozele
311. CM. Drept cauze nemijlocite ale “hemoragiei per diapedesin” pot servi:
- a) Inflamația supurativă
 - b) Tumoarea malignă
 - c) Sepsisul
 - d) Vasculita hemoragică
 - e) Avitaminozele
312. CM. Către hemoragiile interne se referă:
- a) Hemoragia din ulcerul gastric
 - b) Hematomul intermuscular
 - c) Hemoragia din plaga tăiată a gambei
 - d) Hemoragia pulmonară
 - e) Hemoragia în cavitatea articulară
313. CM. Către hemoragiile interne intracavitare se referă:
- a) Hemoragia din ulcerul gastric
 - b) Hemoragia în lumenul bronșic
 - c) Hematomul intermuscular
 - d) Hemotoracele
 - e) Hemoragia intraarticulară
314. CM. Care dintre hemoragiile enumerate se referă la cele interne intracavitare?
- a) Hemoragia în cavitatea peritoneală în caz de întrerupere a sarcinii extrauterine
 - b) Hemoragia în cavitatea pleurală
 - c) Hemoragia uterină
 - d) Hemoragia în vezica urinară
 - e) Hemoragia în cavitatea pericardului cu tamponada cordului
315. CS. Acumularea sângelui în cavitatea peritoneală este denumită:
- a) Hemotorace
 - b) Hemopericard
 - c) Hemoperitoneu
 - d) Hemartroză
 - e) Hemobilie
316. CM. Către hemoragiile interne intraluminale se referă:
- a) Hemoragia în cavitatea pleurală
 - b) Hemoragia în cavitatea pericardului cu tamponada cordului
 - c) Hemoragia în lumenul bronșic
 - d) Hematomul intracerebral
 - e) Hemoragia din ulcerul duodenal
317. CM. Către manifestările hemoragiei interne intratisulare se referă:
- a) Peteșia

- b) Purpura
- c) Echimoza
- d) Hematomul
- e) Hemartroza

318. CS. Purpura, ce se dezvoltă în caz de hemoragii interne intratisulare, reprezintă:
- a) O pată mică (cu diametrul de 1-3 mm) roșie sau violetă pe piele, condiționată de eruperea unui capilar de calibru mic
 - b) O pată roșie sau violetă intradermală cu diametrul de la 3 pînă la 10 mm, ce nu devine palidă în timpul compresiunii
 - c) Hemoragie la nivel de piele sau mucoasă cu dimensiuni peste 1 cm
 - d) Acumulare delimitată de sânge fluid sau coagulat, în afara vaselor sangvine, în profunzimea țesuturilor
 - e) Acumularea sângelui fluid sau coagulat, în afara vaselor sangvine, în cavitatea pericardului
319. CS. Echimoza, care se dezvoltă în hemoragia internă intratisulară, reprezintă:
- a) O pată mică (cu diametrul de 1-3 mm) roșie sau violetă pe piele, condiționată de eruperea unui capilar de calibru mic
 - b) O pată roșie sau violetă intradermală cu diametrul de la 3 pînă la 10 mm, ce nu devine palidă în timpul compresiunii
 - c) Hemoragie la nivel de piele sau mucoasă cu dimensiuni peste 1 cm
 - d) Acumulare delimitată de sânge fluid sau coagulat, în afara vaselor sangvine, în profunzimea țesuturilor
 - e) Acumularea sângelui fluid sau coagulat, în afara vaselor sangvine, în cavitatea pericardului
320. CS. Hematomul, care se dezvoltă în caz de hemoragie internă intratisulară, reprezintă:
- a) O pată mică (cu diametrul de 1-3 mm) roșie sau violetă pe piele, condiționată de eruperea unui capilar de calibru mic
 - b) O pată roșie sau violetă intradermală cu diametrul de la 3 pînă la 10 mm, ce nu devine palidă în timpul compresiunii
 - c) Hemoragie la nivel de piele sau mucoasă cu dimensiuni peste 1 cm
 - d) Acumulare delimitată de sânge fluid sau coagulat, în afara vaselor sangvine, în profunzimea țesuturilor
 - e) Acumularea sângelui fluid sau coagulat, în afara vaselor sangvine, în cavitatea pericardului
321. CS. În acord cu clasificarea hemoragiilor în funcție de timpul apariției, hemoragia primară se dezvoltă:
- a) În primele ore după lezarea vasului
 - b) Imediat după lezarea vasului
 - c) După supurația plăgii
 - d) În timpul transportării accidentatului spre staționar, ca urmare a derapării (alunecării) ligaturii de pe vas
 - e) În timpul transportării accidentatului spre staționar, ca urmare a detașării și migrării trombului din lumenul vasului
322. CS. În acord cu clasificarea hemoragiilor în funcție de timpul apariției, hemoragia secundară precoce se dezvoltă:
- a) În primele ore sau zile după traumă, ca urmare a derapării ligaturii de pe vas
 - b) În timpul traumatismului
 - c) După supurația plăgii
 - d) După diminuarea coagulabilității sangvine
 - e) În caz de progresare a modificărilor inflamatorii în plagă
323. CM. Cauzele hemoragiei secundare precoce sunt reprezentate de:
- a) Detașarea și migrarea trombului din lumenul vasului
 - b) Leziunea peretelui vascular
 - c) Alunecarea ligaturii de pe vas
 - d) Procesul inflamator
 - e) Creșterea permeabilității peretelui vascular
324. CS. În acord cu clasificarea hemoragiilor în funcție de timpul apariției, hemoragia secundară tardivă se dezvoltă:
- a) În primele zile după lezarea vasului
 - b) Nemijlocit după lezarea peretelui vascular

- c) După supurația plăgii
 - d) În timpul transportării accidentatului spre staționar, ca urmare a alunecării ligaturii de pe vas
 - e) În primele zile după traumatism, ca urmare a sporirii permeabilității peretelui vascular
325. CM. Către cauzele hemoragiei secundare tardive se referă:
- a) Ruptura spontană a vasului
 - b) Procesul inflamator în plagă
 - c) Alunecarea ligaturii de pe vas
 - d) Creșterea permeabilității peretelui vascular
 - e) Erodarea peretelui vascular
326. CS. În acord cu clasificarea hemoragiilor în funcție de evoluție (intensitate), hemoragiile se împart în:
- a) Acute și cronice
 - b) Primare și secundare
 - c) Grave, de gravitate medie și ușoare
 - d) Arteriale, venoase și capilare
 - e) Externe și interne
327. CS. Hemoragia acută cu pierderea a 750-1500 ml de sânge la un pacient matur, corespunde unui deficit al volumului de sânge circulant:
- a) Până la 10%
 - b) 10-15%
 - c) 15-30%
 - d) 30-40%
 - e) Peste 40%
328. CS. În condiții fiziologice obișnuite în sistemul venos se află:
- a) 5-7,5% din volumul de sânge circulant
 - b) 15-20% din volumul de sânge circulant
 - c) 30-50% din volumul de sânge circulant
 - d) 55-60% din volumul de sânge circulant
 - e) 70-75% din volumul de sânge circulant
329. CM. Indicați consecințele hemoragiei, ce prezintă pericol pentru viața bolnavului.
- a) Sporirea oxigenării sângelui
 - b) Hemodiluția
 - c) Scăderea volumului de sânge circulant
 - d) Hipoxia organelor de importanță vitală
 - e) Eliberarea hormonilor corticosuprarenalei
330. CM. În caz de hemoragie diminuarea tensiunii arteriale și stimularea baroreceptorilor la nivel de sinus carotid și arcul aortei conduc la:
- a) Amplificarea tonusului venos
 - b) Sporirea volumului de sânge circulant
 - c) Apariția tahicardiei
 - d) Centralizarea hemodinamicii
 - e) Sechestrarea sângelui
331. CM. Indicați reacțiile de compensare ale organismului în faza inițială a hemoragiei.
- a) Amplificarea tonusului venos
 - b) Eliberarea eritrocitelor din depou
 - c) Tahicardia
 - d) Sechestrarea sângelui
 - e) Hiperventilarea
332. CM. Către mecanismele fiziologice compensatorii în caz de hemoragie se referă:
- a) Hemodiluția
 - b) Centralizarea hemodinamicii
 - c) Decentralizarea hemodinamicii

- d) Ischemia și edemul cerebral
 - e) Includerea mecanismului renal de compensare
333. CM. Centralizarea hemodinamicii în caz de hemoragie se caracterizează prin:
- a) Diminuarea lumenului arteriolelor pielii, pulmonilor, organelor tractului gastro-intestinal
 - b) Volumul sangvin de bază este direcționat prin șunturile arteriovenoase, ocolind rețeaua capilară
 - c) Circuitul prin vasele coronariene și cele cerebrale nu suferă
 - d) Sporirea frecvenței și volumului mișcărilor respiratorii
 - e) Reținerea lichidului în organism din contul diminuării diurezei
334. CM. Mecanismul hiperventilării compensatorii (sporirea frecvenței și volumului mișcărilor respiratorii) în caz de hemoragie este condiționat de:
- a) Diminuarea tensiunii arteriale medii până la 60 mm Hg
 - b) Diminuarea pH-ului sangvin (dezvoltarea acidozei)
 - c) Diminuarea tensiunii arteriale medii până la 100 mm Hg
 - d) Creșterea pH-ului sangvin (dezvoltarea alcalozei)
 - e) Diminuarea presiunii hidrostatice la nivel de capilare
335. CM. Hemodiluția compensatorie în caz de hemoragie contribuie la:
- a) Compensarea hipovolemiei
 - b) Hemostaza spontană
 - c) Ameliorarea proprietăților reologice ale sângelui
 - d) Reabsorbția apei și sodiului
 - e) Modificarea caracterului metabolismului din aerob în anaerob
336. CM. Indicați fenomenele patologice decompensatorii, ce se dezvoltă în organism în caz de hemoragie.
- a) Acidoza tisulară
 - b) Centralizarea hemodinamicii
 - c) Insuficiența poliorganică
 - d) Decentralizarea hemodinamicii
 - e) Hemodiluția
337. CM. Acuzele pacienților cu hemoragie cronică includ:
- a) Slăbiciune generală moderată
 - b) Oboseală rapidă
 - c) Pierderea conștienței
 - d) Senzația de sufocare (insuficiența de aer)
 - e) Oligoanurie
338. CM. Indicați semnele generale ale hemoragiei.
- a) Tahicardia
 - b) Melena
 - c) Paliditatea tegumentelor
 - d) Voma cu sânge
 - e) Hipotonia
339. CM. Indicați simptomele locale ale hemoragiei.
- a) Melenă
 - b) Vertij
 - c) Vomă cu sânge
 - d) Hemoptizie
 - e) Creșterea frecvenței respiratorii (tahipnee)
340. CS. Ce semnifică hemoptizia?
- a) Eliminarea sângelui cu masele fecale
 - b) Vomă cu cheaguri sangvine
 - c) Eliminarea sângelui cu spută din căile respiratorii
 - d) Eliminarea sângelui din narine
 - e) Eliminarea sângelui cu urina

341. CS. Care dintre simptomele enumerate sunt caracteristice pentru epistaxis?
- Eliminarea sângelui din rect
 - Eliminarea sângelui din căile urinare
 - Eliminarea sângelui din urechi
 - Eliminarea sângelui din nas
 - Eliminarea sângelui din uter
342. CM. Indicați simptomele locale ale hemoragiei esofagiene sau gastrice.
- Voma cu sânge
 - Epistaxisul
 - Hematuria
 - Hemoptizia
 - Melena
343. CS. Pentru care tip de hemoragie este caracteristică melena?
- Gastro-intestinală
 - Uterină
 - Renală
 - Pulmonară
 - Intraperitoneală
344. CS. Voma cu conținut "zaț de cafea" poate fi o manifestare a:
- Hemoragiei din nodulii hemoroidali
 - Tumorii vezicii urinare
 - Hemoragiei ulceroase gastroduodenale
 - Rupturii traumatice a splinei
 - Distrucției pulmonare bacteriene
345. CM. Care dintre simptomele enumerate indică asupra hemoragiei din intestinul gros?
- Scaun cu sânge (hematochezie)
 - Vomă cu sânge
 - Scaun cu striuri sangvine
 - Hematurie
 - Vomă cu conținut "zaț de cafea"
346. CS. Ce semnifică metroragia?
- Eliminarea sângelui cu masele fecale
 - Eliminarea sângelui prin vagin
 - Eliminarea sângelui cu sputa din căile respiratorii
 - Eliminarea sângelui prin narine
 - Eliminarea sângelui cu urina
347. CM. Indicați cauzele posibile ale hemoperitoneului.
- Ruptura ficatului
 - Hemoragia din tumoarea vezicii urinare
 - Eruperea anevrismului de aortă abdominală
 - Hemoragia din varicele esofagiene în caz de ciroză hepatică
 - Sarcina extrauterină întreruptă
348. CS. În caz de hemotorace se determină:
- Dispnee, tahipnee, matitatea sunetului percutor, diminuarea respirației
 - Tahicardie, cianoza tegumentelor, turgescența venelor cervicale, diminuarea zgomotelor cardiace
 - Durere și mărirea în volum a abdomenului, simptomele de iritare a peritoneului
 - Mărirea în volum și durerea la nivel de articulație, poziția forțată a extremității
 - Bradycardie, asimetria feței, anizocorie
349. CS. În caz de hemoperitoneu se determină:
- Dispnee, tahipnee, matitatea sunetului percutor, diminuarea respirației

- b) Tahicardie, cianoza tegumentelor, turgescența venelor cervicale, diminuarea zgomotelor cardiace
 - c) Durere și mărirea în volum a abdomenului, simptomele de iritare a peritoneului
 - d) Mărirea în volum și durerea la nivel de articulație, poziția forțată a extremității
 - e) Bradicardie, asimetria feței, anizocorie
350. CS. În caz de hemartroză se determină:
- a) Dispnee, tahipnee, matitatea sunetului percutor, diminuarea respirației
 - b) Tahicardie, cianoza tegumentelor, turgescența venelor cervicale, diminuarea zgomotelor cardiace
 - c) Durere și mărirea în volum a abdomenului, simptomele de iritare a peritoneului
 - d) Mărirea în volum și durerea la nivel de articulație, poziția forțată a extremității
 - e) Bradicardie, asimetria feței, anizocorie
351. CM. Severitatea hemoragiei este reflectată prin următorii parametri de laborator:
- a) Eritrocitele sângelui
 - b) Leucocitele sângelui
 - c) Hemoglobina sangvină
 - d) Hematocritul
 - e) Trombocitele sangvine
352. CS. Indicați valorile normale ale hematocritului.
- a) 10-15%
 - b) 20-25%
 - c) 30-35%
 - d) 40-45%
 - e) 50-55%
353. CM. Pentru determinarea indicelui de șoc Allgower este necesară cunoașterea următorilor parametri:
- a) Frecvența pulsului
 - b) Valoarea tensiunii arteriale sistolice
 - c) Valoarea tensiunii arteriale medii
 - d) Volumul de sânge circulant presupus
 - e) Nivelul eritrocitelor în sânge
354. CS. Indicele de șoc Allgower se calculează prin:
- a) Raportul indicelui frecvenței pulsului la valoarea tensiunii arteriale sistolice
 - b) Raportul indicelui frecvenței pulsului la valoarea tensiunii arteriale diastolice
 - c) Raportul indicelui frecvenței pulsului la valoarea tensiunii arteriale medii
 - d) Înmulțirea indicelui frecvenței pulsului cu valoarea tensiunii arteriale sistolice
 - e) Înmulțirea indicelui frecvenței pulsului cu valoarea tensiunii arteriale medii
355. CM. Pentru evaluarea volumului hemoragiei intraoperatorii conform formulei Gross se utilizează:
- a) Talia (înălțimea) bolnavului
 - b) Valoarea normală a hematocritului
 - c) Masa bolnavului
 - d) Valoarea hematocritului după operație
 - e) Coeficientul volumului sangvin pe kilogram corp
356. CS. Formulele Moore sau Nadler se utilizează pentru:
- a) Aprecierea suprafeței arsurii
 - b) Aprecierea gradului de severitate a hemoragiei
 - c) Aprecierea stării de nutriție a pacientului chirurgical
 - d) Aprecierea volumului presupus de sânge circulant
 - e) Aprecierea gradului de risc operator
357. CM. Ce metode diagnostice sunt indicate pentru confirmarea hemotoracelui?
- a) Bronhoscopia
 - b) Radiografia cutiei toracice
 - c) Toracocenteza
 - d) Laparocenteza

- e) Electrocardiografia
358. CS. Ce metodă de diagnostic este indicată pentru confirmarea hemoragiei gastrice?
- Laparocenteza
 - Fibrogastroduodenoscopia
 - Colonoscopia
 - Bronhoscopia
 - Examenul ultrasonografic
359. CM. Ce metode diagnostice sunt indicate pentru confirmarea hemoragiei intraarticulare?
- Artroscopia
 - Laparoscopia
 - Laparocenteza
 - Puncția articulației
 - Radiografia articulației
360. CM. Ce metode diagnostice sunt indicate pentru confirmarea hemoragiei intraperitoneale?
- Bronhoscopia
 - Fibrogastroduodenoscopia
 - Puncția fornixului posterior al vaginului la femei
 - Radiografia panoramică a abdomenului
 - Laparoscopia
361. CM. Indicați cele trei faze ale procesului de coagulare a sângelui.
- Adeziunea și agregarea eritrocitelor
 - Liza și degradarea cheagului fibrinic
 - Vasoconstricția (spasmul vasului lezat)
 - Activarea cascadei plasmatice de coagulare
 - Adeziunea și agregarea trombocitelor
362. CM. Formarea cheagului plachetar se produce datorită acțiunii următorilor factori:
- Factorul tisular (tromboplastina)
 - Spasmul vasului lezat
 - Trombocitele sângelui
 - Protrombina plasmatică
 - Fibrinogenul plasmatic
363. CS. Calea intrinsecă a hemostazei plasmatice este inițiată prin activarea:
- Factorului Hageman
 - Factorului tisular
 - Factorului Stuart-Prower
 - Factorului fibrinostabilizant
 - Protrombinei
364. CS. Calea extrinsecă a hemostazei plasmatice este inițiată prin activarea:
- Factorului Hageman
 - Factorului tisular
 - Factorului Stuart-Prower
 - Factorului fibrinostabilizant
 - Protrombinei
365. CS. Ce factor de coagulare al sângelui este activat la finele atât a căii extrinseci, cât și a celei intrinseci de hemostază plasmatică?
- Factorul Hageman
 - Factorul tisular
 - Factorul Stuart-Prower
 - Factorul fibrinostabilizant
 - Protrombina

366. CM. Care dintre fenomenele enumerate se referă la calea comună a hemostazei plasmatice?
- Conversia plasminogenului în plasmină
 - Stabilizarea cheagului fibrinic
 - Conversia protrombinei în trombină
 - Formarea fibrinei din fibrinogen
 - Adeziunea și agregarea trombocitelor
367. CM. Indicați mecanismele fiziologice de limitare a procesului de coagulare locală și prevenire a coagulării intravasculare.
- Rolul izolant, de barieră, al endoteliului vascular
 - Factorii de coagulare se află în stare neactivă
 - Existența anticoagulanților fiziologici
 - Dilatarea vaselor (vasodilatația)
 - Influența factorului fibrinodestabilizant
368. CS. Sindromul de coagulare intravasculară diseminată se manifestă prin următorul fenomen:
- Inflamator
 - Regenerativ
 - Proliferativ
 - Hemoragic
 - Degenerativ
369. CM. Etiologia sindromului de coagulare intravasculară diseminată include:
- Hemotransfuziile masive
 - Infecțiile bacteriene grave
 - Administrarea îndelungată a anticoagulantelor
 - Complicațiile obstetricale: decolarea placentei, moartea intrauterină a fătului
 - Diabetul zaharat cu evoluție gravă
370. CS. În patogeneza sindromului de coagulare intravasculară diseminată cauza de bază a lipsei coagulării sangvine este:
- Consumul masiv de factori ai hemocoagulării și epuizarea rezervei acestora
 - Activarea cascadei de coagulare a sângelui de către factorii endogeni
 - Afectarea sistemică a endoteliului vascular
 - Activarea directă a sistemului de coagulare al sângelui de către toxinele microbiene
 - Blocajul microcirculației în organele de importanță vitală
371. CM. Indicați formele clinice ale sindromului de coagulare intravasculară diseminată.
- Forma fulminantă
 - Forma acută
 - Forma subacută
 - Forma cronică
 - Forma asimptomatică
372. CM. Indicați fazele sindromului de coagulare intravasculară diseminată.
- Faza hipovolemiei
 - Faza intravasculară
 - Faza de hipercoagulare
 - Faza de hipocoagulare
 - Faza de diseminare
373. CS. Indicați simptomele clinice ale primei faze a sindromului de coagulare intravasculară diseminată.
- Multiple hemoragii din diferite surse
 - Icter exprimat
 - Multiple tromboze vasculare
 - Hemoragii în organele de importanță vitală
 - Hepatosplenomegalie
374. CS. Indicați simptomele clinice ale fazei a doua a sindromului de coagulare intravasculară diseminată.

- a) Hemoragii multiple, de la nivelul a cel puțin trei surse
 - b) Icter exprimat
 - c) Multiple tromboze vasculare
 - d) Simptomele sunt dificil de stabilit în timpul examenului clinic sau acestea lipsesc
 - e) Hepatosplenomegalie
375. CM. Ce modificări ale indicilor de laborator confirmă sindromul de coagulare intravasculară diseminată?
- a) Trombocitopenie marcată
 - b) Diminuarea fibrinogenului sangvin
 - c) Trombocitoză marcată
 - d) Creșterea nivelului D-dimerilor
 - e) Sporirea fibrinogenului în sânge
376. CM. Indicați trei componente ale tratamentului complex al bolnavilor cu sindrom de coagulare intravasculară diseminată.
- a) Tratamentul patologiilor ce au condus spre dezvoltarea coagulării intravasculare diseminate
 - b) Antibioticoterapie masivă
 - c) Substituirea imediată a factorilor de coagulare ai sângelui
 - d) Heparinoterapie
 - e) Indicarea serurilor imune
377. CM. Ce preparate sunt indicate în tratamentul pacienților cu sindromul coagulării intravasculare diseminate?
- a) Administrarea heparinei
 - b) Administrarea intravenoasă a vasopresorilor (adrenalina)
 - c) Transfuzia plasmei proaspăt congelate
 - d) Transfuzia trombinei
 - e) Terapia trombolitică (urokinaza, streptokinaza)
378. CM. La metodele de hemostază provizorie se referă:
- a) Aplicarea pansamentului compresiv
 - b) Poziția elevată a extremității traumatate
 - c) Flexia maximală a extremității lezate
 - d) Ligaturarea vasului în plagă
 - e) Suturarea defectului vascular
379. CM. Indicați metodele de hemostază provizorie.
- a) Substituirea segmentului vascular lezat (protezarea)
 - b) Compresia digitală a vasului hemoragic în plagă
 - c) Aplicarea garoului hemostatic
 - d) Aplicarea pansamentului compresiv
 - e) Flexia maximală a extremității lezate
380. CM. Ce metode de stopare a hemoragiei se referă la cele temporare?
- a) Embolizarea vasului lezat
 - b) Aplicarea pensei hemostatice pe vasul lezat
 - c) Ligaturarea vasului în plagă
 - d) Suturarea defectului vascular
 - e) Aplicarea pansamentului compresiv
381. CS. Ce metodă de hemostază provizorie este optimală în timpul efectuării intervenției chirurgicale urgente pentru ruptura anevrismului de aortă abdominală?
- a) Aplicarea pensei hemostatice
 - b) Suturarea defectului aortei
 - c) Administrarea intravenoasă a preparatelor hemostatice
 - d) Clampajul (compresiunea) aortei cu pensă, superior de anevrism
 - e) Clampajul (compresiunea) aortei cu pensă, inferior de anevrism
382. CM. Indicați principiile aplicării corecte a garoului hemostatic.
- a) Garoul se aplică doar în caz de hemoragie arterială semnificativă

- b) În cazul aplicării corecte a garoului dispare pulsul pe arterele periferice
 - c) Este necesară indicarea pe o etichetă specială a timpului când a fost aplicat garoul
 - d) Garoul se aplică nemijlocit pe piele pentru o compresiune mai intensă
 - e) Distal de garoul corect aplicat extremitatea devine roșietică
383. CS. La ce nivel urmează a fi aplicat garoul hemostatic în caz de hemoragie arterială externă dintr-o plagă a gambei?
- a) Treimea distală a gambei
 - b) Treimea medie a gambei
 - c) Treimea superioară a gambei
 - d) Treimea medie a coapsei
 - e) La nivelul articulației genunchiului
384. CS. La ce nivel urmează a fi aplicat garoul hemostatic în caz de hemoragie arterială externă din plaga mâinii?
- a) Treimea distală a antebrațului
 - b) Treimea medie a antebrațului
 - c) Treimea proximală a antebrațului
 - d) Treimea medie a brațului
 - e) La nivelul articulației cotului
385. CS. Cu scop de hemostază provizorie garoul hemostatic se aplică pe extremitate pe un termen de pînă la:
- a) O oră
 - b) 90 minute
 - c) Trei ore
 - d) Patru ore
 - e) 45 minute
386. CM. Indicați posibilele complicații în caz de aplicare a garoului hemostatic pe extremitate pe un termen ce depășește 1,5 ore.
- a) Dezvoltarea parezei (plegiei) extremității
 - b) Amplificarea tonusului vaselor extremității
 - c) Gangrena extremității
 - d) Dezvoltarea hemoragiei secundare precoce
 - e) Embolia gazoasă a extremității excluse
387. CM. Către metodele de hemostază definitivă se referă:
- a) Aplicarea pensei hemostatice pe vas
 - b) Protezarea segmentului vascular lezat
 - c) Suturarea defectului vascular
 - d) Aplicarea garoului hemostatic Esmarch
 - e) Embolizarea endovasculară a vasului
388. CM. Indicați metodele de hemostază definitivă.
- a) Aplicarea garoului hemostatic
 - b) Elevarea extremității lezate
 - c) Aplicarea buretelui hemostatic pe bază de colagen
 - d) Aplicarea clipsei endoscopice pe vasul hemoragic
 - e) Compresiunea digitală a vasului hemoragic în plagă
389. CM. Ce metode de hemostază se referă la cele definitive?
- a) Aplicarea garoului hemostatic
 - b) Compresiunea digitală a vasului hemoragic
 - c) Înlăturarea organului lezat
 - d) Coagularea cu argon-plasmă
 - e) Ligaturarea vasului în plagă
390. CS. Care dintre variantele enumerate de hemoragie necesită ligaturarea vasului pe traiect?
- a) Hemoragia arterială din plaga recentă tăiată a coapsei
 - b) Hemoragia arterială din plaga purulentă

- c) Hemoragia din ulcerul duodenal
- d) Hemoragia în caz de hemofilie
- e) Hemoragia hemoroidală

391. CM. Metodele de hemostază definitivă, în funcție de natura metodelor aplicate, sunt divizate în:

- a) Mecanice
- b) Fizice
- c) Chimice
- d) Biologice
- e) Artificiale

392. CS. Către metodele mecanice de hemostază definitivă se referă:

- a) Aplicarea adezivului fibrinic
- b) Utilizarea criochirurgiei cu azot lichid
- c) Suturarea vasului hemoragic
- d) Electrocoagularea monopolară a vasului
- e) Sclerozarea țesuturilor cu etanol

393. CM. Care dintre metodele de hemostază definitivă sunt indicate în leziunea arterei femurale comune?

- a) Aplicarea garoului
- b) Aplicarea pansamentului compresiv
- c) Formarea anastomozei vasculare
- d) Ligaturarea arterei iliace
- e) Implantarea protezei vasculare

394. CM. Indicați metodele fizice de hemostază definitivă.

- a) Ligaturarea vasului
- b) Ligaturarea venelor varicoase ale esofagului cu inele de cauciuc
- c) Aplicarea pansamentului compresiv
- d) Utilizarea bisturiului cu ultrasunete (*harmonic scalpel*)
- e) Electrocoagularea vasului

395. CM. Indicați metodele chimice de hemostază definitivă.

- a) Aplicarea locală a soluției de adrenalină
- b) Coagularea prin radiofrecvență
- c) Utilizarea buretelui hemostatic
- d) Aplicarea topică a trombinei
- e) Injectarea endoscopică a etanolului

396. CM. Care dintre preparatele enumerate sunt utilizate pentru hemostaza chimică definitivă?

- a) Colagenul
- b) Fibrinogenul
- c) Polidocanolul
- d) Azotul lichid
- e) Cianoacrilatul

397. CS. Mecanismul de acțiune hemostatică al cianoacrilatului constă în:

- a) Producerea coagulării proteinelor și coagularea sângelui
- b) Producerea sclerozei și deshidratării țesuturilor în plagă
- c) Emiterea căldurii și inducerea denaturării proteinelor
- d) Producerea reacției de polimerizare, ce transformă substanța din formă lichidă în cea solidă, dură
- e) Inducerea coagulării sangvine locale la contact cu sângele fluid

398. CM. Indicați metodele biologice de hemostază definitivă.

- a) Administrarea intravenoasă a soluției de clorură de calciu
- b) Stentarea endoscopică a vasului
- c) Aplicarea adezivului fibrinic
- d) Diatermocoagularea bipolară
- e) Aplicarea topică a buretelui hemostatic pe bază de colagen

399. CM. Bureții hemostatici pentru aplicare locală conțin:
- Adrenalină
 - Vicasol
 - Fibrinogen și trombină
 - Colagen
 - Etamsilat
400. CM. Indicați componentele de bază ale adezivului fibrinic Tissucol și buretelui hemostatic Tachocomb, utilizate pentru hemostaza biologică definitivă.
- Fibrinogen
 - Trombină
 - Adrenalină
 - Celuloză
 - Acid aminocaproic
401. CM. Care din factorii enumerați conduc nemijlocit spre necroza țesuturilor?
- Factorul mecanic
 - Embolia arterială
 - Arsura termică
 - Compresia vasului arterial
 - Electrocutarea
402. CM. Care din factorii enumerați conduc indirect la necroza țesuturilor?
- Factorul mecanic
 - Embolia arterială
 - Factorii termici
 - Hernia strangulată
 - Electrotraumatismul
403. CM. Prin ce se caracterizează gangrena?
- Se dezvoltă doar în organele, ce au contact cu mediul extern
 - Se dezvoltă doar în organele, ce nu au contact cu mediul extern
 - Organul sau regiunea anatomică sunt afectate integral
 - Se dezvoltă în urma compresiei îndelungate a țesuturilor moi între suprafeți dure (planul osos și patul)
 - Este afectată doar o parte a organului, vascularizată de o anumită ramură arterială
404. CM. Care din factorii enumerați nu influențează asupra dezvoltării necrozelor "circulatorii"?
- Insuficiența afluxului de sânge arterial
 - Dereglarea schimbului gazos pulmonar
 - Dereglarea întoarcerii sîngelui venos
 - Dereglarea metabolismului transcapilar la nivel de microcirculație
 - Dereglarea inervației
405. CM. Indicați componentele triadei Virchow, ce constituie mecanismul patogenetic al trombozei vasculare.
- Leziunea endoteliului
 - Încetinirea fluxului sangvin
 - Fibrilația atrială cu ruperea trombului din cavitatea cordului
 - Hipercoagularea
 - Utilizarea îndelungată a anticoagulantelor indirecte
406. CS. Indicați localizarea tipică a ulcerului trofic în cazul sindromului de ischemie cronică.
- Treimea medie a gambei
 - Suprafața externă a treimii inferioare a gambei
 - Falanga distală a degetelor piciorului, regiunea călcîiului
 - Suprafața medială a treimii inferioare a gambei
 - Fosa poplitee
407. CM. Gangrena uscată se caracterizează prin următoarele manifestări:

- a) De regulă se dezvoltă în caz de ischemie acută
 - b) De regulă se dezvoltă în caz de ischemie cronică
 - c) Se dezvoltă după anexarea infecției
 - d) Există linia de demarcare
 - e) Linia de demarcare lipsește
408. CM. Gangrena umedă se caracterizează prin următoarele manifestări:
- a) De regulă se dezvoltă în caz de ischemie acută
 - b) De regulă se dezvoltă în caz de ischemie cronică
 - c) Se dezvoltă după anexarea infecției
 - d) Există linia de demarcație
 - e) Linia de demarcație lipsește
409. CS. Care din pozițiile enumerate se referă la necroză?
- a) Infarctul
 - b) Escarele
 - c) Ulcerul trofic
 - d) Gangrena
 - e) Toate cele enumerate
410. CM. Indicați organele în care se poate dezvolta gangrena.
- a) Splina
 - b) Plămînul
 - c) Pancreasul
 - d) Intestinul
 - e) Membrele inferioare
411. CM. Indicați organele în care necroza dezvoltată este numită infarct.
- a) Cordul
 - b) Oasele
 - c) Rinichiul
 - d) Membrele inferioare
 - e) Splina
412. CM. Indicați cauzele dezvoltării ulcerelor trofice.
- a) Tromboza venoasă acută
 - b) Ischemia cronică
 - c) Aneurismul arterial
 - d) Insuficiența venoasă cronică
 - e) Ischemia acută
413. CS. Care din fistulele enumerate se referă la cele congenitale?
- a) Fistula purulentă în caz de osteomielită cronică
 - b) Fistula de ligatură
 - c) Gastrostoma
 - d) Fistula uracusului
 - e) Colostoma
414. CM. Care din fistulele enumerate se referă la cele dobîndite?
- a) Fistula purulentă în caz de osteomielită cronică
 - b) Fistula de ligatură
 - c) Traheostoma
 - d) Fistula uracusului
 - e) Colostoma
415. CM. Indicați fistulele externe.
- a) Fistula pararectală
 - b) Colecisto-entero-anastomoza
 - c) Colostoma

- d) Gastrostoma
 - e) Gastro-entero-anastomoza
416. CM. În dependență de caracterul țesutului, ce acoperă canalul fistulos, se disting următoarele tipuri de fistule:
- a) Epiteliale
 - b) Musculare
 - c) Labiale
 - d) Granulante
 - e) Osificate
417. CS. Comunicarea artificială creată pe cale chirurgicală între două organe cavitare se numește:
- a) Perforație
 - b) Stomă
 - c) Anastomoză
 - d) Chist
 - e) Penetrație
418. CS. Comunicarea creată artificial între un organ cavită și mediul extern se numește:
- a) Chist
 - b) Stomă
 - c) Perforație
 - d) Joncțiune
 - e) Anastomoză
419. CS. Comunicarea patologică între două organe cavitare se numește:
- a) Fistulă
 - b) Anastomoză
 - c) Stomă
 - d) Chist
 - e) Perforație
420. CS. Comunicarea patologică între un organ cavită și mediul extern se numește:
- a) Perforație
 - b) Stomă
 - c) Anastomoză
 - d) Fistulă
 - e) Chist
421. CM. Indicați locurile tipice de formare a escarelor?
- a) Coturile
 - b) Regiunea lombară
 - c) Regiunea sacrală
 - d) Călcîii
 - e) Regiunea omoplaților
422. CM. Indicați fazele de dezvoltare a escarelor?
- a) Faza prereactivă
 - b) Faza dereglărilor circulatorii
 - c) Faza leziunilor purulent-necrotice
 - d) Faza regenerării
 - e) Faza reactivă
423. CS. Perioada preoperatorie în toate patologiiile chirurgicale începe din momentul:
- a) Internării bolnavului în staționar și oformării fișei de observație clinică
 - b) Apariției la bolnav a primelor simptome ale patologiei
 - c) Stabilirii diagnosticului chirurgical și luarea deciziei de tratament operator
 - d) Transportării bolnavului în sala de operație și pregătirii către anestezie
 - e) Prelucrării și delimitării cîmpului operator

424. CS. Perioada preoperatorie în toate patologiile chirurgicale finalizează odată cu:
- Luarea deciziei referitoare la necesitatea în tratament operator și primirea acordului informat în formă scrisă din partea pacientului
 - Inducerea în anestezie
 - Incizia pielii
 - Transportarea bolnavului în sala de operație
 - Prelucrarea și delimitarea câmpului operator
425. CM. La scopurile de bază ale perioadei preoperatorii se referă:
- Profilaxia complicațiilor tromboembolice
 - Aprecierea grupei sangvine a bolnavului și pregătirea sîngelui pentru hemotransfuzie
 - Diminuarea riscului intervenției chirurgicale preconizate
 - Efectuarea antibioticoterapiei masive
 - Obținerea efectului curativ maximal de la intervenția preconizată
426. CM. Perioada preoperatorie este divizată convențional în următoarele etape:
- De pregătire
 - De staționar
 - De recuperare
 - De diagnostic
 - De ambulator
427. CS. Probele funcționale Ghence și Shtanghe pot fi utilizate în perioada preoperatorie pentru evaluarea:
- Rezervei compensatorii a organelor sistemului respirator și circulator
 - Funcției hepatice
 - Gradului de urgență a operației preconizate
 - Stării de nutriție a pacientului chirurgical
 - Gradului de risc al complicațiilor tromboembolice
428. CM. Indicați examinările instrumentale și de laborator ce se efectuează în mod standard în perioada preoperatorie.
- Analiza generală a sîngelui
 - Analiza sîngelui la HIV și hepatitele B, C, D
 - Analiza generală de urină
 - Electrocardiografia
 - USG cavității abdominale
429. CM. La examinarea unui bolnav, internat în secția de chirurgie pentru intervenție chirurgicală programată, medicul curant a depistat sufluri patologice în regiunea precordială și dereglarea ritmului cardiac. Ce măsuri trebuie să întreprindă medicul curant în primul rînd?
- Externarea imediată a pacientului pentru examinări suplimentare în condiții de ambulator
 - Transferul bolnavului în clinica cardiologică specializată pentru tratamentul patologiei cardiace
 - Efectuarea intervenției programate
 - Solicitarea consultației medicului cardiolog și a terapeutului
 - Familiarizarea cu rezultatele examinărilor instrumentale a cordului
430. CS. Cel mai răspîndit sistem de evaluare a riscului operator este:
- Scara Glasgow
 - Sistemul POSSUM
 - Indexul Allgower
 - Sistemul ASA
 - Formula Moore
431. CS. În timpul evaluării riscului operator conform sistemului ASA, bolnavul cu patologie concomitentă decompensată, ce necesită a fi operat în mod urgent, va fi atribuit:
- Clasei III E
 - Clasei IV C
 - Clasei V C

- d) Clasei IV E
 - e) Clasei V E
432. CS. Indicațiile absolute către operație se stabilesc doar în caz de:
- a) Prezența patologiei, ce prezintă pericol pentru viața sau activitatea funcțională a pacientului, cu o eficacitate similară a tratamentului chirurgical și conservator
 - b) Prezența patologiei, ce prezintă pericol pentru viața sau activitatea funcțională a pacientului, ce poate fi tratată doar prin intermediul intervenției chirurgicale
 - c) Prezență a tumorii maligne
 - d) Prezența patologiei, ce poate fi tratată doar prin intervenție chirurgicală, dar care nu prezintă un pericol pentru viața sau activitatea funcțională a bolnavului
 - e) Leziuni traumatice
433. CM. Indicați patologiile, în care indicațiile către operație sunt absolute.
- a) Ateroma regiunii occipitale a capului
 - b) Boala varicoasă necomplicată a membrelor inferioare
 - c) Adenocarcinom gastric fără metastaze sau concreștere în organele adiacente
 - d) Apendicita acută
 - e) Hernia inghinală strangulată
434. CM. Indicați patologiile, în care indicațiile către operație sunt relative.
- a) Plaga tăiată cu lezarea arterei femurale
 - b) Lipoma regiunii lombare
 - c) Ulcerul duodenal multiplu recidivant
 - d) Ocluzia intestinală acută
 - e) Hernia inghinală strangulată
435. CS. Ce maladii sau stări patologice asociate servesc drept contraindicație către operația imediată în caz de hemoragie intraperitoneală masivă activă?
- a) Șocul hipovolemic
 - b) Infarctul miocardic acut
 - c) Șocul septic
 - d) Accidentul vascular cerebral acut (ictus)
 - e) Niciuna dintre cele enumerate
436. CM. Efectuând pregătirea psihologică către operație, medicul este obligat să-i prezinte pacientului următoarea informație:
- a) Date despre diagnostic
 - b) Particularitățile tehnice ale operației preconizate (tipul anastomozei, tipurile de sutură)
 - c) Prezența metodelor alternative de tratament
 - d) Rezultatele intervenției similare la alți pacienți, ce sunt spitalizați la moment în secție
 - e) Eventualele complicații, legate de intervenția chirurgicală preconizată
437. CM. Acordul informat în scris al bolnavului către intervenția chirurgicală trebuie semnat de către:
- a) Pacient
 - b) Anesteziolog
 - c) Medicul curant
 - d) Asistenta medicală
 - e) Medicul șef al spitalului
438. CM. În ce situații este posibilă efectuarea intervenției chirurgicale după indicații vitale fără acordul în formă scrisă a pacientului?
- a) În cazul cînd un pacient cu status psihic adecvat refuză categoric operația
 - b) În cazul stării de inconștiență a pacientului
 - c) În cazul unui bolnav cu psihică neadecvată, confirmată de către medicul psihiatru
 - d) În cazul acordului verbal al rudelor apropiate ale bolnavului
 - e) În cazul refuzului bolnavului de tratament operator din motive religioase

439. CM. Nu reprezintă factori de risc ai complicațiilor tromboembolice venoase în perioada postoperatorie:
- Obezitatea
 - Mobilizarea precoce a pacientului după operație
 - Prezența formațiunilor maligne
 - Volumul și durata mare a intervenției chirurgicale
 - Vîrsta tînără a pacientului
440. CM. Indicați afirmațiile corecte referitoare la tromboembolia arterei pulmonare (TEAP) survenită postoperator.
- Mai frecvent ca sursă de TEAP servește vena cavă superioară și afluențele ei
 - De regulă trombul se formează nemijlocit în artera pulmonară
 - TEAP se poate dezvolta atât în perioada postoperatorie precoce, cît și în cea tardivă
 - Mai frecvent TEAP se dezvoltă în cazul formeii flotante (apexul trombotic oscilează în fluxul sangvin) a trombozei venoase
 - TEAP nu conduce niciodată spre decesul subit al pacientului
441. CM. Enumerați măsurile, utilizate pentru profilaxia trombozelor venoase postoperatorii.
- Indicarea anticoagulantelor directe în perioada pre- și postoperatorie
 - Abținerea de la prescrierea antibioticelor
 - Regimul strict la pat după intervenția chirurgicală
 - Hemotransfuziile masive
 - Bandajul elastic al membrelor inferioare
442. CS. Cu scop de antibioticoprofilaxie a complicațiilor septico-purulente postoperatorii se indică:
- Un antibiotic cu spectru larg de acțiune, per os, timp de 7 zile pînă la operație
 - Un antibiotic cu spectru îngust de acțiune, intramuscular, timp de 2-3 zile după operație
 - Un antibiotic cu spectru larg de acțiune, administrat într-o priză, intravenos, în doză maximală, nemijlocit înainte de intervenția chirurgicală
 - Un antibiotic cu spectru larg de acțiune, administrat o singură dată, intramuscular, în doză minimală, nemijlocit înainte de operație
 - Două sau mai multe antibiotice cu spectru larg de acțiune, intravenos, timp de 5-7 zile înainte de operație
443. CM. Pregătirea tractului gastro-intestinal înaintea intervențiilor chirurgicale abdominale programate prevede:
- Postul alimentar cu cîteva zile pînă la operație
 - Abținerea de la alimentare cu 12 ore înainte de operație
 - Lavajul gastric multiplu repetat prin sondă
 - Efectuarea clisterelor evacuatorii
 - Indicarea clisterelor sifonice
444. CM. Drept exemplu de pregătire preoperatorie specială a bolnavului către operație poate servi:
- Epilarea cîmpului operator
 - Sedarea preoperatorie a pacientului
 - Marcajul venelor varicos dilatate a membrelor inferioare
 - Plasarea cateterului venos
 - Purtarea bandajului compresiv înaintea operației pentru hernie ventrală postoperatorie gigantă
445. CS. Concluzia preoperatorie trebuie să fie scrisă de către:
- Medicul anesteziolog
 - Medicul chirurg curant
 - Asistenta medicală a blocului de operație
 - Medicul din policlinică, ce a îndreptat bolnavul spre spitalizare
 - Orice lucrător medical al instituției curative
446. CM. Concluzia preoperatorie trebuie să conțină următoarele compartimente:
- Argumentarea diagnosticului de bază, indicației și contraindicațiilor către operație
 - Descrierea succintă a istoricului vieții pacientului
 - Anamneza alergologică și epidemiologică
 - Volumul programat al intervenției chirurgicale și tipul de anestezie
 - Gradul de risc operator

447. CS. Poziția Trendelenburg a bolnavului pe masa de operație este utilizată în cazul intervențiilor pe:
- Diafragm
 - Ficat și căi biliare
 - Organele ORL
 - Organele bazinului mic
 - Arterele membrelor inferioare
448. CM. Poziția bolnavului pe masa de operație, denumită "anti-Trendelenburg", se utilizează în operațiile pe:
- Diafragm
 - Ficat și căi biliare
 - Organele ORL
 - Organele bazinului mic
 - Arterele membrelor inferioare
449. CS. Poziția bolnavului în decubit lateral pe masa de operație se utilizează în intervențiile:
- Pe rect
 - Pe ficat și căile biliare
 - Otorinolaringologice
 - Pe pulmon
 - Pe arterele membrelor inferioare
450. CM. Care din cele enumerate se referă la etapele intervenției chirurgicale?
- Prelucrarea și delimitarea cîmpului operator
 - Inducerea anesteziei
 - Accesul chirurgical
 - Procedeul chirurgical
 - Trezirea din anestezie
451. CS. Un pacient este diagnosticat cu apendicită acută, fiind indicată intervenția chirurgicală. Veridicitatea diagnosticului se va confirma în timpul:
- Accesului chirurgical
 - Reviziei intraoperatorii
 - Procedeului chirurgical
 - Finalizării operației
 - Înlăturării apendicelui vermiform
452. CM. Etapa de finisare a intervenției chirurgicale include:
- Controlul stabilității hemostazei
 - Controlul la prezența materialului străin
 - Controlul parametrilor hemodinamicii centrale
 - Drenarea
 - Suturarea plăgii operatorii
453. CM. Intervenția chirurgicală se efectuează în mod urgent în caz de:
- Hernie inghinală necomplicată
 - Apendicită acută
 - Tamponada cordului
 - Colecistită calculoasă cronică
 - Ulcer gastric perforat
454. CM. În care patologii intervenția chirurgicală se efectuează în mod programat?
- Asfixia mecanică
 - Ocluzia intestinală acută
 - Boala varicoasă a membrelor inferioare
 - Hernia ombilicală strangulată
 - Henia inghinală reponibilă

455. CS. Unui bolnav cu cancer esofagian inoperabil i s-a aplicat fistula artificială externă a stomacului (gastrostomă) pentru alimentație enterală. Cum se clasifică această intervenție?
- Operație diagnostică
 - Operație combinată
 - Operație radicală
 - Operație paliativă
 - Operație simultană
456. CS. Unui bolnav cu hernie inghinală i s-a efectuat rezecția sacului hernial și plastia canalului inghinal cu implantarea unei plase (meșe) sintetice. Cum se clasifică această intervenție chirurgicală?
- Operație diagnostică
 - Operație combinată
 - Operație radicală
 - Operație paliativă
 - Operație simultană
457. CM. La operațiile diagnostice se referă:
- Reimplantarea
 - Amputarea
 - Biopsia
 - Laparoscopia, toracosopia
 - Transplantul
458. CS. Peste 2 ore după rezecția gastrică pacientul este luat din nou în sala de operație din cauza eliminărilor masive de sânge prin drenul din cavitatea peritoneală. Este deschisă din nou cavitatea peritoneală pentru realizarea hemostazei. Cum va fi denumită corect operația respectivă?
- Laparotomia de control
 - Relaparotomia
 - Bilaparotomia
 - Laparotomia secundară
 - Laparotomia multiplă
459. CM. Care intervenții chirurgicale se numesc simultane?
- Bolnavului i s-a efectuat în același timp rezecția gastrică pentru boala ulceroasă și înlăturarea veziculei biliare pentru litiaza biliară
 - Bolnavului i s-a efectuat rezecția sigmoidului cu aplicarea stomei, apoi, peste 6 luni – restabilirea continuității tractului intestinal
 - Bolnavului i s-au efectuat în același timp rezecția gastrică și transecția nervului vag – ambele pentru boala ulceroasă
 - Bolnavului i s-a efectuat corecția laparoscopică a herniei esofagiene a diafragmului cu înlăturarea în același timp a veziculei biliare pentru litiaza biliară
 - Bolnavului i s-a efectuat flebectomie bilaterală pentru maladia varicoasă a membrelor inferioare
460. CM. Care operație se numește combinată?
- Bolnavului i s-a efectuat rezecția sigmoidului cu aplicarea stomei, apoi, peste 6 luni – restabilirea continuității intestinului gros
 - Bolnavului cu ateroscleroză obliterantă și ischemia membrelor inferioare pe parcursul aceleiași intervenții i s-a efectuat by-pass femuro-popliteal și transecția trunchiului simpatic lombar (simpatectomie)
 - Bolnavului i s-a efectuat flebectomie bilaterală pentru maladia varicoasă a membrelor inferioare
 - Bolnavului i s-au efectuat în același timp rezecția gastrică și transecția nervului vag – ambele pentru boala ulceroasă
 - Bolnavului i s-a efectuat în același timp rezecția gastrică pentru boala ulceroasă și înlăturarea veziculei biliare pentru litiaza biliară
461. CS. Conform clasificării intervențiilor chirurgicale după gradul de infectare (contaminare), rezecția intestinului gros se referă la operații:
- Aseptice
 - Convențional aseptice

- c) Convențional infectate
 - d) Infectate
 - e) Purulente
462. CS. Conform clasificării intervențiilor chirurgicale după gradul de infectare (contaminare), rezecția gastrică se referă la operații:
- a) Aseptice
 - b) Convențional aseptice
 - c) Convențional infectate
 - d) Infectate
 - e) Purulente
463. CM. La complicații intraoperatorii cu caracter local în chirurgia generală se referă:
- a) Insuficiența cardiacă acută
 - b) Hemoragia
 - c) Supurația plăgii
 - d) Lezarea organelor adiacente
 - e) Dezvoltarea sindromului CID
464. CM. Indicați fazele patofiziologice ale perioadei postoperatorii.
- a) Anabolică
 - b) Reactivă
 - c) Prereactivă
 - d) Catabolică
 - e) Tranzitorie
465. CM. Faza catabolică a perioadei postoperatorii se caracterizează prin următoarele reacții fiziologice:
- a) Activarea sistemului simpato-adrenal
 - b) Activarea sistemului parasimpatic
 - c) Degradarea intensivă a proteinelor
 - d) Acidoza tisulară
 - e) Sinteza accelerată a proteinelor
466. CS. Pentru care dintre fazele perioadei postoperatorii este caracteristică intensificarea sintezei proteinelor?
- a) Pentru faza catabolică
 - b) Pentru faza anabolică
 - c) Pentru faza intermediară
 - d) Pentru faza precoce
 - e) Pentru faza tardivă
467. CS. Durata perioadei postoperatorii precoce este:
- a) 8-12 ore
 - b) 12-24 ore
 - c) 3-5 zile
 - d) pînă la 14 zile
 - e) pînă la o lună
468. CM. Indicați complicațiile, caracteristice pentru perioada postoperatorie precoce.
- a) Formarea herniilor postoperatorii ventrale
 - b) Stenoza anastomozei interintestinale
 - c) Hemoragia
 - d) Fistula de ligatură
 - e) Șocul (hipovolemic, toxic, cardiogen)
469. CM. Indicați complicațiile, caracteristice pentru perioada postoperatorie tardivă.
- a) Hemoragia secundară tardivă
 - b) Insuficiența cardio-vasculară acută
 - c) Dezvoltarea herniei postoperatorii

- d) Recidiva patologiei
 - e) Supurația plăgii postoperatorii
470. CS. Indicați complicația, caracteristică pentru perioada postoperatorie tardivă.
- a) Hemoragia secundară tardivă
 - b) Insuficiența cardio-vasculară acută
 - c) Infecția căilor urinare
 - d) Recidiva patologiei
 - e) Supurația plăgii postoperatorii
471. CM. Pe parcursul aceleiași intervenții unui bolnav i s-a efectuat rezecția gastrică pentru boala ulceroasă și înlăturarea veziculei biliare pentru litiaza biliară. Cum se clasifică o astfel de operație după diferite principii?
- a) Operație simultană
 - b) Operație în etape
 - c) Operație combinată
 - d) Operație aseptică
 - e) Operație convențional aseptică
472. CM. Unui bolnav cu ateroscleroză obliterantă și ischemie a membrelor inferioare pe parcursul aceleiași intervenții i s-a efectuat by-pass femuro-popliteal și transecția trunchiului simpatic lombar (simpatectomie). Cum se clasifică această operație după diferite principii?
- a) Operație simultană
 - b) Operație în etape
 - c) Operație combinată
 - d) Operație aseptică
 - e) Operație condiționat aseptică
473. CM. Termenul de „osteomielită” semnifică:
- a) Inflamația purulentă a măduvei osoase
 - b) Inflamația substanței compacte a osului
 - c) Inflamația periostului
 - d) Inflamația bursei sinoviale
 - e) Inflamația măduvei osoase și a articulației adiacente
474. CM. Care oase sunt afectate mai frecvent în caz de osteomielită hematogenă acută?
- a) Ulna
 - b) Fibula
 - c) Femurul
 - d) Tibia
 - e) Radius
475. CS. La copiii în vîrstă de 2-3 ani osteomielita acută hematogenă afectează mai frecvent:
- a) Metafizele oaselor
 - b) Diafizele oaselor
 - c) Epifizele oaselor
 - d) Diafizele și metafizele oaselor
 - e) Toate regiunile osului
476. CS. La copiii în vîrstă mai mare de 3 ani osteomielita acută hematogenă afectează mai frecvent:
- a) Diafiza femurului
 - b) Metafiza femurului
 - c) Epifiza femurului
 - d) Epifiza și diafiza femurului
 - e) Toate regiunile femurului
477. CS. La copii mai frecvent este remarcată următoarea formă a osteomielitei:
- a) Osteomielita acută nehematogenă
 - b) Osteomielita postoperatorie

- c) Abcesul Brody
 - d) Osteomieliita acută hematogenă
 - e) Osteomieliita sclerozantă Garre
478. CM. Indicați factorii ce predispun spre dezvoltarea osteomieliitei acute hematogene.
- a) Traumele închise ale oaselor extremităților
 - b) Prezența focarelor cronice de infecție în organism
 - c) Virulența sporită a microorganismelor
 - d) Avitaminoza și alimentarea insuficientă
 - e) Toți factorii enumerați
479. CM. În primele 3-5 zile de la debutul patologiei, cele mai importante simptome ale osteomieliitei acute hematogene sunt:
- a) Semnele generale de intoxicație
 - b) Schimbările radiologice
 - c) Simptomele locale de inflamație purulentă
 - d) Anemia
 - e) Leucocitoza pronunțată în sânge ($15-30 \times 10^9/l$)
480. CS. În care formă a osteomieliitei mai frecvent se dezvoltă abcese metastatice?
- a) Forma toxică a osteomieliitei acute hematogene
 - b) Forma locală-focară a osteomieliitei acute hematogene
 - c) Abcesul Brody
 - d) Forma septică a osteomieliitei acute hematogene
 - e) Osteomieliita albuminoasă Ollie
481. CM. Care din semnele inflamatorii locale apar inițial în osteomieliita acută hematogenă?
- a) Tumor
 - b) Dolor
 - c) Calor
 - d) Rubor
 - e) Functio laesa
482. CM. Care din afirmațiile enumerate se referă la osteomieliita acută hematogenă?
- a) Mai frecvent este remarcată în vîrsta copilăriei
 - b) Se dezvoltă în caz de fracturi deschise ale oaselor extremităților
 - c) Se poate dezvolta după re poziția chirurgicală a fracturii și osteosinteza
 - d) Uneori decurge cu formarea abceselor metastatice multiple în oase și organele interne
 - e) Primele semne radiologice ale patologiei apar la a 10-14-a zi de la debutul bolii
483. CS. În care formă clinică a osteomieliitei acute hematogene, decesul pacientului poate surveni în primele 2-3 zile de la debutul bolii?
- a) Toxică
 - b) Locală
 - c) Septică
 - d) Purulentă
 - e) În toate formele enumerate
484. CM. Indicați simptomele, în baza cărora se instalează diagnosticul precoce de osteomieliita acută hematogenă?
- a) Debutul acut al patologiei cu dureri în extremități
 - b) Intoxicație pronunțată la a 3-4-a zi a bolii
 - c) Detașarea periostului de la os pe clișeu radiologic
 - d) Creșterea temperaturii pînă la $39-40^{\circ}C$
 - e) Edem, hiperemie și fluctuență în regiunea afectării
485. CM. Care din simptomele enumerate se remarcă în osteomieliita acută hematogenă?
- a) Edemațierea segmentului afectat al extremității
 - b) Hiperemia pielii de-asupra focarelor de inflamație

- c) Dereglarea funcției extremității
 - d) Lipsa pulsației pe arterele periferice
 - e) Fractura patologică la nivelul extremităților cu formarea articulației false
486. CS. Apariția simptomului de fluctuență în caz de osteomielită acută hematogenă semnifică:
- a) Dezvoltarea tromboflebitei concomitente
 - b) Formarea flegmonului intermuscular sau subcutanat
 - c) Dezvoltarea fracturii patologice
 - d) Apariția fistulei osteomielitice
 - e) Dezvoltarea formeii buloase a erizipelului
487. CM. Indicați posibilele complicații ale osteomielitei.
- a) Sepsis
 - b) Gangrena gazoasă
 - c) Artrita purulentă primară
 - d) Amiloidoza organelor interne
 - e) Artrita purulentă secundară
488. CS. Primele semne radiologice ale osteomielitei acute hematogene apar la:
- a) A 2-3-a zi de la debutul bolii
 - b) A 4-6-a zi de la debutul bolii
 - c) A 7-9-a zi de la debutul bolii
 - d) A 10-14-a zi de la debutul bolii
 - e) A 15-21-a zi de la debutul bolii
489. CM. Indicați semnele radiologice caracteristice pentru osteomielita acută.
- a) Decolarea periostului
 - b) Apariția cavității sechestrare
 - c) Îngroșarea periostului
 - d) Fractura patologică
 - e) Liza țesutului osos
490. CM. Indicați semnele radiologice caracteristice pentru osteomielita cronică.
- a) Îngustarea fisurii articulare
 - b) Apariția cavității sechestrare
 - c) Formarea sechestrului
 - d) Decolarea periostului
 - e) Fractura patologică
491. CM. Indicați operațiile ce se efectuează în caz de osteomielită cronică.
- a) Efectuarea inciziilor "în lampas"
 - b) Sechestrectomia
 - c) Operații plastice, îndreptate spre lichidarea defectului osos și tisular
 - d) Amputația
 - e) Osteoperforarea
492. CM. Indicați operațiile ce se efectuează în caz de osteomielită acută.
- a) Exarticulația extremității
 - b) Deschiderea și drenarea flegmonului țesuturilor moi
 - c) Osteoperforarea
 - d) Amputația
 - e) Sechestrectomia
493. CM. Tratamentul complex al osteomielitei acute hematogene include:
- a) Imobilizarea extremității afectate
 - b) Terapia antibacteriană
 - c) Terapia de detoxicare
 - d) Terapia hormonală
 - e) Tratamentul chirurgical

494. CS. Lipsa mișcărilor în articulație este numită:
- Osteoartrită
 - Artroză
 - Rigiditate
 - Anchiloză
 - Scolioză
495. CM. În cazul prezenței simptomului de fluctuență în regiunea articulației și a semnelor generale de intoxicație trebuie efectuată:
- Puncția articulației, aspirația exudatului și administrarea intraarticulară a antibioticelor
 - Amputația extremității
 - Rezecția suprafețelor articulare cu formarea anchilozei
 - Imobilizarea extremității
 - Administrarea sistemică a antibioticelor
496. CM. Indicați simptomele clinice ale bursitei.
- Tumefierea țesuturilor în regiunea amplasării bursei articulare
 - Durere în regiunea articulației
 - Hipertermia locală
 - Hiperemia pielii
 - Limitarea bruscă a mișcărilor în articulație
497. CM. Tratamentul conservator al bursitei include:
- Imobilizarea extremității
 - Înlăturarea bursei paraarticulare
 - Administrarea remediilor antiinflamatorii
 - Puncția și drenarea bursei paraarticulare
 - Hipotermia locală
498. CM. În caz de bursită seroasă a articulației cotului trebuie efectuată:
- Imobilizarea extremității
 - Deschiderea și drenarea bursei paraarticulare
 - Înlăturarea bursei paraarticulare
 - Administrarea remediilor antiinflamatorii
 - Puncția bursei paraarticulare, aspirarea exudatului și administrarea antibioticului
499. CS. Conform cărui principiu fracturile oaselor sunt divizate în deschise și închise?
- După origine
 - După localizare
 - După păstrarea integrității tegumentelor
 - După particularitățile liniei de fractură
 - După poziția fragmentelor osoase
500. CM. În raport cu linia de fractură ultimile se clasifică în:
- Angrenate
 - Incomplete
 - Închise
 - Așchiate
 - Diafizare
501. CM. În raport cu linia de fractură, ultimile se clasifică în:
- Deschise
 - Transversale
 - Patologice
 - Metafizare
 - Oblice
502. CM. La semnele probabile ale fracturii se referă:

- a) Durerea locală
 - b) Dereglarea funcției extremității
 - c) Mobilitatea patologică
 - d) Crepitația osoasă
 - e) Deformarea segmentului extremității
503. CM. La semnele veridice ale fracturii se referă:
- a) Mobilitatea patologică
 - b) Durerea în regiunea traumei
 - c) Deformarea segmentului extremității
 - d) Dereglarea funcției extremității
 - e) Crepitația osoasă
504. CM. Fractura patologică poate fi condiționată de:
- a) Tumoare osoasă
 - b) Forma osoasă a gangrenei gazoase
 - c) Osteomielita cronică
 - d) Osteoporoza
 - e) Artrita purulentă
505. CS. În care fractură probabilitatea infectării este cea mai mare?
- a) Intrauterină
 - b) Cominutivă
 - c) Deschisă
 - d) Închisă
 - e) Patologică
506. CM. La formarea calusului osos în caz de fractură participă:
- a) Celulele endostului
 - b) Celulele canalelor Havers
 - c) Celulele periostului
 - d) Celulele țesutului adipos din jurul fracturii
 - e) Celulele țesutului conjunctiv din jurul fracturii
507. CS. Formarea calusului osos primar durează în mediu:
- a) 2-4 săptămîni
 - b) 4-6 săptămîni
 - c) 6-8 săptămîni
 - d) 8-10 săptămîni
 - e) 10-12 săptămîni
508. CS. Cea mai mare capacitate de regenerare în formarea calusului osos o posedă:
- a) Celulele endostului
 - b) Celulele canalelor Havers
 - c) Celulele țesutului conjunctiv din jurul fracturii
 - d) Celulele stratului cambial al periostului
 - e) Toate cele enumerate
509. CM. Care fracturi se consideră complicate:
- a) Fractura în "lemn verde"
 - b) Fractura asociată cu lezarea arterei magistrale
 - c) Fractura dezvoltată pe fondalul tumorii osoase
 - d) Fractura asociată cu lezarea nervilor (pareză, paralizie)
 - e) Fractură dezvoltată pe fondal de osteomielită cronică
510. CM. Indicați posibilele complicații locale ale fracturilor.
- a) Șocul traumatic
 - b) Concreșterea patologică a fragmentelor osoase
 - c) Lezarea vaselor și nervilor

- d) Embolia lipidică
 - e) Osteomielite posttraumatică (nehematogenă)
511. CS. Indicați cea mai frecventă complicație a fracturilor deschise.
- a) Embolia lipidică
 - b) Scurtarea extremității afectate
 - c) Paralizia extremității
 - d) Osteomielite
 - e) Amiloidoza
512. CM. Indicați posibilele complicații generale ale fracturilor.
- a) Socul traumatic
 - b) Sindromul CID
 - c) Anemia acută
 - d) Formarea calusului osos patologic
 - e) Paralizia extremității
513. CM. Primul ajutor medical în caz de fractură va include:
- a) Administrarea analgezicelor
 - b) Imobilizarea de transport cu dispozitive speciale sau improvizate
 - c) În fracturi deschise – hemostaza, aplicarea pansamentului aseptice pe plagă
 - d) Reducerea fragmentelor osoase în caz de fractură deschisă (Perforarea pielii cu un fragment osos)
 - e) Înlăturarea deplasării fragmentelor osoase și a deformării extremității
514. CM. Cu scop de imobilizare de transport în caz de fracturi se utilizează:
- a) Atele improvizate din materiale ocazionale
 - b) Atela Krammer
 - c) Atela Beller
 - d) Atela pneumatică
 - e) Atela Dieterichs
515. CS. Atela Dieterichs se utilizează pentru:
- a) Imobilizarea de transport a extremității superioare
 - b) Imobilizarea de transport a extremității inferioare
 - c) Tratamentul fracturilor membrelor superioare
 - d) Tratamentul fracturilor membrelor inferioare
 - e) Tratamentul fracturilor coloanei vertebrale
516. CM. Acordarea primului ajutor medical în caz de fractură deschisă nu presupune:
- a) Efectuarea hemostazei provizorii
 - b) Administrarea remediilor analgezice
 - c) Repoziția fragmentelor osoase
 - d) Imobilizarea de transport
 - e) Aplicarea suturii primare pe plagă
517. CM. Indicați cauzele posibile ale retenției formării calusului osos.
- a) Repoziția incompletă a fragmentelor osoase
 - b) Interpoziția parțială sau completă a țesuturilor moi între fragmentele osoase
 - c) Imobilizarea insuficientă
 - d) Diabetul zaharat concomitent
 - e) Efectuarea osteosintezei intramedulare
518. CM. Imobilizarea îndelungată a extremității în caz de fractură poate conduce spre dezvoltarea:
- a) Articulației false
 - b) Hemartrozei
 - c) Epifiziolizei
 - d) Contracturii extremității
 - e) Atrofiei musculare

519. CM. Pătrunderea microflorei patogene în țesuturile moi ale mâinii mai des se realizează:
- Pe cale hematogenă
 - Prin bătăături, fisuri ale pielii
 - Pe cale limfogenă
 - Împreună cu corpii străini mici (așchii)
 - Din oasele infectate ale falangelor și metacarpului
520. CS. În majoritatea absolută a cazurilor agentul etiologic al proceselor purulente la nivelul degetelor și mâinii este:
- Streptococcus pyogenes
 - Staphylococcus aureus
 - Escherichia coli
 - Unul dintre microorganismele anaerobe neclostridiene
 - Candida albicans
521. CM. Indicați particularitățile anatomice ale degetelor și mâinii, care condiționează manifestarea caracteristică a procesului inflamator.
- Pielea pe suprafața palmară este rezistentă, groasă și cu capacitate redusă de extindere, din motivele respective focarul purulent rareori se erupe spontan spre exterior
 - Tecile sinoviale ale flexorilor degetelor I și V comunică cu spațiile celuloadipoase ale antebrațului, ceea ce poate conduce la răspândirea infecției spre regiunea respectivă
 - Tecile sinoviale ale flexorilor degetelor II, III și IV comunică cu spațiile celuloadipoase ale antebrațului, ceea ce poate conduce la răspândirea infecției spre regiunea respectivă
 - Țesutul subcutanat pe suprafața palmară a degetelor este divizat prin septuri fibroase în spații separate, din considerentele respective colecțiile purulente au tendință de erupere spontană spre piele
 - Țesutul subcutanat pe suprafața palmară a degetelor este divizat prin septuri fibroase în spații separate, din considerentele respective colecțiile purulente au tendință de răspândire spre profunzime
522. CM. Panarițiul tendinos al cărora dintre degetele mâinii poate conduce către răspândirea infecției spre spațiul celuloadipos Pirogov-Parona al antebrațului?
- Primul
 - Al doilea
 - Al treilea
 - Al patrulea
 - Al cincilea
523. CM. Indicați cauzele sindromului algic deosebit de intens în panarițiu, incomparabil cu durerile în cazul altei localizări ale patologiilor purulente
- Compresiunea nervilor de către exudatul inflamator
 - Compresiunea vaselor de către exudatul inflamator și ischemia țesuturilor
 - Dezvoltarea rapidă a necrozei secundare a tendoanelor și osului
 - Acțiunea mediatorilor inflamației eliberați într-un volum mare
 - Inervația senzorială bogată a suprafeței palmare a degetelor
524. CS. Necroza tendonului în caz de tenosinovită purulentă se dezvoltă în urma:
- Acțiunii distructive directe a enzimelor microbiene
 - Limitării mișcărilor active
 - Compresiei vaselor ce alimentează tendonul de către exudatul inflamator cu ulterioara tromboză a acestora
 - Compresiei de către exudatul inflamator a nervilor tendonului
 - Leziunii iatrogene a vaselor în timpul tratamentului chirurgical al panarițiului
525. CM. Ce localizare a colecției purulente este definită drept panarițiu?
- Suprafața palmară a falangei distale a degetului mâinii
 - Suprafața plantară a falangei distale a degetului piciorului
 - Spațiul celuloadipos al antebrațului Pirogov-Parona
 - Regiunea periungțială a degetului mâinii
 - Suprafața dorsală a falangei proximale a degetului mâinii

526. CM. Indicați formele superficiale ale panarițiului.
- Subcutanată
 - Tendinoasă
 - Pandactilita
 - Periunghială (paronichia)
 - Cutanată
527. CS. Paronihia este definită drept colecție purulentă localizată:
- Sub placa unghială
 - În regiunea subunghială proximală
 - Pe suprafața palmară a falangei distale a degetului
 - În repliul periunghial
 - În repliul periunghial al degetului mare al plantei ca urmare a unghiei încarnate cu dezvoltarea consecutivă a inflamației
528. CM. Indicați formele profunde ale panarițiului.
- Tendinoasă
 - Osoasă
 - Articulară
 - Subunghială
 - Pandactilita
529. CM. Ce afirmații caracterizează just panarițiul cutanat?
- Degetul afectat se află în poziție de semiflexie forțată
 - Sindromul algic nu este exprimat
 - Procesul inflamator se poate extinde spre os, articulație și tendon
 - În majoritatea cazurilor procesul inflamator se localizează pe suprafața palmară a falangei distale
 - Este diagnosticat drept o bulă superficială cu conținut purulent
530. CS. Ce formă a panarițiului este mai probabilă dacă pe suprafața palmară a degetului mâinii se determină o mică veziculă, cu conținut purulent?
- Cutanată
 - Subcutanată
 - Tendinoasă
 - Subunghială
 - Pandactilita
531. CS. Indicați metoda optimală de anestezie în tratamentul formei cutanate a panarițiului.
- Locală infiltrativă
 - Locală tronculară
 - Generală intravenoasă
 - Generală inhalatorie
 - Anestezia nu se efectuează
532. CM. În ce constă tratamentul chirurgical al panarițiului cutanat?
- După drenarea focarului purulent degetul afectat se imobilizează
 - Înlăturarea epidermului detașat cu evacuarea puroiului
 - După drenarea focarului purulent se aplică un pansament cu antiseptic
 - Focarul purulent se excizează în limitele țesuturilor sănătoase
 - După dezvoltarea țesutului de granulație plaga se închide prin suturi secundare
533. CM. Ce afirmații caracterizează veridic panarițiul subcutanat?
- Este cea mai frecventă formă de panarițiu
 - Procesul inflamator mereu este limitat la țesutul subcutanat
 - Se poate complica prin extinderea procesului inflamator spre os, articulație și tendoane
 - În majoritatea cazurilor procesul inflamator se localizează pe suprafața palmară a falangei distale
 - Diagnosticul se stabilește atunci când se dezvoltă fluctuația

534. CM. Cum se apreciază corect locul celei mai exprimate dureri, și respectiv, a localizării focarului purulent în caz de panarițiu subcutanat?
- Cu ajutorul sondei butonate
 - Prin palparea digitală
 - Cu vârful pensei
 - Prin mișcări active și pasive la nivelul degetului
 - Prin puncția cavității purulente cu un ac subțire
535. CS. Indicați metoda de anestezie utilizată cel mai frecvent în tratamentul chirurgical al panarițiului subcutanat.
- Locală infiltrativă
 - Locală tronculară după Oberst-Lukashevich
 - Generală intravenoasă cu miorelaxante
 - Generală inhalatorie cu miorelaxante
 - Anestezia nu se efectuează
536. CM. Care sunt regulile de drenare a focarului purulent în caz de panarițiu subcutanat?
- Se efectuează incizii paralele pe suprafața anterolaterală a falangei distale
 - Se excizează larg țesuturile inflamate și necrotizate ale suprafeței palmare a falangei distale
 - Inciziile nu se vor extinde spre plicile interfalangiene
 - Se efectuează incizii după Klapp (arcuate, în crosă, paralel marginei plăcii unghiale)
 - Toată placa unghială sau o parte din unghie necesită a fi înlăturată
537. CM. Ce afirmații caracterizează veridic panarițiul periunghial (paronihia)?
- Procesul poate căpăta o evoluție cronică
 - La compresiune de sub repliul periunghial se elimină puroi
 - Infecția se dezvoltă în urma traumatismului regiunii eponihiale și paronihiale
 - În regiunea cuticulei apare o durere moderată, tumefiere și hiperemie
 - Procesul purulent se poate extinde spre suprafața palmară a falangei distale sub formă de “clepsidră”
538. CS. Incizia după Klapp (în crosă, paralel marginei plăcii unghiale) se utilizează în tratamentul:
- Panarițiului cutanat
 - Panarițiului tendinos
 - Panarițiului periunghial
 - Panarițiului subunghial
 - Panarițiului osos
539. CM. Care sunt regulile de drenare a focarului purulent în caz de paronihie?
- Se efectuează incizii paralele pe suprafața anterolaterală a falangei distale
 - Se evacuează puroiul prin simpla compresiune pe repliul periunghial
 - În toate cazurile este necesară înlăturarea întregii plăci unghiale
 - Se efectuează incizii după Klapp (în crosă, paralel marginei plăcii unghiale)
 - Uneori este necesară rezecția plăcii unghiale
540. CM. Ce afirmații caracterizează veridic panarițiul tendinos?
- Panarițiul tendinos al degetului V se poate răspîndi spre spațiul celuloadipos profund al antebrațului
 - Degetul afectat se află în poziție forțată de semiflexie
 - Infecția pătrunde spre tendon prin fisuri tegumentare
 - Sindromul algic nu este exprimat
 - Panarițiul tendinos al degetului IV se poate răspîndi spre spațiul celuloadipos profund al antebrațului
541. CM. Indicați asocierea veridică a semnelor clasice descrise de către Kanavel în caz de panarițiu tendinos.
- Sensibilitate doloră de-a lungul tendonului flexorului
 - Durere intensă la cea mai mică tentativă de a realiza flexia pasivă a degetului
 - Edemul simetric al degetului afectat
 - Poziția forțată în semiflexie a degetului
 - Intensificarea bruscă a durerii la suspendarea mâinii în jos

542. CS. Ce incizii se efectuează în caz de panarițiu tendinos?
- Semilunare, pe falanga distală
 - Longitudinale, pe ambele suprafețe laterale ale falangei distale
 - Longitudinale, pe ambele suprafețe laterale ale falangei medii și bazale
 - Longitudinale, pe linia medie a suprafeței palmare a degetului, pe toată lungimea tecii sinoviale
 - Incizii multiple, transversale, pe toate falangele
543. CM. Care sunt regulile de drenare a focarului purulent în caz de panarițiu tendinos?
- Tecile sinoviale ale flexorilor se deschid prin incizii paralele, pe suprafața anterolaterală a falangei distale
 - Tecile sinoviale ale flexorilor se deschid prin incizii paralele, pe suprafața anterolaterală a degetului, la nivelul falangelor - distală, medie și proximală
 - Excizia tendonului flexorului reprezintă un component obligatoriu al intervenției chirurgicale primare
 - Excizia tendonului flexorului este necesară doar în cazul necrozei acestuia
 - Tecile sinoviale ale flexorilor se deschid prin incizii paralele pe suprafața anterolaterală a degetului la nivelul falangei medii și proximale
544. CM. Ce afirmații caracterizează just panarițiul osos?
- Poate căpăta evoluție cronică
 - Panarițiul degetului I și V se poate răspîndi spre spațiul celuloadipos profund al antebrățului
 - De regulă, reprezintă consecința tratamentului inoportun al panarițiului subcutanat
 - Infecția pătrunde în os prin fisuri cutanate
 - Se localizează tipic pe falanga distală
545. CM. Prezența sechestrelor osoase în caz de inflamație a degetelor mâinii se remarcă în:
- Panarițiul tendinos
 - Flegmonul comisural
 - Paronihie
 - Panarițiul osos
 - Pandactilită
546. CS. Modificările radiologice în cazul panarițiului osos apar:
- Peste o zi după debutul bolii
 - Peste 3-5 zile după debutul bolii
 - Peste 5-7 zile după debutul bolii
 - Peste 10-12 zile după debutul bolii
 - Peste 1,5-2 luni după debutul bolii
547. CM. Indicați componentele managementului complex al panarițiului osos.
- Antibioticoterapia cu preparate ce posedă un spectru larg de acțiune
 - Imobilizarea degetului afectat și a mâinii
 - Incizia și excizia fistulei purulente
 - Înlăturarea sechestrelor osoase
 - Panarițiul osos reprezintă o indicație absolută către amputarea degetului
548. CS. Intensificarea bruscă a durerii în timpul percuției de-a lungul axului degetului este îndeosebi caracteristică pentru:
- Panarițiul osos
 - Panarițiul tendinos (tenosinovita purulentă)
 - Panarițiul articular
 - Panarițiul subcutanat
 - Paronihie
549. CS. Prin termenul "pandactilită" se subînțelege:
- Inflamația purulentă a tuturor degetelor mâinii
 - Inflamația purulentă a tuturor degetelor plantei
 - Inflamația purulentă a tuturor țesuturilor a unui deget al mâinii
 - Inflamația purulentă a tuturor țesuturilor a unui deget al plantei

- e. Concreșterea tuturor degetelor mâinii sau a plantei
550. CS. Amputația impusă a degetului mai frecvent este necesară în:
- Panarițiul “în butonieră”
 - Panarițiul tendinos (tenosinovită)
 - Panarițiul articular
 - Panarițiul osos
 - Pandactilită
551. CS. În tratamentul chirurgical al panarițiului cu scop de drenare mai frecvent se utilizează:
- Drenajul tubular activ
 - Benzile de cauciuc confecționate din mănușa chirurgicală
 - Meșele înguste din tifon
 - Drenajul tubular cu lavaj
 - Drenajul de tip “cigarette” (“cigar”)
552. CM. Indicați formele anatomice ale flegmonului profund al suprafeței palmare a mâinii.
- Flegmonul spațiului mediopalmar
 - Flegmonul spațiului tenar
 - Flegmonul subcutanat
 - Flegmonul spațiului hipotenar
 - Flegmonul subaponeurotic
553. CM. Indicați formele anatomice ale flegmonului suprafeței dorsale a mâinii.
- Abcesul cutanat
 - Flegmonul spațiului mediopalmar
 - Flegmonul interfalangian (comisural)
 - Flegmonul subcutanat
 - Flegmonul subaponeurotic
554. CM. Indicați afirmațiile corecte referitoare la “zonele interzise” ale mâinii.
- “Zona interzisă” este amplasată pe suprafața palmară a tenarului
 - “Zona interzisă” este amplasată pe suprafața palmară a hipotenarului
 - “Zona interzisă” este amplasată pe suprafața dorsală a mâinii
 - Prin “zona interzisă” trec ramurile motorii ale nervului median
 - Prin “zona interzisă” trec ramurile senzitive ale nervului radial
555. CS. Drenajul transfixiant prin incizii mici pe suprafețele palmară și dorsală a mâinii în regiunea plicilor interdigitale se utilizează în tratamentul:
- Flegmonului tenarului
 - Flegmonului subcutanat al regiunii dorsale a mâinii
 - Flegmonului “în U” al mâinii
 - Flegmonului comisural al mâinii
 - Flegmonului hipotenarului
556. CM. Edemul regiunii dorsale a mâinii în caz de flegmon al suprafeței palmare:
- Este remarcat foarte rar
 - Este cauzat doar de eruperea puroiului spre regiunea dorsală a mâinii
 - Este remarcat în majoritatea cazurilor
 - Este condiționat de particularitățile drenajului limfatic
 - Apare precoce din cauza structurei laxe a țesutului subcutanat
557. CS. Prin ce este periculos deficitul ponderal la bolnavii chirurgicali?
- La acești bolnavi nu pot fi efectuate operații de volum mare
 - Deficitul ponderal nu reprezintă nici un pericol pentru bolnavii chirurgicali
 - La acești bolnavi nu este admisibilă reducerea ulterioară a masei corporale, legată cu intervenția chirurgicală
 - La acești bolnavi numărul de complicații postoperatorii și letalitatea sunt semnificativ mai mari
 - Deficitul ponderal reprezintă un factor favorabil, deoarece facilitează tehnica efectuării intervenției chirurgicale

558. CM. Care sunt cauzele principale ale deficitului ponderal la bolnavii chirurgicali?
- a) Întreruperea alimentării normale în timpul examinărilor preoperatorii
 - b) Însuși procesul patologic, de care suferă bolnavul
 - c) Administrarea antibioticelor, ce diminuează asimilarea substanțelor nutritive
 - d) Starea deprimată a bolnavilor și pierderea poftei de mâncare în așteptarea intervenției chirurgicale
 - e) Limitarea alimentației după operația chirurgicală
559. CM. Deficitul masei corporale la bolnavii canceroși este condiționat de:
- a) Deficitul proteic
 - b) Deficitul caloric
 - c) Deficitul de microelemente
 - d) Deficitul de lipide
 - e) Deficitul de vitamine
560. CM. Ce semne de deficit de nutriție pot fi observate la inspecția pielii pacientului?
- a) Reducerea elasticității (turgorului)
 - b) Vezicule cu lichid transparent
 - c) Erupții cutanate și descuamare
 - d) Hiperemie
 - e) Melanom malign
561. CM. Ce semne de deficit de nutriție pot fi depistate la examinarea extremităților pacientului?
- a) Slăbirea pulsului pe artere
 - b) Atrofia musculară și reducerea puterii musculare
 - c) Edem simetric al plantelor
 - d) Hiperemie
 - e) Doloritate la palpare
562. CS. Ce semne de deficit de nutriție pot fi observate la examinarea unghiilor pacientului?
- a) Unghie încarnată
 - b) Fragilitate și deformație
 - c) Aspectul de "sticlă de ceas"
 - d) Căderea unghiilor
 - e) Paronichia
563. CM. Ce semne de deficit de nutriție pot fi depistate la examinarea ochilor pacientului?
- a) Exoftalmie
 - b) Hematom subcornean
 - c) Cheratoconjunctivită
 - d) Dereglări de vedere (în răutățire)
 - e) Cataractă
564. CS. Ce semne de deficit de nutriție pot fi depistate la inspecția limbei bolnavului?
- a) Limba "geografică"
 - b) Leucoplachia limbei
 - c) Limba uscată cu depuneri murdare
 - d) Fisuri pe suprafața limbei
 - e) Culoarea roșie-aprinsă a limbei, cu papile accentuate (glosită)
565. CM. Ce date, predispozante către deficit nutrițional, pot fi observate în timpul inspecției abdomenului pacientului?
- a) Prezența colostomei
 - b) Fistula intestinală
 - c) Prezența herniei ventrale postoperatorii
 - d) Balonarea anselor intestinale
 - e) Tumori palpabile

566. CM. Indicați cele mai frecvente cauze clinice ale diminuării nivelului electroliților în sânge.
- Diareea pronunțată
 - Supradozajul cu diuretice
 - Excreția scăzută în urma dereglării funcției renale
 - Tumora stenozantă a colonului cu constipații cronice
 - Obezitatea (severă) morbidă
567. CS. Ce indice de laborator corelează cel mai precis cu nivelul deficitului proteic în organism?
- Albumina în sânge
 - Protrombina în sânge
 - Globulina în sânge
 - Proteina generală în sânge
 - Limfocitele în sânge
568. CM. Care dereglări imune sunt caracteristice pentru bolnavii cu deficit de nutriție?
- Hipersensibilitatea de tip retard (întârziată)
 - Scăderea numărului total (absolut) de limfocite în sânge
 - Hipersensibilitatea de tip anafilactic
 - Micșorarea conținutului procentual al limfocitelor în sânge
 - Micșorarea numărului total (absolut) de leucocite în sânge
569. CM. Ce metode de apreciere a stării de nutriție se referă la cele antropometrice?
- Calcularea numărului total (absolut) de limfocite
 - Evaluarea anamnezei dietetice
 - Calcularea coraportului grosimii plicii cutanate de-asupra mușchiului triceps și lungimea circumferinței mușchilor brațului
 - Calcularea deficitului masei corporale
 - Calcularea indexului masei corporale
570. CM. Pentru calcularea deficitului masei corporale a bolnavului pot fi utilizați următorii indici:
- Masa corporală insuficientă
 - Masa corporală obișnuită
 - Masa corporală la momentul examinării
 - Masa corporală dorită
 - Masa corporală ideală
571. CS. Calcularea indexului masei corporale a bolnavului se efectuează după următoarea formulă:
- % limfocitelor x numărul total de leucocite / 100
 - Masa (kg) / talia (m²)
 - Masa corporală la momentul examinării x 100 / masa corporală ideală
 - 48,1 kg la talia de 152 cm plus 1,1 kg la fiecare cm ce depășește 152 cm
 - Masa (g) / talia (cm²)
572. CS. Ce valori corespund masei normale conform indexului masei corporale?
- 18,5-24,9
 - 25,0-29,9
 - 30,0-34,9
 - 35,0-39,9
 - 40 și mai mare
573. CS. Ce valori corespund obezității morbide în conformitate cu indexul masei corporale?
- 18,5-24,9
 - 25,0-29,9
 - 30,0-34,9
 - 35,0-39,9
 - 40 și mai mult
574. CS. Modificarea grosimii plicii cutanate de-asupra mușchiului triceps este utilizată pentru evaluarea:

- a) Rezervelor de microelemente în organism
 - b) Rezervelor proteice în organism
 - c) Rezervelor de hidrocarburi în organism
 - d) Rezervelor de grăsimi în organism
 - e) Rezervelor de vitamine în organism
575. CS. Calcularea raportului grosimii plicii cutanate de-asupra mușchiului triceps la circumferința mușchilor brațului este utilizată pentru aprecierea:
- a) Rezervei microelementelor în organism
 - b) Rezervei proteinelor în organism
 - c) Rezervei glucidelor în organism
 - d) Rezervei lipidelor în organism
 - e) Rezervei vitaminelor în organism
576. CM. Ce metode de apreciere a necesității energetice a organismului uman există?
- a) Calcul calorimetric indirect (formula Weir)
 - b) Formula Harris-Benedict
 - c) Calcularea indicelui masei corporale
 - d) În funcție de concentrația albuminei plasmatice
 - e) Calcularea raportului grosimii plicii cutanate de-asupra mușchiului triceps către circumferința mușchilor brațului
577. CS. În care dintre condițiile enumerate consumul energetic este mai sporit?
- a) În operații programate necomplicate
 - b) În traumatismul asociat
 - c) În sepsisul chirurgical
 - d) În combustii extinse
 - e) La pacienții cu tumori maligne
578. CS. Pentru care bolnavi este indicată alimentarea enterală?
- a) Care au tract gastro-intestinal funcțional, însă nu se pot alimenta adecvat per/os
 - b) Care au fistulă a intestinului subțire
 - c) Care au ocluzie intestinală
 - d) Care au hemoragie gastro-intestinală
 - e) Care au diaree severă
579. CM. Pentru care bolnavi este contraindicată alimentarea enterală?
- a) Care au hemoragie gastro-intestinală
 - b) Care au diaree severă
 - c) Care au tract gastro-intestinal funcțional, însă nu se pot alimenta adecvat per/os
 - d) Care au fistulă a intestinului subțire
 - e) Care au ocluzie intestinală
580. CM. Ce metode de alimentare enterală există?
- a) Prin sondă nazogastrică
 - b) Prin gastrostomă
 - c) Prin sondă eso-gastrică Sengstaken-Blakemore
 - d) Prin sondă (tub) rectală
 - e) Prin cateter, plasat în vena subclaviculară
581. CS. Valoarea energetică a amestecului standard pentru alimentarea enterală constituie:
- a) 5 kcal/ml
 - b) 10 kcal/ml
 - c) 0,5 kcal/ml
 - d) 3 kcal/ml
 - e) 1 kcal/ml
582. CM. Ce tipuri de amestecuri pentru alimentarea enterală se disting?

- a) Amestecuri modulate
 - b) Amestecuri calorice
 - c) Amestecuri enterale standard balansate
 - d) Amestecuri alimentare naturale
 - e) Amestecuri modificate chimic
583. CS. Ce amestecuri nutritive pentru alimentarea enterală se prepară din produse obișnuite, ce sunt mărunțite și amestecate?
- a) Amestecurile alimentare naturale
 - b) Amestecurile modulate
 - c) Amestecurile enterale standard balansate
 - d) Amestecurile calorice
 - e) Amestecurile modificate chimic
584. CS. Ce amestecuri pentru alimentarea enterală sunt preparate pentru utilizarea în situații clinice specifice (insuficiența respiratorie, renală sau hepatică, dereglarea imunității)?
- a) Amestecurile modificate chimic
 - b) Amestecurile alimentare naturale
 - c) Amestecurile enterale standard balansate
 - d) Amestecurile calorice
 - e) Amestecurile modulate
585. CS. În care amestecuri nutritive pentru alimentarea enterală proteinele se conțin sub formă de aminoacizi?
- a) Amestecuri calorice
 - b) Amestecuri modificate chimic
 - c) Amestecuri enterale standard balansate
 - d) Amestecuri alimentare naturale
 - e) Amestecuri modulate
586. CM. Care sunt metodele de realizare a alimentării enterale?
- a) Continue
 - b) Parțială
 - c) Fracționată
 - d) Mecanică
 - e) Completă
587. CS. Cât de frecvent se recomandă administrarea amestecurilor nutritive în cazul realizării alimentației enterale fracționate?
- a) Peste fiecare oră
 - b) Peste fiecare 2 ore
 - c) Peste fiecare 4 ore
 - d) Peste fiecare 6 ore
 - e) Peste fiecare 8 ore
588. CM. Ce complicații sunt caracteristice pentru alimentarea enterală?
- a) Metabolice
 - b) Diareea
 - c) Mecanice
 - d) Infecțioase
 - e) Aspirația traheobronhială
589. CS. La care grupă de complicații se referă hiperglicemia în urma alimentării enterale?
- a) Mecanice
 - b) De laborator
 - c) Chimice
 - d) Infecțioase
 - e) Metabolice

590. CM. La care pacienți există cel mai mare risc de aspirație traheo-bronhială în timpul realizării alimentării enterale?
- a) La bolnavii cu patologia sistemului nervos central
 - b) La bolnavii cu diabet zaharat
 - c) La bolnavii sedați medicamentos
 - d) La bolnavii cu fistule intestinale înalte
 - e) Preponderent la bolnavii ce sunt alimentați prin metoda fracționată
591. CM. Pentru care bolnavi este indicată alimentarea parenterală?
- a) Ce au suportat rezecția vastă a intestinului subțire
 - b) Ce suferă de diabet zaharat
 - c) Aflați în perioada postoperatorie precoce după rezecția gastrică
 - d) Aflați în perioada postoperatorie precoce după hemoroidectomie
 - e) Aflați în stare de comă neurologică
592. CM. Pentru care pacienți este indicată alimentarea parenterală?
- a) Cei cu fistule enterale înalte
 - b) Cei cu patologia sistemului nervos central
 - c) Cei cu diaree severă și îndelungată
 - d) Cei cu ocluzie intestinală mecanică
 - e) Cei cu imunitate deprimată
593. CM. Care sunt tipurile de alimentare parenterală?
- a) Continue
 - b) Parțială
 - c) Fracționată
 - d) Mecanică
 - e) Totală
594. CM. Indicați componentele, care sunt parte constituantă a soluției pentru alimentare parenterală.
- a) Aminoacizi
 - b) Proteine
 - c) Emulsii lipidice
 - d) Zaharoza
 - e) Dextroza
595. CS. Cum se administrează soluțiile pentru alimentarea parenterală?
- a) Prin sonda nazogastrală
 - b) Prin gastrostomă
 - c) Intravenos
 - d) Intraarterial
 - e) Intramuscular
596. CM. Ce grupe de complicații ale alimentației parenterale totale se deosebesc?
- a) Mecanice
 - b) Chimice
 - c) Combinat
 - d) Metabolice
 - e) Infecțioase
597. CM. Ce complicații sunt tipice pentru obezitatea morbidă?
- a) Boala hipertonică
 - b) Diabetul tip II
 - c) Osteomielita
 - d) Afecțiunile articulațiilor
 - e) Litiază biliară
598. CM. Ce complicații sunt caracteristice pentru obezitatea morbidă?

- a) Distrofia lipidică a ficatului
 - b) Dereglări tromboembolice
 - c) Probleme de ordin psihosocial
 - d) Dereglări endocrine
 - e) Boala ulceroasă
599. CS. Indicați cea mai eficientă metodă de tratament a obezității morbide.
- a) Anastomoza intestinală (între porțiunea incipientă a jejunului și cea terminală a ileonului)
 - b) Introducerea balonului în stomac pentru micșorarea volumului acestuia
 - c) Diete restrictive
 - d) Gastroplastia orizontală și verticală
 - e) Anastomoza esofago-enterală
600. CS. În ce constă principiul general al operației de gastroplastie în tratamentul chirurgical al obezității morbide?
- a) Crearea anastomozei între porțiunea incipientă a jejunului și porțiunea terminală a ileonului
 - b) Introducerea pe cale endoscopică a unui balon special în stomac pentru micșorarea volumului acestuia
 - c) Indicarea unor diete restrictive speciale
 - d) Crearea „stomacului mic” (30-50 ml) în partea proximală și a unui canal îngust (1 cm) pentru pasajul alimentar
 - e) Crearea anastomozei între esofag și intestin cu excluderea stomacului din pasajul alimentar
601. CM. Semnele clinice locale ale plăgii sunt următoarele:
- a) Hemoragia
 - b) Doloritatea
 - c) Leziunea organelor interne
 - d) Dehiscentța marginilor plăgii
 - e) Șocul
602. CS. Din care motiv leziunea ficatului în caz de traumă abdominală închisă se consideră ruptură și nu plagă?
- a) Deoarece lipsește durerea
 - b) Deoarece lipsește dereglarea integrității tegumentelor
 - c) Deoarece lipsește anemia acută și șocul
 - d) Deoarece lipsește dereglarea funcției organului traumatizat
 - e) Deoarece lipsește hemoragia
603. CS. Care semn clinic de bază diferențiază plaga de contuzie?
- a) Prezența hemoragiei
 - b) Apare în urma acțiunii unui factor mecanic extern
 - c) Durerea în locul leziunii
 - d) Dereglarea funcției organului traumatizat
 - e) Prezența defectului tegumentelor
604. CS. Care este mecanismul de acțiune al agentului traumatizant în caz de fractură deschisă a extremității, când fragmentul osului fracturat lezează țesuturile moi?
- a) Extern
 - b) Intern
 - c) Combinat
 - d) Traumatic
 - e) Indirect
605. CM. Ce factori condiționează durerea într-o plagă?
- a) Acțiunea traumatică directă asupra receptorilor nervoși
 - b) Ischemia zonei traumatizate în urma trombozei vaselor sangvine mici
 - c) Paralizia receptorilor nervoși ca urmare a acidozei tisulare
 - d) Compresia receptorilor nervoși prin edem
 - e) Dezvoltarea rapidă a reacției inflamatorii locale

606. CM. Intensitatea durerii în plagă este în funcție de următorii factori:
- Rapiditatea producerii plăgii
 - Intensitatea hemoragiei
 - Numărul de receptori nervoși în țesuturile zonei lezate
 - Caracteristica obiectului traumatizant
 - Capacitatea răspunsului imun
607. CM. În care situații durerea în caz de producere a plăgii poate fi semnificativ mai redusă sau chiar poate absenta?
- În cazul efectuării operațiilor cu anestezie locală sau generală
 - În caz de producere a plăgii cu un obiect ascuțit, de exemplu cu bisturiul
 - La traumatizații în stare de șoc
 - La traumatizații în stare de ebrietate alcoolică
 - În caz de plagă, ce penetrează doar pînă la nivelul țesutului celuloadipos subcutanat
608. CM. Intensitatea hemoragiei din plagă este determinată de următorii factori:
- Starea hemodinamicii sistemice
 - Rapiditatea producerii leziunii
 - Adîncimea plăgii
 - Starea sistemului coagulant
 - Calibrul vasului lezat și tipul acestuia (arteră, venă)
609. CM. În care situații lezarea chiar și a vaselor de calibru mic se asociază cu hemoragie pronunțată și pune în pericol viața bolnavului?
- La bolnavii cu ciroză hepatică
 - La bolnavii cu hipotonie
 - La bolnavii cu hemofilie
 - La bolnavii ce primesc anticoagulante
 - La bolnavii în stare de ebrietate alcoolică severă
610. CM. De către care factori este determinat gradul de dehiscentă a marginilor plăgii?
- Timpul, scurs de la momentul traumei
 - Rapiditatea leziunii
 - Gradul de contaminare a obiectului vulnerant
 - Direcția plăgii în raport cu direcția liniilor elastice Langher
 - Dimensiunea și adîncimea plăgii
611. CM. De către care factori sunt determinate simptomele clinice generale în caz de plagă?
- Dragul de dehiscentă a marginilor plăgii
 - Caracterul obiectului vulnerant
 - Dezvoltarea procesului inflamator
 - Leziunea directă a receptorilor nervoși
 - Anemia și șocul
612. CM. Care plăgi se consideră premeditate?
- Criminale
 - Militare
 - Ocazionale
 - Industriale
 - Chirurgicale
613. CM. Ce plăgi se evidențiază în funcție de caracterul lezării țesuturilor?
- Tocată
 - Lacerată
 - Tăiată
 - Prin armă de foc
 - Ocazională
614. CM. Ce plăgi se deosebesc în funcție de caracterul lezării țesuturilor?

- a) Prin înțepare
 - b) Mușcată
 - c) Mixtă
 - d) Chirurgicală
 - e) Purulentă
615. CS. Ce tip de leziune nu se referă la clasificarea plăgilor după caracterul lezării țesuturilor?
- a) Industrială
 - b) Prin înțepare
 - c) Lacerată
 - d) Mușcată
 - e) Contuzionată
616. CS. La ce tip de plagă după caracterul lezării țesuturilor se referă incizia chirurgicală?
- a) La locul de muncă
 - b) Prin înțepare
 - c) Mixtă
 - d) Tăiată
 - e) Ocazională
617. CM. Indicați particularitățile clinice ale plăgilor prin înțepare.
- a) Dehiscentța marginilor plăgii este semnificativă
 - b) Pericol mare de lezare a structurilor interne
 - c) Dehiscentța marginilor plăgii nu este mare
 - d) Hemoragia externă nu este semnificativă
 - e) Apar după mușcături ale animalelor
618. CS. Care este mecanismul de apariție a plăgii lacerate?
- a) Apare la acțiunea unui obiect masiv ascuțit asupra țesuturilor
 - b) Apare la acțiunea unui obiect bont masiv asupra țesuturilor
 - c) Apare la lezarea transfixiantă prin armă de foc
 - d) Apare după mușcătura unui animal mare
 - e) Apare la acțiunea unui obiect îngust și ascuțit
619. CS. Indicați cel mai infectat tip de plagă.
- a) Tocată
 - b) Prin înțepare
 - c) Contuzionată
 - d) Tăiată
 - e) Mușcată
620. CM. Indicați particularitățile clinice ale plăgilor mușcate.
- a) Riscul infectării cu rabie
 - b) Pericolul dezvoltării infecției putride
 - c) Pericolul lezării organelor interne
 - d) Prezența a trei zone de lezare a țesuturilor
 - e) Zona lezării nu este mare
621. CM. Conform clasificării după gradul de infectare plăgile se clasifică în:
- a) Recent infectate
 - b) Aseptice
 - c) Necrotice
 - d) Putride
 - e) Purulente
622. CS. Ce plagă se consideră infectată?
- a) Plaga chirurgicală, atunci când în timpul operației este deschis intestinul
 - b) Orice plagă ocazională
 - c) Plaga, în care numărul microorganismelor într-un gram de țesut este mai mare de 10^3 (1.000)

- d) Plaga, în care există un proces purulent
e) Plaga, în care numărul microorganismelor într-un gram de țesut este mai mare de 10^5 (100.000)
623. CS. Se cunoaște, că procesul purulent în plagă se dezvoltă când concentrația microorganismelor este mai mare de:
a) 10^5 (100.000) pe un gram de țesut
b) 10^4 (10.000) pe un gram de țesut
c) 10^3 (1.000) pe un gram de țesut
d) 10^2 (100) pe un gram de țesut
e) 10^1 (10) pe un gram de țesut
624. CM. Ce factori contribuie la dezvoltarea infecției în plagă?
a) Prezența hematomului, a țesuturilor devitalizate în plagă
b) Scăderea reactivității organismului (anemia, șocul, imunodepresia, diabetul zaharat)
c) Dereglarea vascularizării zonei lezate
d) Nivelul înalt de contaminare bacteriană
e) Dehiscentța semnificativă a marginilor plăgii
625. CM. Care plăgi ale abdomenului se consideră penetrante?
a) Plaga cu lezarea pielii, țesutului adipos subcutanat, aponeurozei, peritoneului parietal și a intestinului
b) Plaga cu lezarea pielii și țesutului adipos subcutanat
c) Plaga cu lezarea pielii, țesutului adipos subcutanat și a aponeurozei
d) Plaga cu lezarea pielii, țesutului adipos subcutanat, aponeurozei și mușchilor peretelui abdominal anterior
e) Plaga cu lezarea pielii, țesutului adipos subcutanat, aponeurozei, mușchilor peretelui abdominal anterior și a peritoneului parietal
626. CM. Ce zone de traumare a țesuturilor se deosebesc în caz de plăgi prin armă de foc?
a) Zona necrozei traumatice primare
b) Zona edemului traumatic
c) Zona canalului plăgii
d) Zona de comotie moleculară
e) Zona necrozei terțiare
627. CS. Prin ce se caracterizează zona comotiei moleculare în caz de plăgi prin armă de foc?
a) Necroza traumatică, ce apare la acțiunea directă a energiei cinetice a glontului
b) Nimerirea și multiplicarea rapidă a infecției în canalul plăgii
c) Edemul neomogen al țesuturilor de-a lungul canalului plăgii
d) Dereglarea metabolismului tisular și distrugerea structurilor celulare
e) Caracterul anatomic complex al canalului plăgii prin armă de foc
628. CM. Ce particularități diferențiază plaga prin armă de foc?
a) Prezența a trei zone de traumare
b) Se vindecă prin intenție primară
c) Caracterul anatomic complex al canalului plăgii
d) Gradul înalt de infectare
e) Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii este finisată prin aplicarea suturilor
629. CM. Ce caracterizează plaga transfixiantă prin armă de foc?
a) Are doar orificiu de intrare
b) Doar o parte din energia cinetică a glontului trece în energia lezării țesuturilor organismului
c) Are și poartă de intrare și poartă de ieșire
d) Toată energia cinetică a glontului trece în energia lezării țesuturilor organismului
e) Este prezentă doar leziunea țesuturilor superficiale, fără penetrarea în profunzimea organismului
630. CM. Ce afirmații caracterizează veridic plaga oarbă prin armă de foc?
a) Este prezentă doar leziunea țesuturilor superficiale, fără penetrarea în profunzimea organismului
b) Este prezentă doar poarta de intrare
c) Este prezentă poarta de intrare și cea de ieșire
d) Toată energia cinetică a glontului trece în energia lezării țesuturilor organismului

- e) Doar o parte din energia cinetică a glontelui trece în energia lezării țesuturilor organismului
631. CM. Ce afirmații caracterizează just plaga tangențială prin armă de foc?
- a) Este prezentă doar leziunea țesuturilor superficiale, fără penetrarea în profunzimea organismului
 - b) Este prezentă doar poarta de intrare
 - c) Este prezentă și poarta de intrare și cea de ieșire
 - d) Toată energia cinetică a glontelui trece în energia lezării țesuturilor organismului
 - e) Nu este asociată cu lezarea organelor și a structurilor interne
632. CM. Se deosebesc următoarele faze ale procesului de plagă:
- a) Vindecării secundare
 - b) Formării și reorganizării cicatricei
 - c) Regenerării
 - d) Vindecării primare
 - e) Inflamației
633. CS. Ce fază a procesului de plagă include perioada modificărilor vasculare și perioada curățirii plăgii?
- a) Faza vindecării secundare
 - b) Faza formării și reorganizării cicatricei
 - c) Faza regenerării
 - d) Faza vindecării primare
 - e) Faza inflamației
634. CM. Ce perioade include faza inflamatorie a procesului de plagă?
- a) Perioada hidratării
 - b) Perioada recanalizării și creșterii vaselor
 - c) Perioada deshidratării
 - d) Perioada curățirii plăgii de țesuturi necrotice
 - e) Perioada dereglărilor vasculare
635. CS. Care este durata aproximativă a primei faze a procesului de plagă (faza inflamației)?
- a) 6-14 zile
 - b) 1-2 zile
 - c) Peste 1 lună
 - d) 1-5 zile
 - e) 14-21 zile
636. CS. Care dintre procesele enumerate nu se referă la prima fază a procesului de plagă (faza inflamației)?
- a) Spasmul vascular de scurtă durată, care este substituit cu vasodilatarea stabilă
 - b) Tromboza capilarelor și venulelor
 - c) Dezvoltarea acidozei tisulare
 - d) Formarea țesutului de granulație
 - e) Retenția apei și declanșarea edemului tisular
637. CM. Care dintre procesele enumerate nu se referă la prima perioadă (perioada modificărilor vasculare) a fazei de inflamație a procesului de plagă?
- a) Recanalizarea și creșterea vaselor
 - b) Edemul tisular
 - c) Fagocitoza
 - d) Modificarea permeabilității peretelui vascular
 - e) Migrarea leucocitară
638. CM. Care dintre procesele enumerate se referă la a doua perioadă (perioada curățirii plăgii de țesuturi necrotice) a fazei de inflamație a procesului de plagă?
- a) Recanalizarea și creșterea vaselor
 - b) Edemul tisular
 - c) Fagocitoza
 - d) Sinteza colagenului
 - e) Liza țesuturilor necrotice

639. CM. Care elemente celulare joacă rolul principal în prima fază a procesului de plagă (faza de inflamație)?
- Limfocitele
 - Fibroblaștii
 - Macrofağii
 - Leucocitele neutrofile
 - Eritrocitele
640. CS. Care este rolul leucocitelor neutrofile în prima fază a procesului de plagă (faza inflamației)?
- Fagocitoza microorganismelor și a maselor necrotice
 - Realizarea răspunsului imun
 - Eliberarea fermeților proteolitici
 - Sinteza colagenului
 - Eliberarea prostaglandinelor și interleukinelor
641. CS. Care este rolul macrofağilor în prima fază a procesului de plagă (faza inflamației)?
- Realizarea răspunsului imun
 - Restructurarea colagenului
 - Eliberarea fermeților proteolitici și fagocitoza maselor necrotice
 - Sinteza colagenului
 - Eliberarea prostaglandinelor și interleukinelor
642. CS. Care este rolul limfocitelor în prima fază a procesului de plagă (faza inflamației)?
- Fagocitoza microorganismelor și a maselor necrotice
 - Realizarea răspunsului imun
 - Eliberarea fermeților proteolitici
 - Sinteza colagenului
 - Eliberarea prostaglandinelor și interleukinelor
643. CM. Care dintre procesele enumerate se referă la faza a doua a procesului de plagă (faza regenerării)?
- Recanalizarea și creșterea vaselor sangvine
 - Tromboza capilarelor și venulelor
 - Dezvoltarea acidozei tisulare
 - Formarea țesutului de granulație
 - Sinteza colagenului
644. CS. Care elemente celulare joacă rolul principal în faza a doua a procesului de plagă (faza regenerării)?
- Limfocitele
 - Fibroblaștii
 - Macrofağii
 - Leucocitele neutrofile
 - Trombocitele
645. CS. Ce reprezintă prin sine țesutul granulant?
- Țesut epitelial, ce acoperă treptat defectul marginilor plăgii
 - Țesut cicatriceal dur
 - Țesut necrotic cu o concentrație înaltă a microorganismelor
 - Țesut conjunctiv fin cu capilare nou formate
 - Cheag dens în plagă, ce se formează în urma adeziei și agregării trombocitelor și trombozei capilarelor și venulelor
646. CM. Ce funcții fiziologice are țesutul granulant?
- Protecția plăgii de penetrarea microbiană
 - Realizarea hemostazei
 - Contribuie la restabilirea integrității dermului
 - Completarea defectului de plagă
 - Sechestrarea și detașarea țesutului necrotizat
647. CM. Ce este caracteristic pentru faza a treia a procesului de plagă (faza formării și reorganizării cicatricei)?

- a) Acidoza tisulară
 - b) Micșorarea activității fibroblaștilor
 - c) Fenomenul contracției plăgii
 - d) Restructurarea colagenului
 - e) Infiltrația leucocitară
648. CS. Fenomenul de contracție a plăgii în procesul de vindecare a acesteia se explică prin:
- a) Substituirea defectului de plagă prin țesut de granulație
 - b) Dispariția edemului (deshidratarea plăgii)
 - c) Restructurarea colagenului
 - d) Migrarea spre plagă a fibroblaștilor și sinteza fibrelor de colagen și a fibrelor elastice
 - e) Proliferarea rețelei capilare în plagă
649. CS. De unde începe epitelizarea plăgii?
- a) De la mijlocul plăgii
 - b) Din profunzimea plăgii
 - c) De la marginile plăgii
 - d) De la cea mai vascularizată zonă a plăgii
 - e) Uniform de pe toată suprafața
650. CM. Există următoarele tipuri de vindecare a plăgilor:
- a) Sub crustă
 - b) Regenerarea primară amînată
 - c) Regenerarea secundară
 - d) Regenerarea primară
 - e) Regenerarea secundară precoce
651. CM. Indicați condițiile, necesare pentru vindecarea plăgii prin intenție primară.
- a) Absența infecției în plagă
 - b) Poluarea (contaminarea) microbiană masivă a plăgii
 - c) Aderarea intimă a marginilor plăgii
 - d) Lipsa hematoamelor, corpurilor străini și a țesutului necrotic în plagă
 - e) Defect cutanat extins și cu aspect (formă) complex
652. CS. Vindecarea necomplicată a plăgii operatorii are loc:
- a) Sub crustă
 - b) Prin regenerare secundară
 - c) Prin regenerare primară
 - d) Prin regenerare secundară precoce
 - e) Prin regenerare primară amînată
653. CS. Care dintre plăgile enumerate nu se vindecă prin regenerare secundară?
- a) Plaga chirurgicală aseptică suturată
 - b) Plaga prin armă de foc
 - c) Plaga mușcată
 - d) Plaga purulentă
 - e) Plaga contuzionată
654. CS. Cum se produce de regulă vindecarea plăgilor superficiale?
- a) Prin regenerare secundară
 - b) Prin regenerare primară amînată
 - c) Sub crustă
 - d) Prin regenerare primară
 - e) Prin regenerare secundară precoce
655. CM. Care sunt complicațiile plăgii în prima fază a procesului de plagă (faza inflamației)?
- a) Șocul traumatic
 - b) Eventrația
 - c) Dehiscentța marginilor plăgii

- d) Formarea cicatricei keloide
 - e) Hemoragia
656. CS. La complicațiile locale ale plăgilor se referă:
- a) Șocul hemoragic
 - b) Șocul traumatic
 - c) Sepsisul
 - d) Supurația plăgii
 - e) Sindromul de intoxicație
657. CM. Care sunt complicațiile plăgilor în faza a treia a procesului de plagă (faza formării și reorganizării cicatricei)?
- a) Hemotoraxul
 - b) Eventrația
 - c) Cașexia
 - d) Sepsisul
 - e) Cicatricea keloidă
658. CM. Ce se referă la măsurile de prim ajutor în caz de plagă?
- a) Imobilizarea extremității lezate
 - b) Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - c) Aplicarea pansamentului aseptice pe plagă
 - d) Administrarea antibioticelor
 - e) Aplicarea garoului hemostatic
659. CM. În cazul plăgii tăiate a treimii inferioare a gambei cu hemoragie arterială externă primul ajutor medical trebuie să includă:
- a) Aplicarea pansamentului aseptice
 - b) Imobilizarea de transport
 - c) Administrarea remediilor analgetice
 - d) Aplicarea garoului în treimea medie a gambei
 - e) Aplicarea garoului pe coapsă
660. CM. Cum poate fi prevenită infectarea secundară a plăgii în timpul acordării primului ajutor?
- a) Prin administrarea antibioticelor
 - b) Prin aplicarea pansamentului aseptice
 - c) Prin prelucrarea pielii înconjurătoare cu un antiseptic
 - d) Prin drenarea plăgii cu o bandă de tifon cu soluție hipertonică
 - e) Prin spălarea plăgii
661. CS. Într-o plagă abdominală vastă cu eviscerarea organelor interne primul ajutor medical constă în:
- a) Administrarea antibioticelor
 - b) Aplicarea unui pansament aseptice larg
 - c) Prelucrarea marginilor plăgii cu o soluție antiseptică
 - d) Sutura urgentă a plăgii
 - e) Lavajul organelor eviscerate cu orice soluție antiseptică
662. CM. Indicați componentele de bază ale tratamentului plăgilor aseptice (operatorii).
- a) Prelucrarea chirurgicală primară precoce și adecvată
 - b) Analgezia adecvată
 - c) Profilaxia infecției secundare
 - d) Aplicarea suturilor secundare pe plagă
 - e) Aplicarea suturilor primare pe plagă
663. CS. În tratamentul plăgilor operatorii durerea este diminuată prin:
- a) Sterilizarea câmpului operator
 - b) Aplicarea suturilor
 - c) Drenarea plăgii
 - d) Administrarea antibioticelor

e) Anestezie

664. CS. În tratamentul plăgilor operatorii dehiscentă marginilor se înlătură prin:

- a) Efectuarea inciziei paralel cu liniile Langher
- b) Utilizarea bisturiului ascuțit și a foarfecei
- c) Aplicarea suturilor
- d) Utilizarea depărtătoarelor de plagă
- e) Efectuarea rapidă a intervenției

665. CM. Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii infectate include:

- a) Aplicarea cuarțului pe plagă
- b) Drenarea plăgii
- c) Excizia țesuturilor necrotizate
- d) Înlăturarea corpiilor străini din plagă
- e) Revizia plăgii

666. CS. La care etapă a prelucrării chirurgicale a plăgii este posibilă stabilirea caracterului penetrant sau nepenetrant într-o cavitate a corpului al leziunii?

- a) Incizia plăgii
- b) Revizia canalului plăgii
- c) Excizia marginilor și a pereților plăgii
- d) Excizia fundului plăgii
- e) Drenarea plăgii

667. CM. Care sunt variantele posibile de finisare a prelucrării chirurgicale primare a plăgii infectate?

- a) Acoperirea plăgii cu lambou cutanat liber perforat
- b) Plaga se lasă deschisă (nu se suturează)
- c) Suturarea ermetică a plăgii
- d) Suturarea plăgii cu amplasare de dren
- e) Acoperirea plăgii cu un lambou cutanat pe pedicul vascular cu utilizarea tehnicii vasculare

668. CM. În ce situații nu se recomandă aplicarea suturilor pe plagă după prelucrarea chirurgicală primară a acesteia?

- a) În coexistența la pacient a diabetului zaharat
- b) În cazul poluării masive a plăgii cu sol
- c) În cazul localizării plăgii pe plantă
- d) În cazul localizării plăgii pe suprafața dorsală a trunchiului
- e) În cazul prezenței la bolnav a unei patologii oncologice confirmate

669. CM. Ce tipuri de plăgi nu se vor supune prelucrării chirurgicale primare?

- a) Plăgile tăiate superficiale cu marginile drepte
- b) Plăgi limitate (mici) ale feței
- c) Plăgile localizate pe plantă
- d) Plăgile înțepate
- e) Plăgile infectate ocazional la bolnavii cu diabet zaharat

670. CM. Ce neajunsuri sunt caracteristice pentru vindecarea secundară a plăgii?

- a) Pierderi lichidiene, proteice și electrolitice
- b) Formarea cicatricei deformante
- c) Inhibiția dezvoltării țesutului granulant
- d) Asocierea frecventă a infecției anaerobe
- e) Durata lungă a procesului de vindecare

671. CS. Sutura primare pe plagă se aplică:

- a) Pînă la formarea țesutului cicatriceal
- b) După formarea țesutului cicatriceal
- c) După dezvoltarea țesutului granulant
- d) După curățarea plăgii de țesuturi necrotice
- e) Pînă la începutul formării țesutului granulant

672. CS. Suturele primare amânate se aplică pe plagă:
- a) Peste 5-6 zile după prelucrarea chirurgicală primară a plăgii, pînă la dezvoltarea țesutului de granulație
 - b) Imediat după prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - c) După dezvoltarea granulațiilor, însă pînă la dezvoltarea țesutului conjunctiv
 - d) După excizia țesutului de granulație ce s-a format în plagă
 - e) După dezvoltarea țesutului conjunctiv și a fenomenului de contracție a plăgii
673. CS. Suturele secundare precoce se aplică pe plagă:
- a) Pînă la începutul dezvoltării țesutului granulant
 - b) După prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - c) După dezvoltarea țesutului granulant, dar pînă la formarea țesutului cicatriceal
 - d) După excizia țesutului granulant ce s-a format în plagă
 - e) După dezvoltarea țesutului cicatriceal și fenomenul de contracție a plăgii
674. CS. Suturele secundare tardive se aplică pe plagă:
- a) Pînă la începutul dezvoltării țesutului granulant
 - b) După prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - c) După dezvoltarea granulațiilor, dar pînă la formarea țesutului cicatriceal
 - d) După prelucrarea chirurgicală secundară a plăgii
 - e) După dezvoltarea țesutului cicatriceal și fenomenul de contracție a plăgii
675. CS. Ce tip de sutură se aplică după prelucrarea chirurgicală primară a plăgii prin armă de foc?
- a) Sutură primară
 - b) Sutură primară amînată
 - c) Sutură secundară precoce
 - d) Sutură secundară tardivă
 - e) Suturi nu se aplică
676. CM. Indicați principiile prelucrării chirurgicale a plăgilor purulente.
- a) Suturi primare pe plagă nu se aplică
 - b) Se aplică suturi primare pe plagă
 - c) Excizia țesuturilor devitalizate
 - d) Excizia țesutului granulant
 - e) Drenarea plăgii cu meșe de tifon
677. CM. Indicați metodele fizice suplimentare de prelucrare a plăgilor purulente.
- a) Prelucrarea plăgii cu jet pulsatil
 - b) Utilizarea laserului chirurgical
 - c) Cavitația ultrasonică
 - d) Tratament în mediu abacterian dirijat
 - e) Prelucrarea chirurgicală secundară a plăgii
678. CM. Indicați preparatele, ce sunt recomandate pentru tratamentul plăgilor purulente în prima fază a procesului de plagă.
- a) Fermenți proteolitici
 - b) Unguente hidrosolubile
 - c) Unguente liposolubile
 - d) Soluția de clorhexidină
 - e) Unguente imunostimulante
679. CS. Ce scop urmărește aplicarea locală a pansamentelor cu soluție hipertonică (soluția de clorură de sodiu de 10%) în prima fază a procesului de plagă?
- a) Produce liza țesuturilor necrotizate
 - b) Accelerează drenarea exudatului din plagă
 - c) Protejează țesutul granulant de leziuni
 - d) Stimulează regenerarea
 - e) Acțiune antimicrobiană

680. CM. Ce avantaje are aplicarea locală a unguentelor hidrofiele, hidrosolubile pe bază de polietilenglucol (levosin, levomecol) în tratamentul plăgilor purulente?
- Durata efectului curativ este 20-24 ore, deaceia este suficient un singur pansament pe zi
 - Produc liza țesuturilor necrotizate și accelerează vindecarea plăgilor
 - Conțin antibiotice, ce pătrund ușor în plagă
 - Activitatea osmotică a acestora durează 4-8 ore
 - Activitatea osmotică a acestora este de 10-15 ori mai mare ca a soluției hipertonică
681. CS. Pentru liza mai rapidă și înlăturarea țesuturilor necrotice din plagă se utilizează:
- Antibiotice
 - Peroxid de hidrogen
 - Unguente hidrosolubile (levosin, levomecol)
 - Fermenți proteolitici
 - Acid boric
682. CM. Ce scopuri urmărește aplicarea locală a pansamentelor cu unguente în faza a doua a procesului de plagă?
- Protecția țesutului granulant de leziuni
 - Stimularea creșterii granulațiilor
 - Produce liza țesuturilor devitalizate
 - Accelerează drenarea exudatului din plagă
 - Diminuarea sindromului dolo local
683. CM. Indicați preparatele ce sunt recomandate pentru tratamentul plăgilor purulente în faza a doua a procesului de plagă.
- Fermenți proteolitici
 - Unguente hidrosolubile
 - Unguente liposolubile
 - Alcool etilic
 - Unguent de solcoseril și actovegin
684. CS. Pentru tratamentul local al plăgii cu țesut granulant deja format de regulă se utilizează:
- Pansamente cu soluții hipertonică ale clorurii de sodiu
 - Pansamente cu unguente
 - Pansamente cu antibiotice
 - Fermenți proteolitici
 - Pansamente cu peroxid de hidrogen
685. CM. La apariția semnelor de supurație a plăgii este necesară:
- Aplicarea pungii cu gheață pe plagă
 - Înlăturarea suturilor de pe plagă
 - Revizia plăgii
 - Drenarea plăgii cu o meșă îmbibată cu soluție hipertonică de clorură de sodiu
 - Aplicarea suturilor suplimentare pe plagă
686. CM. La deformațiile dobândite ale cutiei toracice se referă:
- Toracele emfizematos
 - Toracele paralic
 - Toracele scafoid
 - Toracele în carenă
 - Toracele infundibuliform
687. CM. La deformațiile congenitale ale cutiei toracice se referă:
- Toracele în carenă
 - Toracele infundibuliform
 - Toracele emfizematos
 - Sindromul Poland
 - Toracele paralic

688. CS. Cea mai frecventă deformație congenitală a cutiei toracice este:
- Toracele în carenă
 - Toracele scafoid
 - Toracele infundibuliform
 - Sindromul Poland
 - Fisura sternului
689. CM. Prin ce se caracterizează toracele infundibuliform?
- Devierea spre posterior a corpului sternal cu formarea unei depresiuni
 - Centrul depresiunii se află la nivelul conexiunii sternului cu apendicele xifoid
 - Deformarea sub formă de proeminență a sternului
 - Lipsa concreșterii în porțiunea superioară a sternului, în formă de "V"
 - Lipsa unilaterală a glandei mamare și a areolei
690. CS. De regulă, centrul excavației în caz de torace infundibuliform se află la nivelul:
- Joncțiunii sternului cu xifoidul
 - Treimii superioare a sternului
 - Manubriului sternal
 - Apendicelui xifoid
 - Treimii medii a sternului
691. CM. Care sunt acuzele unui bolnav cu torace infundibuliform?
- Defect cosmetic
 - Dureri în torace
 - Tuse
 - Dispnee
 - Aritmii
692. CS. Severitatea simptomaticei la un pacient cu torace infundibuliform este determinată de:
- Distanța între stern și xifoid
 - Unghiul dintre stern și xifoid
 - Nivelul asimetriei cu înfundarea relativ pronunțată a cartilajelor costale din dreapta și rotirea sternului spre dreapta
 - Distanța între stern și coloana vertebrală
 - Lungimea excavației în centimetri
693. CM. Ce afirmații caracterizează veridic toracele în carenă?
- Devierea corpului sternal spre posterior cu formarea unei depresiuni
 - Mai frecvent, nu se asociază cu careva simptomatice
 - Deformarea sternului sub formă de proeminență
 - Se asociază cu durere în torace, dispnee și fatigabilitate precoce
 - Atrofia cutiei toracice cu clavicule și scapule poziționate asimetric
694. CS. La examenul lateral (din profil) al bolnavului cu torace în carenă locul de maximă proeminență se determină:
- Superior de nivelul mameloanelor
 - Inferior de nivelul mameloanelor
 - La nivelul manubriului sternal
 - La nivelul coastei a doua
 - La nivelul conexiunii sternului cu xifoid
695. CS. Care sunt acuzele bolnavului cu torace în carenă?
- Dispnea
 - Durerea în regiunea cutiei toracice
 - Dereglări de nutriție
 - Defectul cosmetic
 - Oboseala precoce

696. CM. Ce forme de fisuri a sternului se disting?
- Fisură sternală superioară
 - Fisură sternală medie
 - Fisură sternală inferioară
 - Fisură sternală completă
 - Fisură sternală marginală
697. CS. În fisura sternală superioară:
- Se determină neconcreșterea completă a sternului pe toată lungimea acestuia, cu diastaza mare între margini în treimea superioară
 - Neconcreșterea are forma literei V și se răspîndește inferior pînă la nivelul confluenței sternului cu apendicele xifoid
 - Neconcreșterea are forma literei U și afectează doar manubriul sternal
 - Neconcreșterea are forma literei U sau V și se răspîndește inferior pînă la nivelul coastei a 4-a
 - Se determină deformarea și excavarea cartilajelor sterno-costale
698. CM. Prin ce se manifestă sindromul Poland?
- Lipsa sau hipoplazia bilaterală a mușchilor pectorali mare și mic
 - Absența sau hipoplazia unilaterală a mușchilor pectorali mare și mic
 - Hipoplazia unilaterală a țesutului celulo-adipos subcutanat
 - Absența unilaterală parțială a cartilajelor costale
 - Hipoplazia unilaterală a glandei mamare și a areolei
699. CS. Ce reprezintă sindromul Poland?
- Defectul sub forma literei V a sternului ce se extinde inferior, aproximativ pînă la nivelul coastei a 4-a
 - Deformarea congenitală proeminentă asimetrică a sternului și cartilajelor costale
 - Hipoplazia congenitală unilaterală a mușchilor pectorali, țesutului celulo-adipos subcutanat și a glandei mamare
 - Excavarea dobîndită a porțiunii superioare și medii a sternului, apărută ca urmare a siringomieliei
 - Devierea congenitală spre posterior a corpului sternal cu formarea excavației și asimetria cutiei toracice
700. CS. Prin ce se caracterizează sindromul Poland?
- Absența congenitală unilaterală a coastelor și mușchilor pectorali
 - Hipoplazia congenitală bilaterală a mușchilor pectorali, țesutului celulo-adipos subcutanat și a sternului
 - Atofia congenitală unilaterală a cutiei toracice cu amplasarea asimetrică a claviculelor și omoplaților
 - Lipsa congenitală unilaterală a glandei mamare și a areolei la femei
 - Hipoplazia congenitală unilaterală a mușchilor pectorali, țesutului celulo-adipos subcutanat și a glandei mamare
701. CM. Ce este caracteristic pentru toracele “în butoi”?
- Îngustarea spațiilor intercostale
 - Participarea musculaturii cervicale în actul de respirație
 - Se întîlnește la bolnavii cu cașexie
 - Dilatarea spațiilor intercostale
 - Se întîlnește la persoanele cu obezitate
702. CM. Ce patologii pulmonare conduc spre dezvoltarea cutiei toracice “în butoi”?
- Cancerul pulmonar
 - Bronșita cronică
 - Pneumonia
 - Pneumoscleroza
 - Tuberculoza pulmonară
703. CM. Ce este caracteristic pentru toracele paralic?
- Se întîlnește la persoanele cu obezitate
 - Se întîlnește la bolnavii cu tuberculoză pulmonară
 - Se întîlnește la bolnavii cu cașexie
 - Claviculele și omoplații se dispun asimetric

e) Se apreciază atrofia cutiei toracice

704. CS. Toracele emfizematos are aspect:

- a) De butoi
- b) Cilindric
- c) De carenă
- d) Scafoid
- e) Infundibuliform

705. CS. Cum se efectuează examenul bolnavului pentru aprecierea lordozei și cifozei coloanei vertebrale?

- a) Poziția pacientului - ortostatism, medicul se află din spate
- b) Poziția pacientului - ortostatism, medicul se află din lateral
- c) Poziția pacientului - ortostatism cu flexie spre anterior, medicul se află din spate
- d) Poziția pacientului - decubit ventral, medicul se află din dreapta
- e) Poziția pacientului - decubit lateral, medicul se află din dreapta

706. CS. Curbura coloanei vertebrale spre anterior se numește:

- a) Cifoză
- b) Lordoză
- c) Cifoscolioză
- d) Scolioză
- e) Gheb (gibbus)

707. CS. Curbura coloanei vertebrale spre posterior se numește:

- a) Cifoză
- b) Lordoză
- c) Cifoscolioză
- d) Scolioză
- e) Anchiloză

708. CM. Indicați curburile fiziologice ale coloanei vertebrale:

- a) Cifoza cervicală
- b) Lordoza toracică
- c) Lordoza lombară
- d) Cifoza toracică
- e) Lordoza cervicală

709. CM. Indicați deformațiile patologice în plan antero-posterior ale coloanei vertebrale.

- a) Scolioza
- b) Lordoza lombară
- c) Ghebul (gibbus)
- d) Hipercifoza toracică
- e) Spatele plat – dorsum platum

710. CS. Aplatisarea axului normal al coloanei vertebrale (dorsum platum) se dezvoltă ca urmare a:

- a) Măririi volumului abdomenului în timpul sarcinei sau a obezității, ca mecanism compensator
- b) Osteoporozei, ce se dezvoltă cu vârsta
- c) Proeminării unei sau a câtorva vertebre în cazul afectării tuberculoase a acestora
- d) Rotirii vertebrelor una față de alta
- e) Spasmului muscular în caz de hernie de disc

711. CS. Hiperlordoza curburii lombare a coloanei vertebrale se dezvoltă ca urmare a:

- a) Osteoporozei, ce se dezvoltă cu vârsta
- b) Măririi volumului abdomenului în timpul sarcinei sau a obezității, ca mecanism compensator
- c) Spasmului muscular în caz de hernie de disc
- d) Rotirii vertebrelor una față de alta
- e) Proeminării unei sau a câtorva vertebre în cazul afectării tuberculoase a acestora

712. CS. Hipercifoza regiunii toracice a coloanei vertebrale se dezvoltă ca urmare a:
- Rotirii vertebrelor una față de alta
 - Proeminării unei sau a câtorva vertebre în cazul afectării tuberculoase a acestora
 - Spasmului muscular în caz de hernie de disc
 - Osteoporozei, se dezvoltă cu vârsta și preponderent la femei
 - Măririi volumului abdomenului în timpul sarcinei sau a obezității, ca mecanism compensator
713. CS. Ce reprezintă ghibozitatea?
- Proeminența unei sau câtorva vertebre
 - Rotirea vertebrelor una față de alta
 - Aplatisarea axului normal al coloanei vertebrale în caz de hernie de disc
 - Curbura pronunțată a regiunii toracice a coloanei vertebrale ca urmare a osteoporozei
 - Accentuarea lordozei lombare normale
714. CM. Care sunt cauzele de bază ale dezvoltării ghibozității?
- Spasmul muscular în cazul herniei de disc
 - Supportarea fracturilor de corpuri vertebrale
 - Afectarea metastatică a vertebrelor
 - Spondilita tuberculoasă
 - Osteoporoza coloanei vertebrale
715. CM. Indicați punctele de reper, ce se determină la inspecția din posterior a bolnavului cu patologia coloanei vertebrale.
- La nivelul unghiurilor inferioare ale omoplaților se află apofiza spinală a vertebrei toracice VII
 - La nivelul marginilor superioare ale omoplaților se află apofiza spinală a vertebrei cervicale VII
 - Linia, trasată între cristele oaselor iliace, trece prin vertebra lombară II
 - Linia, trasată între cristele oaselor iliace, trece prin vertebra lombară IV
 - La nivelul marginilor superioare ale omoplaților se află apofiza spinală a vertebrei toracice III
716. CS. Cum se numește deformarea laterală a coloanei vertebrale?
- Anchiloză
 - Scolioză
 - Cifoză
 - Lordoză
 - Cifoscolioză
717. CM. Cum se examinează bolnavul pentru aprecierea scoliozei?
- Poziția pacientului - ortostatism, medicul se află din spate
 - Poziția pacientului - ortostatism, medicul se află din lateral
 - Poziția pacientului - ortostatism cu flexie anterioară, medicul se află din spate
 - Poziția pacientului - decubit ventral, medicul se află din dreapta
 - Poziția pacientului - decubit lateral, medicul se află din dreapta
718. CM. Ce este caracteristic pentru înclinația (devierea) laterală a coloanei vertebrale ca urmare a spasmului muscular?
- Linia verticală, trasată de la apofiza spinală a vertebrei toracice I, trece prin plica interfesieră
 - Linia verticală, trasată de la apofiza spinală a vertebrei toracice I, trece lateral de plica interfesieră
 - Apare în hernia de disc intervertebral
 - Apare în cazul scurtării unui membru inferior
 - Se întilnește de regulă la copii
719. CS. Care sunt cauzele dezvoltării scoliozei structurale?
- Scurtarea unui membru
 - Fractura prin compresie a coloanei vertebrale
 - Carența vitaminei D în copilărie
 - Hernia de disc intervertebral
 - Neuralgia intercostală

720. CS. Care este cauza cea mai frecventă de dezvoltare a scoliozei funcționale?
- Afectarea tuberculoasă a coloanei vertebrale
 - Carența vitaminei D în copilărie
 - Scurtarea unui membru
 - Afectarea metastatică a coloanei vertebrale
 - Hernia de disc intervertebral
721. CM. Pentru scolioza structurală este caracteristică:
- Rotația vertebrelor cu deformarea cutiei toracice
 - La flexia anterioară a trunchiului scolioza dispare
 - Scolioza este mai evidentă în timpul flexiei anterioare a trunchiului
 - Reprezintă o măsură compensatorie în cazul scurtării unilaterale a membrului inferior
 - Dacă scurtarea membrului inferior este corijată (ortopedic) atunci scolioza dispare
722. CM. Pentru scolioza funcțională este caracteristică:
- Rotația vertebrelor cu deformarea cutiei toracice
 - La flexia trunchiului spre anterior scolioza dispare
 - Scolioza este mai evidentă la flexia anterioară a trunchiului
 - Reprezintă o măsură compensatorie în cazul scurtării unilaterale a membrului inferior
 - Dacă scurtarea membrului inferior este corijată (ortopedic), atunci scolioza dispare
723. CS. Palparea coloanei vertebrale se efectuează cu:
- Palma
 - Degetul mare
 - Degetul indicator
 - Patru degete ale mâinii strânse împreună
 - Pumnul
724. CM. Indicați unii factori de risc în dezvoltarea cancerului mamar la femei.
- Menopauza tardivă
 - Lipsa gravidităților
 - Disfuncția sau patologia sferei ginecologice
 - Vârsta înaintată
 - Prezența tumorii glandei mamare la mamă sau soră
725. CM. La anomaliile congenitale ale glandei mamare se referă:
- Amastia
 - Atelia
 - Polimastia
 - Ginecomastia
 - Mastopatia
726. CM. Către patologiile inflamatorii ale glandei mamare se referă:
- Mastita acută nelactogenă
 - Papilomul intraductal
 - Tuberculoza mamară
 - Sifilisul mamar
 - Mastopatia (Boala Reclus)
727. CM. Către afecțiunile dishormonale ale glandei mamare se referă:
- Glanda mamară accesorie (aberantă)
 - Mastopatia
 - Politelia
 - Mastita puerperală
 - Ginecomastia
728. CM. Ce patologii se referă la anomaliile de dezvoltare a glandei mamare?
- Boala Reclus

- b) Politelia, atelia
- c) Polimastia, amastia
- d) Gigantomastia
- e) Glanda mamară aberantă

729. CM. Prin ce se caracterizează politelia?

- a) Este dispusă mai des în regiunea axilară
- b) Se mărește în timpul lactației
- c) Tesutul glandular lipsește
- d) Este dispusă de-a lungul liniei "lactate"
- e) Prezența mameloanelor și areolelor multiple (suplimentare)

730. CM. Prin ce se caracterizează glanda mamară aberantă (accesorie)?

- a) Mai des e dispusă în regiunea axilară
- b) Se mărește în timpul lactației
- c) Țesutul glandular lipsește
- d) Conține țesut glandular funcțional
- e) Este dispusă de-a lungul liniei "lactate"

731. CM. Inspecția glandei mamare se efectuează în următoarele poziții ale pacientei:

- a) Decubit dorsal, cu membrele superioare ridicate
- b) Lateral față de medic, cu membrele superioare coborâte de-a lungul corpului
- c) Cu fața spre medic, cu membrele superioare pe coapse
- d) Cu fața spre medic, cu membrele superioare coborâte de-a lungul corpului
- e) Cu fața spre medic, cu membrele superioare elevate

732. CS. Când trebuie efectuat controlul profilactic al glandelor mamare?

- a) Înainte de începutul menstruației
- b) Pe parcursul a 1-2 săptămâni după finisarea menstruației
- c) În timpul menstruației
- d) Cu 1 săptămână înainte de începutul menstruației
- e) Cele enumerate nu sunt luate în considerație

733. CS. Succesivitatea corectă în timpul inspecției glandelor mamare este următoarea:

- a) Inițial bolnava este examinată în poziția pe șezute cu mâinile ridicate în sus, ulterior – cu mâinile lăsate în jos de-a lungul corpului, apoi – cu mâinile pe coapse
- b) Inițial bolnava este examinată în poziția pe șezute, cu mâinile pe coapse, apoi – cu mâinile elevate, ulterior – cu mâinile lăsate în jos de-a lungul corpului
- c) Inițial bolnava este examinată pe șezute, cu mâinile lăsate în jos de-a lungul corpului, apoi – cu mâinile elevate, ulterior – cu mâinile pe coapse
- d) Inițial bolnava este examinată pe șezute, cu mâinile pe coapse, apoi – cu mâinile elevate, ulterior – cu mâinile lăsate în jos de-a lungul corpului
- e) Inițial bolnava este examinată în decubit dorsal, cu mâinile lăsate în jos de-a lungul corpului, apoi – cu mâinile elevate, ulterior – cu mâinile pe coapse

734. CM. Care este scopul examinării glandei mamare în poziția pe șezute a pacientei, cu mâinile pe coapse (pe brîu)?

- a) Atunci cînd fibroza tumorală implică fascia pectorală, apar simptomele de retracție
- b) Sprijinul mâinilor la nivelul coapselor (brîului) va evidenția mărirea ganglionilor limfatici regionali
- c) Sprijinul mâinilor la nivelul coapselor (brîului) induce încordarea mușchilor pectorali
- d) Sprijinul mâinilor la nivelul coapselor (brîului) provoacă imobilitatea tumorii față de piele
- e) Atunci cînd tumoarea concrește în ducturile lactogene apar eliminări hemoragice din mamelon

735. CM. Care manifestări clinice pot fi determinate la inspecția glandei mamare?

- a) Simptomul Kőnig
- b) Simptomul "coaiei de portocală"
- c) Erupții sau exulcerații ale mameloanelor și areolelor
- d) Retracția pielii sau a mamelonului

e) Culoarea pielii

736. CM. În care patologii la inspecție se remarcă hiperemia pielii glandei mamare?

- a) Mastita acută
- b) Forma mastitică a cancerului mamar
- c) Mastopatia
- d) Boala Paget
- e) Fibroadenomul mamar

737. CM. La inspecția glandei mamare, afectate de un proces inflamator, se determină:

- a) Mărirea glandei mamare în volum
- b) Hiperemia pielii
- c) Cianoza pielii
- d) Îngroșarea locală a pielii
- e) Retractiva mamelonului

738. CM. La simptomele de "retracție" în caz de tumori ale glandei mamare se referă:

- a) Aplatisarea unilaterală a conturului glandei mamare
- b) Depresiunea locală a pielii
- c) Umbilicarea unilaterală a mamelonului
- d) Umbilicarea bilaterală a mameloanelor
- e) Prolabarea (proeminența) unilaterală a pielii

739. CS. Umbilicarea unilaterală a mamelonului de regulă reprezintă un semn al:

- a) Cancerului glandei mamare
- b) Anomaliei congenitale
- c) Mastitei acute lactogene
- d) Fibroadenomului de glandă mamară
- e) Papilomei intraductale

740. CM. Pentru afectarea canceroasă a glandei mamare sunt caracteristice:

- a) Simptomul "coajei de portocală"
- b) Eliminările hemoragice din mamelon
- c) Fluctuația
- d) Retractiva pielii sau a mamelonului
- e) Eliminările seroase din mamelon

741. CS. Ce patologie trebuie suspectată, dacă pielea areolei și a mamelonului este acoperită de erozii și cruste cu eliminări nesemnificative?

- a) Sindromul Poland
- b) Boala Paget
- c) Mastita acută lactogenă
- d) Boala Reclus
- e) Galactorea nonpuierperală

742. CM. Mastita postpartum se mai numește:

- a) Maternă
- b) Nonpuierperală
- c) Lactogenă
- d) Puierperală
- e) Secundară

743. CS. În poziția bolnavei în decubit dorsal cu mâinile ridicate în sus se efectuează palparea glandei mamare cu toate degetele, prin mișcări circulare atente, apăsând țesutul glandular spre peretele toracic. Această metodă se numește:

- a) Primul moment al simptomului König
- b) Al doilea moment al simptomului König
- c) Metoda Velpeau

- d) Metoda Desault
- e) Al doilea moment al metodei Velpeau

744. CM. Palparea glandei mamare prin metoda Velpeau se efectuează după următoarele reguli:

- a) Bolnava se află pe șezute sau în ortostatism cu mâinile lăsate în jos de-a lungul corpului
- b) Palparea se efectuează cu toate degetele mâinii
- c) Bolnava se află în decubit dorsal cu membrele superioare elevate
- d) Țesutul glandular se comprimă între două mâini, ceea ce facilitează depistarea indurațiilor
- e) Palparea se efectuează prin mișcări circulare apăsând țesutul glandular către peretele toracic

745. CM. Care este scopul palpării glandelor mamare?

- a) Depistarea simptomului "coajei de portocală"
- b) Depistarea durerii
- c) Aprecierea consistenței țesuturilor
- d) Identificarea formațiunilor de volum
- e) Identificarea hiperemiei cutanate

746. CM. Care este scopul palpării glandelor mamare?

- a) Identificarea dimensiunilor și simetriei glandelor mamare
- b) Identificarea simptomului "corjii de portocală"
- c) Aprecierea consistenței țesutului
- d) Identificarea dereglării conturului glandular
- e) Identificarea formațiunilor subareolare

747. CS. Ce semn patologic poate fi stabilit și la inspecția și la palparea glandei mamare?

- a) Mobilitatea formațiunii de volum
- b) Afectarea eczematoasă a areolei
- c) Retracția pielii
- d) Aplatisarea conturului glandei
- e) Dereglarea consistenței normale a țesutului

748. CM. Indicați sinonimele "mastopatiei".

- a) Boala chistică
- b) Mastodinia
- c) Boala Schimmelbuch
- d) Boala Reclus
- e) Boala Paget

749. CM. Tabloul clinic al mastopatiei include următoarele semne:

- a) Procesul este localizat mai des în porțiunile externe ale glandei
- b) La palpare se determină consistența granulară a glandei
- c) Durerea în regiunea glandei mamare are un caracter ondulator, amplificându-se cu 5-7 zile înainte de debutul menstruației
- d) Durerea în regiunea glandei mamare are caracter continuu și dispare doar în timpul menstruației
- e) La palpare se determină multiple formațiuni lichidiene ce confluează între ele

750. CM. În caz de mastopatie în glanda mamară are loc:

- a) Dezvoltarea țesutului cicatriceal cu deformarea conturului glandei
- b) Reacția inflamatorie a țesuturilor, ce are caracter continuu progresant
- c) Producerea secretului lactic ce stagnează în ducturile galactofore
- d) Proliferarea țesutului conjunctiv dur sub formă de cordoane
- e) Apariția chisturilor, umplute cu lichid transparent

751. CS. Cum se numește simptomul în caz de mastopatie, atunci când indurația glandei mamare apreciată palpator în poziția verticală a bolnavei dispare la palparea în poziție orizontală?

- a) Simptomul Velpeau
- b) Simptomul König
- c) Simptomul Paget
- d) Simptomul Schimmelbuch

e) Simptomul Reclus

752. CS. Cum se numesc porțiunile în care este divizată convențional glanda mamară?

- a) Regiuni
- b) Sectoare
- c) Zone
- d) Cvadrante
- e) Compartimente

753. CM. Ce caracteristici sunt obligatorii în descrierea formațiunii de volum a glandei mamare?

- a) Porii cutanați pronunțați
- b) Forma
- c) Doloritatea
- d) Numărul formațiunilor
- e) Delimitarea de la țesuturile adiacente

754. CM. Ce caracteristici sunt obligatorii la descrierea formațiunii de volum a glandei mamare?

- a) Localizarea
- b) Consistența
- c) Mobilitatea
- d) Defectul de umplere
- e) Dimensiunile în centimetri

755. CS. Tumoarea glandei mamare concrește în coaste și mușchii intercostali dacă la palpare:

- a) Formațiunea este mobilă față de țesuturile adiacente, dar imobilă în raport cu pielea
- b) Formațiunea mobilă devine fixată, atunci când bolnava este examinată cu mâinile pe coapse (la brîu)
- c) Formațiunea este mobilă la palpare atît în poziția orizontală cît și în cea verticală a pacientei
- d) Formațiunea rămîne imobilă chiar și în timpul relaxării mușchilor pectorali
- e) Devin mai evidente simptomele de retracție a pielii

756. CS. Tumoarea glandei mamare concrește în fascia toracică dacă la palpare:

- a) Formațiunea este mobilă față de țesuturile adiacente, dar imobilă în raport cu pielea
- b) Formațiunea mobilă devine fixată, atunci când bolnava este examinată cu mâinile pe coapse (la brîu)
- c) Formațiunea este mobilă la palpare atît în poziția orizontală cît și în cea verticală a pacientei
- d) Formațiunea rămîne imobilă chiar și în timpul relaxării mușchilor pectorali
- e) Devin mai evidente simptomele de retracție a pielii

757. CS. Palparea glandei mamare permite uneori identificarea unei formațiuni cu localizare tipică nemijlocit sub areolă, ce este denumită:

- a) Fibroadenom benign
- b) Adenocarcinom
- c) Mastopatie fibro-chistică
- d) Boala Paget
- e) Papiloma intraductală

758. CM. Galactorea nonpuierperală se caracterizează prin următoarele manifestări:

- a) Corelează cu dereglările hormonale
- b) Dilatarea chistică a ducturilor galactofore cu reacție inflamatorie adiacentă
- c) Eliminări de lapte din mameloane, persistente un timp îndelungat după lactația normală
- d) Reprezintă o patologie malignă
- e) Eliminări de lapte din mameloane, ce nu sunt legate de sarcină și lactație

759. CM. În cazul prezenței eliminărilor hemoragice din mameloane trebuie suspectate:

- a) Forma gangrenoasă a mastitei
- b) Papiloma intraductală
- c) Tumoarea malignă
- d) Fibroadenomul benign
- e) Mastopatia fibro-chistică

760. CS. În prezența eliminărilor purulente din mamelon se va suspecta:
- Mastita acută
 - Papilomul intraductal
 - Forma mastitică a cancerului mamar
 - Tuberculoza glandei mamare
 - Mastopatia fibro-chistică
761. CS. Ganglionii limfatici axilari centrali sunt localizați:
- De-a lungul marginii laterale a omoplatului, fiind dispuși în profunzimea mușchilor plicii axilare posterioare
 - Posterior și de-a lungul marginii mușchiului pectoral mare
 - În regiunea subclaviculară de aceeași parte
 - De-a lungul treimii superioare a brațului
 - În fosa axilară strict pe linia axilară medie
762. CM. Indicați poziționarea optimă a bolnavei în timpul palpării ganglionilor limfatici centrali.
- Pacienta se va afla pe șezute
 - Mâna bolnavei va fi lăsată în jos și complet relaxată
 - Mâna bolnavei va fi abdușă ușor înspre lateral
 - Pacienta se va afla în decubit dorsal
 - Mâinile bolnavei sunt elevate (ridicate în sus)
763. CM. În prezența suspjecției la formațiune de volum în glanda mamară, iar ganglionii limfatici axilari centrali la palpare sunt măriți în volum, duri precum și doli, se vor identifica următoarele grupe de ganglioni limfatici:
- Pectorali (anteriori)
 - Subscapulari (posteriori)
 - Subclaviculari
 - Parasternali
 - Submandibulari
764. CM. Tumorile maligne ale glandei mamare metastazează în:
- Creer
 - Ficat
 - Glanda mamară contralaterală
 - Splină
 - Uter
765. CM. Regulile de autoexaminare a glandei mamare sunt următoarele:
- La femeile în menopauză trebuie efectuată în fiecă lună
 - Trebuie să includă descrierea sistematică a formațiunilor de volum
 - La femeile în vîrstă fertilă este preferabilă examinarea imediat după finisarea menstruației
 - Trebuie să includă inspecția în fața oglinzii
 - Trebuie să includă palparea glandelor în poziția verticală a corpului și în decubit dorsal
766. CM. Indicați metodele suplimentare de examinare în caz de suspjecție a patologiei glandei mamare.
- Mamografia
 - Endoscopia intraductală
 - Termografia
 - Ultrasonografia
 - Scintigrafia
767. CS. Ce metodă suplimentară de examinare se utilizează pentru *screening* cu scop de evidențiere precoce a cancerului glandei mamare?
- Mamografia
 - Termografia
 - Ultrasonografia
 - Aprecierea nivelului onco-markerilor
 - Puncția cu biopsie

768. CS. Mărirea dimensiunilor glandei mamare la bărbați se numește:
- a) Mastopatie
 - b) Hipermastie
 - c) Asimetria glandelor mamare
 - d) Ginecomastie
 - e) Fibroadenomatoza glandei mamare
769. CS. Ce reprezintă ginecomastia?
- a) Micșorarea volumului glandei mamare la bărbați
 - b) Mărirea volumului glandei mamare la bărbați
 - c) Absența glandei mamare la bărbați
 - d) Prezența unei glande mamare accesorii la bărbați
 - e) Prezența areolei și a mamelonului auxiliar la bărbați
770. CM. Principalele cauze ale ginecomastiei sunt:
- a) Sindromul Klinefelter
 - b) Obezitatea
 - c) Farmacologică
 - d) Idiopatică
 - e) Insuficiența hepatică
771. CS. Metoda de elecție în tratamentul ginecomastiei idiopatice este:
- a) Dietoterapia (corecția obezității)
 - b) Radioterapia
 - c) Chimioterapie
 - d) Terapie hormonală
 - e) Exereza chirurgicală
772. CM. Cancerul glandei mamare la bărbați:
- a) Reprezintă o patologie determinată genetic
 - b) Se dezvoltă din elemente ductale rudimentare
 - c) Se dezvoltă în cazul dereglării fonului hormonal
 - d) Se dezvoltă din țesut glandular
 - e) Se dezvoltă în cazul insuficienței hepatice
773. CM. Simptomele cancerului glandei mamare la bărbați sunt următoarele:
- a) Fluctuația
 - b) Retracția mamelonului și a pielii
 - c) Operații în anamneză pentru ginecomastie
 - d) Prezența tumorii în regiunea areolei sau a mamelonului
 - e) Prezența eliminărilor din defectul ulceros al areolei
774. CS. Termenul “abdomen acut” reprezintă un:
- a) Simptom
 - b) Diagnostic definitiv
 - c) Sindrom
 - d) Diagnostic postoperator
 - e) Toate afirmațiile sunt corecte
775. CM. Diagnosticul de “abdomen acut” servește drept:
- a) Indicație către operație urgentă
 - b) Indicație către spitalizarea în staționarul terapeutic
 - c) Indicație către consultația chirurgului
 - d) Argument către efectuarea măsurilor diagnostice suplimentare
 - e) Argument către externarea pacientului din staționar
776. CS. Ce afirmație nu este corectă?
- a) “Abdomenul acut” - este un termen general, ce semnifică prezența la bolnav a durerilor abdominale acute

- b) "Abdomenul acut" - este un sindrom și, concomitent, - un diagnostic prezumtiv
- c) "Abdomenul acut" semnifică necesitatea unui diagnostic rapid
- d) "Abdomenul acut" semnifică efectuarea obligatorie a intervenției chirurgicale
- e) "Abdomenul acut" semnifică necesitatea în măsuri curative urgente

777. CM. Care dintre patologii ce condiționează tabloul clinic de "abdomen acut" comportă un caracter inflamator?

- a) Apendicita acută
- b) Hernia strangulată
- c) Pancreatita acută
- d) Sarcina extrauterină
- e) Ulcerul gastro-duodenal perforat

778. CM. Care dintre patologii ce condiționează tabloul clinic de "abdomen acut" nu posedă caracter inflamator?

- a) Colecistita acută
- b) Hernia strangulată
- c) Pancreatita acută
- d) Tromboza vaselor mezenteriale
- e) Apendicita acută

779. CM. Care patologii se asociază cu perforația de organ cavitărilor în cavitatea peritoneală?

- a) Ruptura spontană a porțiunii abdominale a esofagului
- b) Ulcerul duodenal perforat
- c) Tromboza vaselor mezenteriale
- d) Sarcina extrauterină întreruptă
- e) Traumatismul penetrant al intestinului subțire

780. CM. Care dintre situațiile enumerate nu se referă la perforația de organ cavitărilor în cavitatea abdominală?

- a) Comunicarea patologică între cavitatea stomacului și cea a colonului
- b) Comunicarea patologică între cavitatea stomacului și cavitatea peritoneală
- c) Comunicarea patologică între lumenul duodenal și spațiul retroperitoneal
- d) Comunicarea patologică între vezica urinară și cavitatea peritoneală
- e) Hemoragia din ulcerul gastric

781. CM. Care dintre patologii ce condiționează tabloul clinic de "abdomen acut" se referă la sindromul "ocluziei intestinale acute"?

- a) Ocluzia intestinală aderențială a intestinului subțire
- b) Hernia strangulată
- c) Invaginarea
- d) Stenoza piloroduodenală ulceroasă
- e) Volvulusul intestinului sigmoid

782. CM. Ce patologii se asociază cu hemoragie intraperitoneală?

- a) Hemoragia din ulcer gastric
- b) Eruperea anevrismului aortei
- c) Sarcina extrauterină întreruptă
- d) Hemoragia uterină (metroragia)
- e) Ruptura traumatică a splinei

783. CM. Ce patologii nu se asociază cu hemoragie intraperitoneală?

- a) Hemoragia din ulcer gastric
- b) Eruperea anevrismului aortei
- c) Sarcina extrauterină întreruptă
- d) Hemoragia uterină (metroragia)
- e) Ruptura traumatică a splinei

784. CM. Ce patologii extraabdominale pot condiționa tabloul clinic de "abdomen acut"?

- a) Coarctarea aortei
- b) Pneumonia bazală

- c) Vasculitele sistemice
- d) Diabetul zaharat decompensat
- e) Toxiinfecția alimentară

785. CM. Indicați variantele posibile de tratament a bolnavilor, ce s-au adresat cu "abdomen acut".

- a) Monitorizarea în condiții de ambulator
- b) Intervenție chirurgicală urgentă
- c) Pregătire preoperatorie și ulterior intervenție chirurgicală
- d) Tratament conservator
- e) Monitorizarea în condiții de staționar de profil chirurgical

786. CS. Care dintre patologiile enumerate este caracteristică pentru copii?

- a) Ulcerul perforat
- b) Ocluzia intestinală joasă tumorală
- c) Pancreatita acută
- d) Sarcina extrauterină întreruptă
- e) Invaginarea intestinului

787. CM. Ce patologii nu sunt caracteristice pentru copii?

- a) Ulcerul perforat
- b) Ocluzia intestinală joasă tumorală
- c) Pancreatita acută
- d) Apendicita acută
- e) Invaginarea intestinului

788. CS. Care dintre patologiile enumerate este tipică pentru pacienții în vîrsta peste 60 de ani?

- a) Ocluzia tumorală a colonului
- b) Sarcina extrauterină întreruptă
- c) Pancreatita acută
- d) Invaginarea intestinului
- e) Ulcerul perforat

789. CM. Care patologii sunt caracteristice pentru bolnavii în vîrstă medie?

- a) Pancreatita acută
- b) Ocluzia tumorală a colonului
- c) Ulcerul perforat
- d) Sarcina extrauterină întreruptă
- e) Invaginarea intestinului

790. CS. Care patologii sunt caracteristice pentru bolnavii în vîrstă medie?

- a) Apendicita acută, colecistita acută, invaginarea intestinului
- b) Ocluzia tumorală a colonului, apendicita acută, anexita
- c) Hernia strangulată, ulcerul perforat, ocluzia tumorală a colonului
- d) Apoplexia ovariană, invaginarea intestinului, sarcina extrauterină întreruptă
- e) Ulcerul perforat, pancreatita acută, sarcina extrauterină întreruptă

791. CS. În durerea viscerală iritația de la organele tractului gastro-intestinal este condusă prin intermediul:

- a) Fibrelor nervoase parasimpatice
- b) Plexurilor nervoase paralimfatice
- c) Fibrelor nervoase parasimpatice și simpatice
- d) Plexurilor nervoase paravenoase
- e) Fibrelor nervoase simpatice celiace

792. CS. În durerea somatică iritația de la organele tractului gastro-intestinal este condusă prin:

- a) Fibre nervoase parasimpatice și simpatice
- b) Fibre nervoase parasimpatice
- c) Plexuri nervoase paravenoase
- d) Plexuri nervoase paralimfatice
- e) Fibre nervoase simpatice

793. CM. Ce este caracteristic pentru durerea viscerală în “abdomenul acut”?
- Reprezintă rezultatul distensiei sau spasmului organului
 - Provine din peritoneul parietal
 - Are caracter difuz
 - Poate fi localizată exact de către bolnav
 - Nu poate fi localizată exact de către bolnav
794. CM. Ce este caracteristic pentru durerea viscerală în “abdomenul acut”?
- Este difuză
 - Este resimțită de către bolnav sub formă de apăsături, accese și colici
 - Este intensă și continuă
 - Este cert delimitată, localizată
 - Se intensifică în timpul mișcărilor
795. CM. Ce este caracteristic pentru durerea somatică în “abdomenul acut”?
- Are caracter continuu intensiv
 - Provine din peritoneul parietal
 - Provine din organele tractului digestiv
 - Este consecința distensiei sau spasmului organului
 - Este cert delimitată, localizată
796. CM. Care este caracterul durerii somatice în “abdomenul acut”?
- Se intensifică în timpul mișcărilor
 - Este percepută de către bolnav sub formă de compresii, apăsături, accese și colici
 - Este delimitată strict, localizată
 - Este difuză
 - Este intensă și continuă
797. CM. În care cazuri durerea abdominală are caracter visceral?
- Simptomul Blumberg
 - Simptomul Kocher
 - Colecistita acută cu peritonită locală
 - Colica renală
 - Colica biliară
798. CS. Pentru comoditatea descrierii simptomelor abdomenul este divizat în:
- 2 etaje, 6 regiuni
 - 3 etaje, 9 regiuni
 - 3 etaje, 6 regiuni
 - 2 etaje, 9 regiuni
 - 3 etaje, 3 regiuni
799. CM. Regiunea epigastrală a abdomenului include:
- Regiunea epigastrică propriu-zisă
 - Hipocondrul drept
 - Hipocondrul stîng
 - Regiunea paraombilicală
 - Regiunea iliacă
800. CM. Regiunea mezogastrică a abdomenului include:
- Regiunea suprapubiană
 - Flancul drept
 - Flancul stîng
 - Regiunea paraombilicală
 - Regiunea iliacă
801. CM. Regiunea hipogastrică a abdomenului include:
- Regiunea epigastrică propriu-zisă

- b) Regiunea suprapubiană
 - c) Regiunea paraombilicală
 - d) Regiunea iliacă stîngă
 - e) Regiunea iliacă dreaptă
802. CM. În care patologii ale organelor abdominale pacienții pot indica cu precizie timpul debutului bolii?
- a) Apendicita acută
 - b) Hernia strangulată
 - c) Ulcerul perforat
 - d) Sarcina extrauterină întreruptă
 - e) Anexita acută
803. CM. Pentru care patologii este caracteristică sporirea treptată a intensității sindromului algic abdominal?
- a) Eruperea anevrismului de aortă abdominală
 - b) Apendicita acută
 - c) Ulcerul perforat
 - d) Ocluzia intestinală tumorală
 - e) Anexita acută
804. CS. Debutul cărei patologii corelează de regulă cu ridicarea greutateților sau schimbarea bruscă a poziției corpului?
- a) Eruperii anevrismului aortei abdominale
 - b) Ocluziei intestinale obturatorii
 - c) Ulcerului perforat
 - d) Herniei strangulate
 - e) Rupturei splinei
805. CM. Ce varietăți ale durerii sunt caracteristice pentru patologii abdominale chirurgicale acute?
- a) În "lovitură de pumnal"
 - b) Continuu progresante
 - c) Nocturne
 - d) Colicative
 - e) Episodice
806. CS. Ce patologie se asociază cu durerea abdominală cu aspect de "lovitură de pumnal"?
- a) Concreșterea tumorii maligne a unui organ parenchimos în țesuturile adiacente
 - b) Perforarea ulcerului gastric
 - c) Tromboza arterelor mezenterice
 - d) Procesul necrotic în cavitatea peritoneală
 - e) Toxiinfecția intestinală gravă
807. CM. Unde este localizată inițial durerea abdominală în caz de patologie a intestinului subțire?
- a) În regiunea epigastrală
 - b) În hipocondrul drept
 - c) În regiunea suprapubiană
 - d) În regiunea paraombilicală
 - e) În regiunea inghinală
808. CS. Deplasarea durerilor din regiunea epigastrală spre regiunea iliacă dreaptă indică asupra:
- a) Anexitei acute
 - b) Ocluziei intestinale
 - c) Apendicitei acute
 - d) Herniei strangulate
 - e) Colecistitei acute
809. CS. Durerile spastice în abdomen sunt caracteristice pentru:
- a) Pielonefrită
 - b) Apendicita acută
 - c) Pancreatita acută

- d) Ocluzia intestinală
e) Anexita acută
810. CS. Durerea abdominală cu aspect de "lovitură de pumnal" este caracteristică pentru:
a) Apendicita acută
b) Anevrism disecant al aortei abdominale
c) Ocluzia intestinală
d) Colecistita acută
e) Ulcerul perforat
811. CM. Iradierea durerii în regiunea unghiului inferior al omoplatului drept este caracteristică pentru:
a) Ruptura traumatică a splinei
b) Anevrismul disecant al aortei abdominale
c) Colica biliară
d) Colecistita acută
e) Ulcerul perforat
812. CM. Pentru care dintre patologiile abdominale este caracteristică iradierea durerii spre mijlocul regiunii sacrale?
a) Patologiile rectului
b) Patologiile uterului
c) Patologiile intestinului subțire
d) Patologiile pancreasului
e) Patologiile rinichilor și ureterelor
813. CM. Iradierea durerii spre regiunea supraclaviculară pe partea afectată se întâlnește în:
a) Ruptura traumatică a splinei
b) Colecistita acută
c) Anevrismul disecant al aortei abdominale
d) Ulcerul perforat
e) Eruperea piosalpinxului
814. CS. Caracterul de constrângere sub formă de "centură" al durerii abdominale este caracteristic pentru:
a) Ulcerul perforat
b) Anevrismul disecant al aortei abdominale
c) Ocluzia intestinală
d) Colecistita acută
e) Pancreatita acută
815. CS. În ce patologie intensitatea durerii este într-atît de mare, încît bolnavul nu-și găsește loc de durere?
a) În ulcerul perforat
b) În colica renală
c) În apendicita acută
d) În ocluzia intestinală
e) În sarcina extrauterină întreruptă
816. CM. În care patologii poate fi depistată accentuarea durerii abdominale în timpul inspirului adînc?
a) Abcesul subdiafragmal
b) Colecistita acută
c) Pleurita
d) Apendicita acută
e) Colica renală
817. CM. Voma la bolnavii cu "abdomen acut" este condiționată de:
a) Iritarea intensă a terminațiilor nervoase ale peritoneului și mezoului
b) Sindromul hipertensiunii intracerebrale
c) Ocluzia intestinală mecanică
d) Reacția reflectorie – în caz de obturare a lumenului structurilor cu musculatură netedă (căi biliare, ureter, intestin, apendice vermiform)

- e) Factorii externi
818. CS. Care este caracterul vomei în caz de apendicită acută?
- a) Voluminoasă, multiplă
 - b) Reflectorie unică
 - c) Fecaloidă
 - d) Voluminoasă, cu conținut gastric de stază
 - e) Cu conținut de tip “zaț de cafea”
819. CM. În care patologii chirurgicale acute ale organelor abdominale voma nu este caracteristică?
- a) Apendicita acută
 - b) Colecistita acută
 - c) Sarcina extrauterină întreruptă
 - d) Ocluzia intestinală înaltă
 - e) Ulcerul gastric și duodenal perforat
820. CM. În ce patologii chirurgicale acute ale organelor abdominale voma nu este caracteristică?
- a) Ruptura splinei
 - b) Ocluzia intestinală joasă
 - c) Ocluzia intestinală înaltă
 - d) Pancreatita acută
 - e) Apendicita acută
821. CM. Ce patologii chirurgicale acute ale organelor abdominale se asociază cu vome multiple (repetate)?
- a) Colecistita acută
 - b) Ulcerul gastroduodenal perforat
 - c) Ocluzia intestinală înaltă
 - d) Pancreatita acută
 - e) Apendicita acută
822. CM. Voma multiplă cu conținut bilios este caracteristică pentru:
- a) Colecistita acută
 - b) Ocluzia intestinală joasă
 - c) Colica hepatică
 - d) Sarcina extrauterină întreruptă
 - e) Pancreatita acută
823. CS. În ce patologie se întâlnește voma “fecaloidă”?
- a) Ocluzia intestinală joasă
 - b) Ocluzia intestinală înaltă
 - c) Hemoragie din polip al colonului
 - d) Pancreatita acută
 - e) Stenoza ulceroasă piloroduodenală decompensată
824. CS. Lipsa scaunului și a emisiei de gaze sunt semne precoce ale:
- a) Ocluziei intestinale joase
 - b) Ocluziei intestinale înalte
 - c) Peritonitei difuze
 - d) Pancreatitei acute
 - e) Sarcinei extrauterine întrerupte
825. CS. Setea și xerostomia la un bolnav cu “abdomen acut” sunt semne ale:
- a) Anemiei acute
 - b) Hipotoniei
 - c) Disbacteriozei
 - d) Hipertensiiei portale
 - e) Deshidratării

826. CM. Pentru care patologii chirurgicale acute ale organelor cavității abdominale sunt îndeosebi caracteristice setea și xerostomia (senzația de uscăciune în gură)?
- Peritonita difuză
 - Pancreatita acută
 - Colica apendiculară
 - Ruptura splinei cu hemoragie intraperitoneală
 - Ocluzia intestinală
827. CM. „Fața lui Hipocrate” la un bolnav cu peritonită avansată se caracterizează prin asocierea următoarelor semne:
- Culoarea surie-pămîntie (teroasă) a tegumentelor
 - Orbitele înfundate
 - Culoarea pal-cianotică a tegumentelor
 - Nuanța ascuțită a feței
 - Tegumente acoperite cu transpirații reci
828. CS. Ce asociere de semne caracterizează „fața lui Hipocrate” la un bolnav cu peritonită avansată?
- Tegumente palide, transpirații reci, respirație superficială
 - Tegumente cianotice, grimase pe față din cauza durerii, uscăciunea buzelor
 - Tegumente icterice, transpirații reci, edematierea feței
 - Tegumente surii-pămîntii (teroase), comportament liniștit, grimase pe față din cauza durerii
 - Tegumente surii-pămîntii (teroase), înfundarea orbitelor, nuanța ascuțită a feței
829. CS. Pentru ce patologie este caracteristic simptomul “hopa-mitică”?
- Ruptura ficatului sau a splinei
 - Peritonita difuză
 - Pancreatita acută
 - Ocluzia intestinală prin strangulare
 - Sarcina extrauterină întreruptă
830. CS. În ce constă simptomul “hopa-mitică”?
- Pacientul se află în poziția forțată în decubit dorsal, tentativele de a întoarce bolnavul în decubit lateral fiind asociate cu intensificarea durerii, pacientul revenind imediat la poziția inițială
 - Pacientul se află în poziția forțată în decubit lateral, tentativele de a întoarce bolnavul în decubit dorsal fiind asociate cu intensificarea durerii, pacientul revenind imediat la poziția inițială
 - Pacientul preferă ortostatismul sau poziția pe șezute, tentativele de a plasa bolnavul în decubit dorsal fiind asociate cu intensificarea durerii, pacientul revenind imediat la poziția inițială
 - Pacientul se află în poziție forțată în decubit dorsal, iar apariția durerilor colicative în abdomen îl impun să treacă în decubit lateral
 - Pacientul se află în poziție forțată în decubit lateral, iar apariția durerilor colicative în abdomen îl impun să treacă în decubit dorsal
831. CM. În care patologii acute ale abdomenului la pacienți deseori se atestă ictericitatea tegumentelor?
- Sarcina extrauterină întreruptă
 - Colecistita acută
 - Pancreatita acută
 - Colangita
 - Tromboza vaselor mezenteriale
832. CM. Mărirea simetrică în volum a abdomenului se întâlnește de regulă în:
- Tumori masive ale cavității abdominale
 - Obezitate
 - Ocluzia intestinală
 - Ascită
 - Balonarea simetrică a intestinului
833. CS. Mărirea asimetrică a abdomenului în volum se întâlnește de regulă în:
- Patologii inflamatorii ale organelor abdominale
 - Obezitate

- c) Ocluzia intestinală
 - d) Ascită
 - e) Toxiinfecții alimentare
834. CS. La pacienții cu tumoare a capului pancreasului poate fi evidențiat simptomul Courvoisier, ce reprezintă:
- a) Accentuarea durerii în timpul palpării profunde în regiunea superioară dreaptă a abdomenului
 - b) Accentuarea bruscă a durerii, atunci când este întreruptă brusc palparea regiunii superioare drepte a abdomenului
 - c) Proieminarea conturului unei tumori masive prin peretele abdominal anterior în regiunea epigastrală
 - d) Proieminarea vizibilă în regiunea superioară dreaptă a abdomenului, condiționată de către mărirea în volum a veziculei biliare
 - e) Diminuarea mișcărilor respiratorii ale peretelui abdominal anterior în regiunea epigastrală
835. CM. Indicați poziția corectă a pacientului în timpul palpării abdomenului.
- a) Mâinile bolnavului sunt plasate de-a lungul corpului
 - b) Pacientul este culcat pe spate (decubit dorsal)
 - c) Membrele inferioare sunt un pic flectate în articulațiile genunchiului
 - d) Mâinile bolnavului sunt elevate deasupra capului
 - e) Pacientul este culcat în decubit lateral stâng
836. CS. Care trebuie să fie poziția bolnavului în timpul palpării abdomenului?
- a) Decubit lateral, membrele superioare – de-a lungul corpului, membrele inferioare – extinse
 - b) Decubit dorsal, membrele superioare – elevate de-asupra capului, membrele inferioare – flexate leger în articulațiile genunchilor
 - c) Decubit dorsal, membrele superioare – elevate de-asupra capului, membrele inferioare – extinse
 - d) Decubit dorsal, membrele superioare – de-a lungul corpului, membrele inferioare – extinse
 - e) Decubit dorsal, membrele superioare – de-a lungul corpului, membrele inferioare – flexate leger în articulațiile genunchilor
837. CM. Ce scopuri urmărește palparea superficială a abdomenului?
- a) Aprecierea simptomelor de iritare a peritoneului
 - b) Aprecierea lichidului liber în abdomen
 - c) Determinarea limitei inferioare a ficatului
 - d) Determinarea încordării musculare
 - e) Determinarea locului durerii maxime
838. CS. Palparea superficială a abdomenului permite stabilirea:
- a) Lichidului liber în abdomen și a semnelor de iritare a peritoneului
 - b) Locului de durere maximală și a contracturii musculare
 - c) Locului de durere maximală și a dimensiunilor porțiilor herniale
 - d) Locului de durere maximală și a semnelor de iritare a peritoneului
 - e) Prezenței formațiunilor de volum și a semnelor de iritare a peritoneului
839. CS. Palparea abdomenului începe cu:
- a) Palparea superficială
 - b) Palparea profundă
 - c) Aprecierea semnului Blumberg
 - d) Determinarea contracturii musculare
 - e) Identificarea tumefierilor herniale
840. CS. Din ce regiune trebuie începută palparea superficială a abdomenului?
- a) Din hipocondrul stâng
 - b) Din regiunea iliacă dreaptă
 - c) Din regiunea epigastrală
 - d) Din cea mai îndepărtată regiune de la locul durerii maxime
 - e) Din regiunea durerii maxime
841. CS. Încordarea musculară la bolnavii cu "abdomen acut" se dezvoltă în urma:
- a) Dereglărilor hidro-electrolitice

- b) Stării de excitație psiho-emoțională
 - c) Iritării peritoneului parietal
 - d) Iritării pleurei parietale
 - e) Acțiunii toxinelor bacteriene asupra SNC
842. CS. În care patologie încordarea musculară a peretelui abdominal anterior nu este caracteristică?
- a) Ulcerul perforat
 - b) Ocluzia intestinală obturatorie
 - c) Apendicita acută
 - d) Ruptura traumatică a unui organ cavităar
 - e) Colecistita acută
843. CS. În care patologie încordarea musculară a peretelui abdominal este într-atît de exprimată, continuă și răspîndită, încît se apreciază ca “abdomen de lemn”?
- a) Ocluzia intestinală joasă tumorală
 - b) Ulcerul perforat
 - c) Tromboza vaselor mezenteriale
 - d) Eruperea anevrismului de aortă abdominală
 - e) Sarcina extrauterină întreruptă
844. CM. Ce patologii extraabdominale se pot asocia cu defans muscular al peretelui abdominal anterior?
- a) Pleuropneumonia
 - b) Fracturile coastelor inferioare
 - c) Colica renală
 - d) Criza epileptică
 - e) Criza hipertensivă
845. CM. În ce situații clinice încordarea musculară poate fi semnificativ redusă, chiar și în prezența peritonitei difuze?
- a) La bolnavul cu patologii neuro-psihiice severe
 - b) La bolnavii obezi cu perete abdominal anterior îngroșat și flasc
 - c) La bolnavii în stare de șoc hemoragic sau traumatic
 - d) La bolnavii în stare de ebrietate alcoolică sau narcotică
 - e) La pacienții vîrstnici
846. CS. Cum se apreciază simptomul Blumberg în caz de peritonită?
- a) Percuția regiunii examinate condiționează durere acută
 - b) Flexia în articulația coxo-femurală a membrului inferior extins condiționează durere acută
 - c) La palparea precaută a regiunii examinate se determină încordare musculară, asociată de durere pronunțată
 - d) Degetele sunt afundate atent și adînc în țesuturile moi ale regiunii abdominale examinate, apoi presiunea este brusc întreruptă, ceea ce condiționează durere pronunțată
 - e) Degetele sunt afundate adînc în țesuturile moi ale regiunii abdominale examinate, ceea ce condiționează durere pronunțată
847. CM. Selectați două variante corecte de apreciere a simptomului psoas, ce se apreciază în inflamațiile retroperitoneale?
- a) Percuția regiunii lombare condiționează durere pronunțată
 - b) Palparea bimanuală a regiunii lombare din partea afectată condiționează durere pronunțată
 - c) Flexia în articulația coxo-femurală a membrului inferior extins condiționează durere pronunțată
 - d) Pacientul este plasat în decubit lateral și i se extinde membrul inferior în articulația coxo-femurală pe partea afectată, ce condiționează durere pronunțată
 - e) Palparea bimanuală a regiunii lombare de partea afectată condiționează flexia involuntară a membrelor inferioare
848. CM. În care patologii ale organelor abdominale la percuția abdomenului poate fi identificată matitatea difuză a sunetului percutor?
- a) Colecistita acută
 - b) Diverticulita acută
 - c) Apendicita acută

- d) Ciroza hepatică cu ascită
- e) Peritonita generalizată în stadii tardive

849. CM. În ce patologii chirurgicale acute ale organelor abdominale poate fi identificată dispariția matității hepatice?

- a) Ocluzia intestinală joasă
- b) Colecistita acută cu empiem al veziculei biliare
- c) Ruptura traumatică a ficatului
- d) Sarcina extrauterină întreruptă
- e) Ulcerul perforat

850. CS. Prezența lichidului liber în cavitatea peritoneală se apreciază clinic prin:

- a) Auscultația abdomenului
- b) Palparea abdomenului
- c) Percuția abdomenului
- d) Examen radiologic
- e) Ultrasonografie

851. CM. Clapotajul în timpul auscultației și percuției abdomenului apare ca urmare a:

- a) Prezenței lichidului liber în cavitatea peritoneală
- b) Stenozei decompensate a ieșirii din stomac
- c) Hemoperitoneului
- d) Ocluziei intestinale
- e) Prezenței gazului liber în cavitatea peritoneală

852. CS. Peristaltismul intestinal trebuie auscultat în:

- a) Regiunea mezogastrală paraombilicală
- b) Regiunea epigastrală și pe flancurile abdominale
- c) Regiunea, localizată inferior de ombilic și spre stînga de linia mediană
- d) Regiunile iliace din dreapta și stînga
- e) Toate răspunsurile sunt corecte

853. CS. Suflul sistolic în caz de anevrism al aortei abdominale trebuie auscultat în:

- a) Regiunile inghinale
- b) Regiunea epigastrală
- c) Pe linia mediană, ce trece din regiunea epigastrală spre cea suprapubiană
- d) Regiunile iliace din dreapta și stînga
- e) Regiunea, localizată inferior de ombilic, spre stînga de linia mediană

854. CS. În care patologie poate fi determinat auscultativ peristaltismul intestinal accelerat sonor?

- a) Peritonita locală
- b) Peritonita difuză
- c) Tromboza vaselor mezenterice
- d) Ocluzia intestinală
- e) Hemoragia intraperitoneală

855. CS. În care patologie peristaltismul intestinal la auscultație nu se apreciază?

- a) Peritonita locală
- b) Peritonita difuză
- c) Eruperea anevrismului aortei abdominale
- d) Ocluzia intestinală
- e) Ciroza hepatică decompensată cu ascită tensionată

856. CM. Care sunt cauzele mai probabile ale bolii la pacientul la care debutul durerii abdominale se asociază cu temperatura corporală 40-41°C?

- a) Peritonita generalizată
- b) Patologia pulmonară
- c) Hemoragia gastro-intestinală
- d) Hemoragia intraperitoneală masivă

e) Patologia renală

857. CS. Ce temperatură este determinată de regulă la bolnavii cu apendicită acută la momentul adresării pentru asistență medicală?
- Diminuată (35-36°C)
 - Normală (36,4-36,6°C)
 - Subfebrilă (37,3-37,5°C)
 - Febrilă (38°C)
 - Hectică cu frisoane (40-41°C)
858. CM. În care patologii abdominale acute temperatura corporală a pacientului poate fi scăzută (pînă la 35-36°C)?
- Ulcerul perforat
 - Hemorația intraperitoneală severă
 - La debutul accesului de pancreatită acută
 - În perforarea apendicelui vermiform și progresarea peritonitei
 - În ocluzia intestinală cu balonarea excesivă a abdomenului
859. CS. Termenul de “ischemie a extremității” semnifică:
- Aflux excesiv al sîngelui arterial spre extremitate
 - Comunicare patologică între arteră și venă
 - Insuficiența afluxului de sînge arterial spre extremitate
 - Drenajul venos deficitar de la extremitate
 - Inflamația nervului ischiatic
860. CM. Sindromul de “ischemie a extremității” este divizat în:
- Ischemie acută
 - Ischemie subacută
 - Ischemie cronică
 - Ischemie recidivantă
 - Ischemie tranzitorie
861. CM. Indicați cauzele posibile ale dezvoltării insuficienței arteriale acute a extremității.
- Trauma arterei magistrale
 - Stenoza lumenului arterial cauzată de o placă aterosclerotică
 - Embolia arterială
 - Tromboza arterială
 - Tromboflebita
862. CS. Trombembolia arterelor periferice se asociază cu dezvoltarea sindromului de:
- Insuficiență venoasă cronică
 - Ischemie cronică
 - Ischemie acută
 - Coagulare intravasculară diseminată
 - Dilatate anevrismatică arterială
863. CS. Indicați cea mai frecventă cauză a dezvoltării insuficienței arteriale cronice a extremității.
- Ateroscleroza obliterantă
 - Trombangeita obliterantă (endarteriita)
 - Aortoarteriita nespecifică
 - Anomaliile de dezvoltare ale arterelor
 - Aneurismele arterelor periferice
864. CS. Termenul “anevrism arterial” semnifică:
- Dereglarea inervației și a autoreglării vasului
 - Curbura patologică a vasului
 - Îngustarea arterei
 - Dilatarea arterei cu mai puțin de 50% față de normă
 - Dilatarea arterei cu peste 50% față de normă

865. CM. În raport cu cauza dezvoltării anevrismele arteriale se divizează în:
- Primare
 - Secundare
 - Adevărate
 - False
 - Combinate
866. CM. Peste trei luni după o leziune cu cuțitul în proiecția arterei femurale la un pacient se determină o formațiune pulsatilă pe suprafața medială a coapsei. Cum veți formula corect diagnosticul?
- Anevrișm primar al arterei femurale
 - Pseudoanevrism al arterei femurale
 - Hematom pulsatil al coapsei
 - Anevrișm adevărat al arterei femurale
 - Anevrișm posttraumatic al arterei femurale
867. CM. Indicați complicațiile tipice ale anevrismelor arteriale.
- Ischemia acută a extremității
 - Insuficiența venoasă cronică
 - Abcedarea
 - Ruptura și hemoragia
 - Trombembolia recidivantă a arterei pulmonare
868. CM. Indicați patologiile, ce se manifestă prin sindromul de insuficiență venoasă cronică a extremităților.
- Phlegmasia cerulea dolens*
 - Boala varicoasă
 - Tromboza venoasă acută
 - Afectarea aterosclerotică a arterelor
 - Sindromul posttrombotic
869. CM. Indicați mecanismele patogenetice ale insuficienței venoase cronice.
- Ocluzia completă sau parțială a venelor profunde ale extremităților
 - Lezarea sau înlăturarea chirurgicală a venelor superficiale
 - Insuficiența valvulelor venelor și refluxul venos
 - Vâscozitatea sporită a sîngelui venos
 - Trombocitoza
870. CS. Limfedemul extremității se clasifică în:
- Primar și secundar
 - Eritematos și bulos
 - Adevărat și fals
 - Extern și intern
 - Superficial și profund
871. CS. Un pacient acuze dureri puternice repetate în mușchii gastrocnemieni, ce apar după parcurgerea unei anumite distanțe. Durerea îl obligă să se oprească, fapt ce este urmat de dispariția acesteia după o scurtă odihnă. Cum se numește simptomul respectiv?
- Simptomul Blumberg
 - Simptomul “mersului de rață”
 - Simptomul claudicației intermitente
 - Simptomul slăbiciunii mușchilor gastrocnemieni
 - Simptomul radicular
872. CS. Pacientul acuze dureri puternice repetate în mușchii gastrocnemieni, ce apar după parcurgerea unei anumite distanțe. Durerea îl obligă să se oprească, însă dispăre după o scurtă odihnă. Ce sindrom trebuie suspectat?
- Sindromul de ischemie acută
 - Sindromul de ischemie cronică
 - Tromboza venoasă acută

- d. Insuficiența venoasă cronică
- e. Limfedemul

873. CM. Indicați pozițiile tipice în pat ale bolnavului cu ischemie severă (critică) a membrului inferior.

- a. În decubit dorsal cu membrul inferior ridicat
- b. În decubit dorsal cu membrul inferior lăsat în jos
- c. În decubit lateral cu membrele inferioare flexate spre abdomen
- d. În decubit ventral
- e. Pe șezute

874. CM. Durerea în repaus în caz de ischemie cronică a membrilor inferioare are următoarele caracteristici:

- a. Se accentuează în poziția pe șezute
- b. Îl privează pe bolnav de somn
- c. Nu este jugulată cu analgezice
- d. Apare periodic
- e. Diminuează în poziția pe șezute

875. CS. Dereglarea sensibilității (parestezia, hipo- sau anestezia) și diminuarea mișcărilor active (pareza, plegia) sunt caracteristice pentru:

- a. Sindromul de ischemie acută
- b. Sindromul de ischemie cronică
- c. Tromboza venoasă acută
- d. Insuficiența venoasă cronică
- e. Limfedem

876. CS. Senzația de greutate la nivelul membrilor inferioare (simptomul "picioarelor grele") ce apare în poziția verticală și dispare după odihna de noapte este caracteristică pentru:

- a. Sindromul de ischemie acută
- b. Sindromul de ischemie cronică
- c. Tromboza venoasă acută
- d. Insuficiența venoasă cronică
- e. Aneurismul arterial

877. CM. Indicați datele anamnezei vieții ce au semnificație în stabilirea diagnosticului de sindrom de ischemie a extremității.

- a. Fumatul îndelungat
- b. Accese de aritmie
- c. Lucru îndelungat în poziție verticală
- d. Suportarea erizipelului
- e. Traumatisme în proiecția arterelor magistrale

878. CM. În prezența căror patologii concomitente trebuie suspectată embolia, drept cauză a ischemiei acute a membrilor inferioare?

- a. Diabetul zaharat tip II
- b. Fibrilația atrială
- c. Boala varicoasă a extremităților inferioare
- d. Infarctul miocardic
- e. Aneurismul de aortă abdominală

879. CM. Indicați datele anamnezei vieții, ce posedă semnificație în stabilirea diagnosticului de limfedem secundar al extremității.

- a. Suportarea mastectomiei pentru cancerul de glandă mamară
- b. Radioterapia pentru tumori maligne
- c. Fumatul
- d. Erizipelul recidivant
- e. Regimul îndelungat la pat (imobilizarea de durată)

880. CS. Examenul primar al bolnavului cu maladie varicoasă a membrilor inferioare trebuie efectuat în poziția bolnavului:

- a. În decubit dorsal
 - b. În decubit ventral
 - c. În decubit lateral
 - d. Pe șezute
 - e. În ortostatism
881. CM. Edemul extremității în caz de sindrom de ischemie acută are următoarele caracteristici:
- a. Se dezvoltă din momentul debutului bolii
 - b. Diminuează în poziția orizontală a pacientului
 - c. Cuprinde doar gamba și planta
 - d. Implică toată extremitatea
 - e. Se dezvoltă la etapele tardive ale patologiei
882. CM. Edemul membrului în caz de tromboză venoasă profundă proximală (iliofemurală) are următoarele caracteristici:
- a. Se dezvoltă din momentul debutului bolii
 - b. Diminuează în poziția pe șezute
 - c. Cuprinde doar gamba și planta
 - d. Implică toată extremitatea
 - e. Se dezvoltă în stadiile tardive ale patologiei
883. CM. Edemul membrului inferior în caz de insuficiență venoasă cronică are următoarele caracteristici:
- a. Se dezvoltă acut
 - b. Se dezvoltă treptat
 - c. Se extinde pe coapsă
 - d. Diminuează în poziția orizontală a pacientului
 - e. Se asociază cu un sindrom algic pronunțat
884. CM. Simptomul Buerger-Ratschow în caz de sindrom de ischemie cronică include următoarele momente:
- a. Hiperemia plantară la elevarea extremității
 - b. Paloarea plantară la elevarea extremității
 - c. Hiperemia plantară la lăsarea în jos a extremității
 - d. Paloarea plantară la lăsarea în jos a extremității
 - e. Pulsația slăbită pe arterele piciorului
885. CS. *Phlegmasia cerulea dolens* reprezintă:
- a. Sinonimul ischemiei cronice severe a extremității
 - b. Simptomul tipic al emboliei arteriale
 - c. Complicația maladiei varicoase
 - d. Cea mai gravă formă a trombozei venelor magistrale
 - e. Stadia terminală a limfedemului
886. CM. Pentru stadiile tardive ale ischemiei acute a extremității sunt caracteristice următoarele date clinice:
- a. Dilatarea pronunțată a venelor subcutanate
 - b. Edemul pronunțat al coapsei și hiperemia plantară
 - c. Aspectul de marmoră al tegumentelor și hipotermia marcată a plantei
 - d. Edemul moderat al gambei
 - e. Plegia extremității și contractura în flexie
887. CM. Pentru gangrena umedă a extremității sunt caracteristice următoarele simptome clinice:
- a. Mirosul fetid caracteristic, pronunțat
 - b. Edemațiunea țesuturilor afectate
 - c. Prezența liniei de demarcare
 - d. Progresarea rapidă
 - e. Absența reacției generale a organismului și a simptomelor de intoxicare
888. CM. Tromboza venelor subcutanate în caz de maladie varicoasă (varicotromboflebita) se caracterizează prin următoarele simptome locale:
- a. Edem pronunțat al coapsei și gambei

- b. Hiperemia locală a pielii deasupra venelor trombozate
 - c. O parte din venele varicoase nu colabează la elevarea membrului
 - d. Durere sfișietoare la nivelul gambei și plantei
 - e. Simptomul Homans pozitiv
889. CM. Sindromul de insuficiență venoasă cronică a membrelor inferioare se caracterizează prin următoarele simptome locale:
- a. Atrofia mușchilor gambei
 - b. Hiperpigmentarea pielii în treimea inferioară a gambei
 - c. Lipsa pulsației la nivelul arterelor periferice
 - d. Edemul regiunii paramaleolare
 - e. Tendința spre dezvoltarea exemei
890. CM. Pentru sindromul de insuficiență venoasă cronică a membrelor inferioare nu sunt caracteristice următoarele simptome:
- a. Apariția ulcerelor în treimea inferioară, pe suprafața medială a gambei
 - b. Apariția unor ulcere mici, foarte dolore, la nivelul plantei
 - c. Lipodermatoscleroza la nivelul gambei
 - d. Fenomenul “atrofiei albe a pielii”
 - e. Dureri nocturne pronunțate la nivelul extremității afectate
891. CM. Palparea pulsului la nivelul arterei brahiale se efectuează în:
- a. Fosa axilară, la marginea piloasă anterioară
 - b. Sulcus brahi medialis
 - c. Fosa cubitală, medial de tendonul bicepsului brahial
 - d. Regiunea laterală a fosetei supraclaviculare
 - e. Regiunea deltoidiană, în profunzimea țesuturilor moi
892. CS. Palparea pulsului pe artera femurală se efectuează în:
- a. Punctul, localizat la hotarul treimii superioare și medii a liniei, ce unește ombilicul și spina iliaca anterioară superioară
 - b. Proiecția canalului Hunter
 - c. Punctul, localizat cu 5 cm mai sus de marginea superioară a patelei
 - d. Punctul, localizat la hotarul treimii externe și medii a ligamentului inghinal
 - e. Punctul, localizat la hotarul treimii interne și medii a ligamentului inghinal
893. CM. Palparea pulsului pe artera poplitee se efectuează:
- a. În treimea inferioară a coapsei
 - b. În treimea superioară a gambei
 - c. În profunzimea fosei poplitee
 - d. Cu o mână
 - e. Cu două mâini
894. CS. Aproximativ la 10% dintre indivizii sănătoși nu este posibil de apreciat pulsul pe:
- a. Artera radială
 - b. Artera humerală
 - c. Arterele dorsale ale plantei
 - d. Artera poplitee
 - e. Artera femurală
895. CM. În caz de fistulă arteriovenoasă palpator pot fi apreciate următoarele simptome:
- a. Simptomul Homans
 - b. Simptomul Branham
 - c. Simptomul “freamătului de pisică” (suflul sistolo-diastolic)
 - d. Simptomul Trendelenburg
 - e. Simptomul Büberger-Ratschow
896. CS. La evaluarea simptomului Branham rezultatul este apreciat pozitiv dacă:
- a. Apare durere acută în extremitatea examinată

- b. Sporește frecvența respiratorie
 - c. Scade frecvența contracțiilor cardiace
 - d. Crește frecvența contracțiilor cardiace
 - e. Se determină edemul pronunțat al extremității
897. CS. Grupa de simptome, reunite în literatura anglofonă sub termenul "6P", este caracteristică pentru:
- a. Ischemia acută a extremității
 - b. Ischemia cronică a extremității
 - c. Aneurismul arterial
 - d. Tromboza venoasă acută
 - e. Insuficiența venoasă cronică
898. CM. Indicați simptomele tipice ale ischemiei acute a membrelor inferioare.
- a. Dereglarea sensibilității în regiunea plantei
 - b. Claudicația intermitentă
 - c. Edemul pronunțat al coapsei
 - d. Limitarea sau absența mișcărilor active la nivelul degetelor plantei
 - e. Suflul sistolic, auscultat deasupra arterelor plantei
899. CM. Indicați manifestările, ce nu se referă la grupa de simptome reunite în literatura anglofonă sub termenul "6P".
- a. *Paresthesia* – parestezia
 - b. *Pallor* - paloarea tegumentelor
 - c. *Polyuria* – poliuria
 - d. *Poikilocytosis* – poichilocitoza
 - e. *Pain* – durerea
900. CS. Pericolul principal în cazul dezvoltării trombozei venei safene mari constă în:
- a. Dezvoltarea inevitabilă a sindromului posttrombotic
 - b. Posibilitatea dezvoltării trombemboliei arterei pulmonare
 - c. Necesitatea înlăturării întregului trunchi venos afectat
 - d. Riscul major de dezvoltare a complicațiilor septice
 - e. Posibilitatea dezvoltării gangrenei extremității
901. CM. Indicați simptomele, prezente în caz de tromboză a venelor profunde a membrului inferior.
- a. Simptomul Branham
 - b. Simptomul Mozes
 - c. Simptomul Kocher
 - d. Simptomul Buerger-Ratschow
 - e. Simptomul Homans
902. CS. Apariția durerilor acute în mușchii gastrocnemieni la flexia pasivă dorsală a plantei este considerată, în semiologia vasculară, ca simptomul pozitiv:
- a. Branham
 - b. Homans
 - c. Kocher
 - d. Buerger-Ratschow
 - e. Mozes
903. CM. Cu scop de diagnostic clinic al refluxului venos patologic în caz de maladie varicoasă în bazinul venei safene mari se utilizează:
- a. Proba Hackenbruch
 - b. Proba Trendelenburg
 - c. Proba Velpaux
 - d. Proba Homans
 - e. Proba Delbet-Perthes
904. CS. Cu scop de diagnostic clinic al permeabilității venelor profunde ale membrelor inferioare înainte de intervenția chirurgicală pentru boala varicoasă se utilizează:

- a. Proba Hackenbruch
 - b. Proba Trendelenburg
 - c. Proba Velpeux
 - d. Proba Homans
 - e. Proba Delbet-Perthes
905. CM. Suflul sistolic deasupra arterelor magistrale se auscultă în caz de:
- a. Hipertensiune arterială
 - b. Tromboză arterială acută
 - c. Stenoză arterială
 - d. Ocluzie arterială
 - e. Anevrism arterial
906. CS. Suflul continuu (sistolo-diastolic) deasupra arterelor magistrale se auscultă în caz de:
- a. Embolie a arterelor periferice
 - b. Tromboză arterială acută
 - c. Stenoză critică a arterelor magistrale
 - d. Ocluzie arterială
 - e. Fistulă arterio-venoasă
907. CS. În cazul auscultării suflului sistolic în fosa poplitee se va suspecta:
- a. Tromboza acută a arterei poplitee
 - b. Stenoza critică a arterei poplitee
 - c. Anevrismul arterei poplitee
 - d. Embolia arterei poplitee
 - e. Fistula arterio-venoasă în regiunea fosei poplitee
908. CM. Indicați arterele, auscultația cărora nu are semnificație clinică în caz de sindrom de ischemie a membrelor inferioare.
- a. Artera tibială anterioară
 - b. Artera peronee
 - c. Artera iliacă
 - d. Artera femurală
 - e. Artera tibială posterioară
909. CM. Indicați afirmațiile corecte referitoare la leziunile traumatice.
- a) Reprezintă cauza principală a letalității printre populația în vîrsta de la 1 pînă la 50 ani
 - b) Ocupă primul loc în structura letalității
 - c) Reprezintă cauza principală a letalității printre populația de toate vîrstele
 - d) Ocupă al doilea loc în structura letalității
 - e) Bărbații se traumează de două ori mai frecvent ca femeile
910. CS. Aproximativ jumătate din toate decesele se produc în primele secunde sau minute după traumatism și sunt condiționate de:
- a) Complicații septice
 - b) Leziunile aortei, cordului și creierului
 - c) Persistența hemoragiei
 - d) Insuficiența poliorganică
 - e) Dezvoltarea bolii traumatice
911. CS. Ora "de aur" la bolnavii cu traumă asociată gravă este denumită:
- a) Prima oră după internarea pacientului
 - b) Prima oră după operație
 - c) Prima oră după traumă
 - d) Prima oră după resuscitarea bolnavului din șoc
 - e) Prima oră după stoparea hemoragiei

912. CS. Care este rata mortalității cauzate de traumatism, ce survine pe parcursul celui de-al doilea val al letalității (în primele ore după traumă)?
- 20%
 - 30%
 - 40%
 - 50%
 - 60%
913. CM. Pe parcursul orei “de aur” după un traumatism grav prin aplicarea măsurilor curative oportune pot fi prevenite multiple decese, legate cu:
- Leziunea sistemului nervos central
 - Lezarea oaselor extremităților și ale bazinului
 - Insuficiența poliorganică
 - Persistența hemoragiei
 - Complicațiile septice
914. CM. Ce factori joacă un rol principal în biomecanica traumei închise?
- Acțiunea combinată (termică și chimică) a agentului vulnerant
 - Compresia țesuturilor în timpul impactului (loviturii)
 - Detășarea țesuturilor de-a lungul propulsiei agentului penetrant
 - Hemoragia externă masivă
 - Modificarea vitezei deplasării corpului accidentatului (accelerarea sau micșorarea)
915. CS. Sub termenul de “catatraumatism” se subînțelege:
- Traumatism la locul de muncă
 - Traumatism rutier
 - Traumatism prin cădere de la înălțime
 - Traumatism sportiv
 - Traumatism în urma manipulațiilor medicale
916. CS. Prin termenul de traumă iatrogenă se subînțelege:
- Traumatism la locul de muncă
 - Traumatism rutier
 - Traumatism prin cădere de la înălțime
 - Traumatism sportiv
 - Traumatism în urma manipulațiilor medicale
917. CM. După caracterul agentului vulnerant se disting următoarele tipuri de traumatisme:
- Sportive
 - Psihice
 - Electrice
 - Mecanice
 - Chimice
918. CS. Ce traumatism este numit multiplu?
- Leziunea a două sau mai multe organe dintr-un sistem anatomic
 - Leziunea în urma acțiunii a doi sau mai mulți factori traumatizanți
 - Două sau mai multe leziuni ale unui organ
 - Leziunea concomitentă a organelor din diferite sisteme anatomice
 - Leziunea unui singur organ
919. CS. Ce traumatism este numit asociat?
- Leziunea a două sau mai multe organe dintr-un sistem anatomic
 - Leziunea unui singur organ
 - Două sau mai multe leziuni ale unui organ
 - Leziunea concomitentă a organelor din diferite sisteme anatomice
 - Leziunea în urma acțiunii a doi sau mai mulți factori traumatizanți

920. CM. Care dintre leziunile enumerate se referă la traumatism izolat?
- Leziunea solitară a unui organ
 - Leziunea multiplă a unui organ
 - Leziunea a două organe în limita unei regiuni anatomice
 - Leziunea solitară a cîte un organ din diferite sisteme anatomice (pulmon, splină, fractura gambei)
 - Leziunea solitară a două organe din diferite sisteme anatomice
921. CM. Care dintre leziunile enumerate se referă la traumatism asociat?
- Leziunea stomacului, ficatului și a splinei
 - Fractura femurului și arsura prin flacăra a membrelor inferioare
 - Ruptura splinei și fractura coastelor
 - Fractura coastelor, leziunea pulmonului și pneumotoracele
 - Fractura femurului, comotia cerebrală și leziunea ficatului
922. CM. Care dintre leziunile enumerate se referă la traumatism multiplu?
- Leziunea stomacului, ficatului și splinei
 - Fractura femurului și arsura prin flacăra a membrului inferior
 - Ruptura splinei și fractura coastelor
 - Fractura coastelor, leziunea pulmonului și pneumotoracele
 - Fractura femurului, comotia cerebrală și leziunea ficatului
923. CS. La traumatismul multiplu se referă:
- Leziunea a două sau mai multe organe dintr-un sistem anatomic
 - Leziunea a două sau mai multe organe din diferite sisteme anatomice
 - Leziunea multiplă a unui organ în limitele unui sistem anatomic
 - Leziunea în urma acțiunii a doi sau mai mulți factori traumatizanți
 - Toate cele enumerate
924. CM. Ce perioade se disting în evoluția bolii traumatice?
- Perioada șocului traumatic
 - Perioada stabilizării hemodinamicii
 - Perioada manifestărilor precoce
 - Perioada dereglărilor tardive
 - Perioada reconvalescenței
925. CM. Prin ce se caracterizează perioada șocului traumatic în evoluția bolii traumatice?
- Dezvoltarea proceselor distrofice și sclerotice în organele interne
 - Este condiționată de leziunea nemijlocită a țesuturilor și hemoragia acută
 - Este condiționată de direcționarea masivă spre sînge a toxinelor tisulare și bacteriene
 - Durează de la cîteva ore pînă la 2 zile
 - Dezvoltarea insuficienței cardio-vasculare acute
926. CM. Prin ce se caracterizează perioada manifestărilor precoce în evoluția bolii traumatice?
- Este condiționată de direcționarea masivă spre sînge a toxinelor tisulare și bacteriene
 - Este condiționată de leziunea nemijlocită a țesuturilor și hemoragia acută
 - Durează de la cîteva ore pînă la 2 zile
 - Durează de la 2 pînă la 10 zile
 - Ascensiunea temperaturii corporale peste 38°C
927. CS. În ce perioadă a bolii traumatice la traumatizat se poate dezvolta toxemia acută și septicopiemia?
- În perioada șocului traumatic
 - În perioada manifestărilor precoce
 - În perioada modificărilor tardive
 - În perioada de reconvalescență
 - În perioada modificărilor distrofice și atrofice

928. CM. Prin ce se caracterizează perioada dereglărilor tardive în evoluția bolii traumatice?
- a) Dezvoltarea proceselor distrofice și sclerotice în organele interne
 - b) Este condiționată de leziunea nemijlocită a țesuturilor și hemoragia acută
 - c) Este condiționată de direcționarea masivă spre sânge a toxinelor tisulare și bacteriene
 - d) Dezvoltarea contracturilor și anchilozelor
 - e) Dezvoltarea insuficienței cardio-vasculare acute
929. CS. Durata perioadei de reconvenșență în boala traumatică constituie:
- a) Pînă la 2 zile
 - b) De la 2 pînă la 10 zile
 - c) De la 2 pînă la 3 săptămîni
 - d) De la 1 pînă la 3 luni
 - e) De la cîteva luni pînă la cîteva ani
930. CM. Mecanismele leziunii primare a creierului în caz de traumatism includ:
- a) Leziunea vaselor
 - b) Creșterea presiunii intracraniene
 - c) Hipoxia
 - d) Leziunea structurilor cerebrale
 - e) Dereglarea proceselor biochimice în celulele cerebrale
931. CM. Mecanismele leziunii secundare a creierului în caz de traumatism includ:
- a) Leziunea vaselor
 - b) Creșterea presiunii intracraniene
 - c) Hipoxia
 - d) Leziunea structurilor cerebrale
 - e) Dereglarea proceselor biochimice în celulele cerebrale
932. CM. Ce simptome locale pot mărturisi despre traumatismul cranio-cerebral grav (de exemplu, fractura oaselor bazei craniului)?
- a) Hemoragia semnificativă din plaga regiunii capului
 - b) Semnul "ochelarilor"
 - c) Otorea
 - d) Echimoze în regiunea procesului mastoid
 - e) Rinorea
933. CM. Ce semne se referă la simptome cerebrale generale în caz de traumatism cranio-cerebral?
- a) Hipertermia
 - b) Pareza unilaterală
 - c) Anizocoria
 - d) Cefalea, vertijul
 - e) Greața, voma
934. CM. Ce semne se referă la simptomele de focar în caz de traumatism cranio-cerebral?
- a) Hipertermia
 - b) Pareza unilaterală
 - c) Anizocoria
 - d) Cefalea, vertijul
 - e) Greața, voma
935. CS. Prin ce se manifestă hemipareza unilaterală în caz de traumatism cranio-cerebral?
- a) Pierderea funcției musculare a mîinii și piciorului de o parte a corpului

- b) Diminuarea mișcărilor voluntare la nivelul ambelor membre inferioare
 - c) Diminuarea mișcărilor voluntare la nivelul mâinii și extremității inferioare de o parte a corpului
 - d) Pierderea funcției musculare a ambelor membre inferioare
 - e) Diminuarea mișcărilor voluntare la nivelul ambelor mâini
936. CS. Prin ce se manifestă hemiplegia unilaterală în caz de traumatism cranio-cerebral?
- a) Pierderea funcției musculare a mâinii și piciorului pe de o parte a corpului
 - b) Diminuarea mișcărilor voluntare la nivelul ambelor membre inferioare
 - c) Diminuarea mișcărilor voluntare la nivelul mâinii și piciorului pe de o parte a corpului
 - d) Pierderea funcției musculare a ambelor extremități inferioare
 - e) Diminuarea mișcărilor voluntare la nivelul ambelor mâini
937. CS. Cum este definită inegalitatea diametrelor pupilelor în caz de traumatism cranio-cerebral?
- a) Exoftalm
 - b) Midriază
 - c) Anizocorie
 - d) Nistagm
 - e) Diplopie
938. CS. Scara Glasgow este utilizată pentru aprecierea:
- a) Gradului de obezitate
 - b) Riscului operator
 - c) Stării de conștientă
 - d) Severității hemoragiei
 - e) Prognosticului bolii arșilor
939. CM. Ce parametri se utilizează pentru aprecierea stării de conștientă conform scării Glasgow în caz de traumatism cranio-cerebral?
- a) Deschiderea ochilor
 - b) Reacția pupilelor la lumină
 - c) Vorbirea
 - d) Mișcărilor
 - e) Sensibilitatea cutanată
940. CM. Ce leziuni cranio-cerebrale conduc spre dezvoltarea doar a simptomaticii cerebrale generale?
- a) Fracturile oaselor craniului
 - b) Contuzia cerebrală
 - c) Leziunea axonală difuză
 - d) Comoția cerebrală
 - e) Compresia cerebrală de către un hematom
941. CM. Ce leziuni cranio-cerebrale conduc spre dezvoltarea atât a simptomaticii cerebrale generale, cât și a celei de focar?
- a) Fracturile oaselor craniului
 - b) Contuzia cerebrală
 - c) Leziunea axonală difuză
 - d) Comoția cerebrală
 - e) Compresia cerebrală de către un hematom
942. CS. Indicați cea mai ușoară formă de leziune cerebrală.
- a) Contuzia cerebrală
 - b) Leziunea axonală difuză

- c) Comoția cerebrală
 - d) Compresia creierului
 - e) Hematomul subdural sau epidural
943. CM. Ce hematom în caz de traumatism cranio-cerebral nu conduce spre compresie cerebrală?
- a) Hematomul epidural
 - b) Hematomul subdural
 - c) Hematomul subaponeurotic
 - d) Hematomul intracerebral
 - e) Hematomul subcutan
944. CM. Se disting următoarele tipuri de fracturi ale oaselor craniului:
- a) Fracturi în "lemn verde"
 - b) Fracturi ale bazei craniului
 - c) Fracturi lineare
 - d) Fracturi deschise
 - e) Fracturi înfundate
945. CS. Ce simptom nu se întâlnește în caz de comoție cerebrală?
- a) Bradicardia
 - b) Pierderea conștienței
 - c) Cefalea
 - d) Amnezia retrogradă
 - e) Anizocoria
946. CM. Care dintre simptomele enumerate mărturisesc despre compresiunea cerebrală de către un hematom posttraumatic?
- a) Anizocoria
 - b) Hemipareza
 - c) Amnezia retrogradă
 - d) Oliguria
 - e) Somnolența
947. CM. De care factori depinde simptomatologia neurologică în caz de hematom intracerebral?
- a) Starea hemodinamicii centrale
 - b) Calitatea terapiei perfuzionale
 - c) Localizarea hematomului
 - d) Starea sistemului de coagulare a sîngelui
 - e) Dimensiunile hematomului
948. CS. Care este metoda optimală de tratament în caz de hematom intracerebral?
- a) Terapia hemostatică
 - b) Terapia perfuzională (prevenirea edemului cerebral)
 - c) Terapia anticonvulsivantă
 - d) Chirurgicală (trepanarea)
 - e) Endovasculară (obturarea vasului hemoragic)
949. CS. Emfizemul subcutanat în caz de traumatism al cutiei toracice indică asupra:
- a) Hemotoracelui
 - b) Pneumotoracelui
 - c) Hidrotoracelui
 - d) Pictoracelui

- e) Fracturii coastelor
950. CM. Ce simptome se determină constant în caz de fractură a coastelor?
- a) Durerea locală la palpare
 - b) Hematomul subcutanat
 - c) Emfizemul subcutanat
 - d) Mobilitatea patologică și crepitația eschilelor osoase
 - e) Asimetria cutiei toracice
951. CM. Asocierea căror simptome permite stabilirea clinică a diagnosticului de fractură a coastelor?
- a) Crepitația eschilelor osoase
 - b) Durerea locală
 - c) Deformarea
 - d) Emfizemul subcutanat
 - e) Diminuarea respirației de partea afectată
952. CM. Care sunt manifestările clinice ale fracturilor flotante de coaste?
- a) Mobilitatea anormală
 - b) Diminuarea excursiei respiratorii a cutiei toracice de partea traumatizată
 - c) Respirația "paradoxală"
 - d) Crepitația
 - e) Prezența defectului major al peretelui toracic
953. CM. Ce afirmații caracterizează veridic fenomenul de "respirație paradoxală" în caz de fracturi flotante ale coastelor?
- a) La inspir partea afectată proiemină (se bombează)
 - b) La expir partea afectată colabează (se retrage)
 - c) La inspir partea afectată colabează (se retrage)
 - d) La expir partea afectată proiemină (se bombează)
 - e) La inspir se auscultă suflul condiționat de aerul ce traversează defectul peretelui toracic
954. CM. Ce simptome caracterizează fracturile flotante ale coastelor?
- a) Linia de fractură este localizată în regiunea inferioară a carcasului osos
 - b) Diminuarea excursiei respiratorii a cutiei toracice de partea traumatizată
 - c) La inspir porțiunea afectată – se bombează, iar la expir – se retrage
 - d) Un segment al peretelui toracic nu are conexiune cu carcasul osos de bază
 - e) La inspir porțiunea afectată se retrage (colabează), iar la expir – se bombează (proiemină)
955. CM. Indicați afirmațiile corecte referitoare la fractura sternului.
- a) Mai frecvent sunt transversale
 - b) Se dezvoltă în urma unei lovituri foarte puternice în regiunea anterioară a cutiei toracice
 - c) Este asociată cu compresia pulmonului și deplasarea mediastinului spre partea contralaterală
 - d) Deplasarea posterioară a fragmentelor poate conduce spre leziunea cordului
 - e) Este caracteristică durerea puternică în torace sau spate, hipertensiunea la nivelul extremităților superioare și asimetria pulsului dintre membrele superioare și inferioare
956. CS. Despre ce mărturisește sunetul timpanic la percuția cutiei toracice în caz de traumă?
- a) Hemotorax
 - b) Pneumotorax
 - c) Hidrotorax
 - d) Pictorax
 - e) Fractura coastelor

957. CS. Matitatea percutorie de-asupra cutiei toracice în caz de traumă mărturisește despre:
- Hemotorax
 - Contuzia cordului
 - Pneumotorax
 - Fractura coastelor
 - Fractura sternului
958. CM. Indicați simptomele pneumotoracelui închis (obișnuit).
- Matitate percutorie de partea afectată
 - Diminuarea excursiei cutiei toracice de partea afectată
 - Timpanită percutorie de partea afectată
 - Dispnee
 - Respirația de partea afectată este diminuată sau lipsește
959. CS. Care este tratamentul recomandat atunci când pneumotoracele simplu este destul de mare, încât e vizibil pe radiografia panoramică?
- Puncția cavității pleurale cu aspirarea aerului
 - Decompresia cavității pleurale cu un ac gros
 - Terapia conservatorie cu examen radiologic în dinamică
 - Drenarea cavității pleurale cu un tub de dren
 - Toracotomia cu suturarea bronhiei lezate
960. CS. Pneumotoracele cu supapă se mai numește:
- Pneumotorax simplu
 - Pneumotorax deschis
 - Pneumotorax închis
 - Pneumotorax tensionat
 - Pneumotorax complicat
961. CM. Prin ce se caracterizează pneumotoraxul tensionat?
- Colabarea completă a pulmonului și deplasarea mediastinului și a traheii spre partea contralaterală
 - Presiunea intrapleurală se egalează cu cea a mediului extern și pulmonul este colabat
 - Hemoragiile interstițiale extinse și umplerea alveolelor cu sânge și plasmă, ceea ce conduce spre colabarea acestora
 - Aerul pătruns în cavitatea pleurală nu poate ieși spre mediul extern și se acumulează progresiv
 - Diminuarea afluxului venos și dereglarea ventilației în al doilea pulmon
962. CM. Ce semne diferențiază pneumotoraxul tensionat (cu supapă) de cel închis (obișnuit)?
- Turgescența venelor cervicale și cianoza
 - Sunetul percutor timpanic de partea afectată
 - Matitatea percutorie de partea afectată
 - Colabarea completă a pulmonului și deplasarea mediastinului și a traheii spre partea contralaterală
 - Dispnea
963. CS. Ce măsură curativă urgentă este indicată în caz de pneumotorace sufocant?
- Aplicarea pansamentului compresiv
 - Decompresia cavității pleurale cu un ac gros
 - Toracotomia cu suturarea defectului pulmonar
 - Fixarea fragmentelor coastelor prin intermediul osteosintezei extrafocale sau intraosoase
 - Bronhoscopia cu obturarea bronhului corespunzător
964. CM. Prin ce se caracterizează pneumotoraxul deschis?
- Presiunea intrapleurală se egalează cu cea a mediului extern și pulmonul colabează

- b) Aerul pătruns în cavitatea pleurală nu poate ieși spre mediul extern și se acumulează progresiv
 - c) Colabarea completă a pulmonului și deplasarea mediastinului și a traheii spre partea contralaterală
 - d) Prezența defectului mare al peretelui toracic
 - e) În general, se dezvoltă în rezultatul leziunii prin armă de foc
965. CM. În baza căror simptome e stabilit diagnosticul de pneumotorace deschis?
- a) La fiecă inspirație se aude zgomotul fluxului de aer, ce trece prin defectul peretelui toracic
 - b) Turgescența venelor cervicale
 - c) Se determină un defect mare al peretelui toracic
 - d) Colabarea completă a pulmonului și deplasarea mediastinului și a traheii spre partea contralaterală
 - e) Matitate percutorie pe partea afectată
966. CM. Care dintre semnele clinice enumerate sunt comune pentru hemotorace și pneumotorace?
- a) Starea de șoc
 - b) Sunetul percutor timpanic pe partea afectată
 - c) Dispnea
 - d) Matitatea percutorie de partea afectată
 - e) Diminuarea respirației de partea afectată
967. CM. Care semne clinice ale hemotoracelui nu se determină în caz de pneumotorax?
- a) Prezența șocului
 - b) Sunetul percutor timpanic de partea afectată
 - c) Dispnea
 - d) Matitatea percutorie de partea afectată
 - e) Diminuarea respirației de partea afectată
968. CM. Eventualele măsuri chirurgicale urgente în caz de hemotorax includ:
- a) Toracotomia
 - b) Aplicarea pansamentului ermetic
 - c) Angiografia cu embolizarea vasului hemoragic
 - d) Drenarea cavității pleurale
 - e) Fixarea fragmentelor coastelor prin intermediul osteosintezei extrafocale sau intraosoase
969. CM. Ce simptome sunt caracteristice pentru leziunea traheii și bronhiilor mari?
- a) Șocul hemoragic
 - b) Pneumotorax
 - c) Hemoptizie
 - d) Pneumomediastinum (prezența aerului în mediastin)
 - e) Matitate percutorie de-asupra ambelor cavități pleurale
970. CM. Ce este caracteristic pentru tamponada cordului?
- a) Conduce spre dereglarea contractilității cordului și diminuează reînnoirea venoasă
 - b) Ruptura diafragmală cu prolabarea organelor abdominale în cavitatea pleurală, ce este însoțită de compresia cordului
 - c) Mai frecvent se dezvoltă după leziunile penetrante ale regiunii centrale a cutiei toracice
 - d) Acumularea sîngelui în cavitatea pericardului
 - e) Cavitatea pleurală se umple cu cheaguri, ceea ce conduce spre compresia mediastinului
971. CM. Enumerați simptomele, ce constituie triada Beck în tamponada cordului.
- a) Hipotonia
 - b) Tahicardia
 - c) Dilatarea venelor jugulare

- d) Respirația “paradoxală”
 - e) Atenuarea zgomotelor cardiace
972. CS. Indicați triada Beck în tamponada cordului.
- a) Hipotonie, dilatarea difuză a limitelor cordului, prezența sîngelui în pericard în timpul punției
 - b) Atenuarea zgomotelor cardiace, hipotonie, dilatarea venelor jugulare
 - c) Indici elevați ai presiunii venoase centrale, dilatarea difuză a limitelor cordului, prezența sîngelui în pericard în timpul punției
 - d) Dilatarea venelor jugulare, dilatarea difuză a limitelor cordului, prezența sîngelui în pericard în timpul punției
 - e) Atenuarea zgomotelor cardiace, hipotonie, prezența plăgii în regiunea centrală a toracelui
973. CM. Asocierea a căror trei simptome constituie triada Beck în tamponada traumatică a cordului?
- a) Atenuarea zgomotelor cardiace
 - b) Diminuarea minut-volumului cardiac
 - c) Dilatarea limitelor topografice a cordului
 - d) Hipotonia arterială
 - e) Dilatarea venelor jugulare
974. CM. La simptomele rupturii traumatice a arcului aortei se referă:
- a) Cefalea violentă
 - b) Durerea pronunțată în torace sau spate
 - c) Hipertensiunea la nivelul extremităților superioare
 - d) Asimetria pulsului între membrele superioare și inferioare
 - e) Anuria
975. CS. Matitatea percutorie unilaterală în asociere cu perceperea peristaltismului în cutia toracică de partea afectată se determină în caz de:
- a) Pneumotorax tensionat
 - b) Hemotorax coagulat
 - c) Leziunea esofagului
 - d) Hernie diafragmală traumatică
 - e) Ruptura traumatică a intestinului
976. CM. Care dintre cauzele enumerate ale leziunilor traumatice a esofagului se referă la cele iatrogene?
- a) Esofagoscopia
 - b) Escarele ca urmare a tamponadei esofagiene cu sonda Blakemore
 - c) Bujarea (dilatarea) esofagului
 - d) Arsurile chimice ale esofagului
 - e) Plăgile penetrante ale esofagului
977. CM. În cazul leziunii traumatice a esofagului se determină următoarele simptome:
- a) Durere în cutia toracică
 - b) Emfizem subcutanat
 - c) Disfagie
 - d) Asimetria pulsului pe membrele superioare și inferioare
 - e) Tuse chinuitoare
978. CS. Cînd plaga abdomenului este considerată penetrantă?
- a) Atunci cînd este lezată pielea
 - b) Atunci cînd sunt lezate pielea, țesutul subcutanat, aponeuroza și mușchii peretelui abdominal anterior
 - c) Atunci cînd este lezat un organ din cavitatea peritoneală
 - d) Atunci cînd este lezat peritoneul parietal

e) Atunci cînd este lezat peritoneul visceral

979. CS. Care este scopul principal al examinării unui bolnav cu traumatism abdominal?

- a) Determinarea stării generale a bolnavului și prezenței patologiilor asociate
- b) Determinarea prezenței leziunilor intraabdominale
- c) Diferențierea dintre traumatismul deschis și închis
- d) Determinarea organului intraabdominal lezat
- e) Stabilirea circumstanțelor exacte ale traumatismului

980. CM. Ce sindroame clinice se disting în cazul traumei abdomenului cu lezarea organelor interne?

- a) Sindromul ocluziei intestinale
- b) Sindromul hemoragic
- c) Sindromul inflamator
- d) Sindromul peritoneal
- e) Sindromul de intoxicare

981. CS. Pentru prima dată transplantarea cu succes a rinichiului de la donator viu a fost realizată de către:

- a) Alexis Carrell în Lyon
- b) Joseph Murray în Boston
- c) Theodor Billroth în Viena
- d) Ignaz Semmelweis în Budapesta
- e) Joseph Lister în Edinburgh

982. CM. Ce descoperiri fundamentale au stat la baza dezvoltării transplantologiei?

- a) Descoperirea aseptiei și antiseptiei
- b) Implementarea suturii vasculare
- c) Inventarea aparatului de respirație mecanică
- d) Apariția imunosupresoarelor
- e) Descoperirea legilor histocompatibilității

983. CM. Ce organe și țesuturi pot fi prelevate pentru transplantare de la donator viu?

- a) Cordul
- b) Cornea
- c) Rinichiul
- d) Segment de intestin
- e) Lobul ficatului

984. CM. Ce organe și țesuturi pot fi prelevate pentru transplantare doar de la cadavru?

- a) Osul
- b) Cordul
- c) Ficatul integru
- d) Cornea
- e) Intestinul

985. CM. Indicați semnele clinice ale morții cerebrale, care sunt evaluate în vederea eventualului transplant de organe.

- a) Absența răspunsului motor la stimuli dureroși al extremităților inferioare
- b) Absența răspunsului motor la stimuli dureroși aplicați în zona capului sau feței
- c) Absența reflexelor pupilare și corneene
- d) Absența respirației spontane
- e) Absența conștienței timp de 14 zile

986. CS. După prelevarea organelor pentru transplantare, cel mai mult timp în condiții de ischemie rece în afara corpului poate fi menținut:

- a) Rinichiul
- b) Ficatul
- c) Pancreasul

- d) Cordul
- e) Plămânul

987. CS. Perioada de ischemie caldă în transplantul de organe se începe:

- a) După eliminarea organului donat dintr-o soluție rece de preservare
- b) După clamparea aortei și introducerea gheții în corpul donatorului
- c) După începutul disecției pe masa de operație adițională, unde vasele organului donat sunt pregătite pentru anastomoză
- d) După conectarea vaselor organului donat cu vasele sangvine ale recipientului
- e) După înlăturarea organului din organismul donatorului

988. CM. În care forme de transplantare reacția de rejet nu se va declanșa?

- a) Alogenă
- b) Singenă
- c) Xenogenă
- d) Autogenă
- e) Exogenă

989. CS. În care dintre pozițiile enumerate se vorbește despre transplantare ortotopică?

- a) Rinichiul transplantat este prelevat de la sora sau fratele gemene univitelin
- b) Rinichiul se implantează în regiunea iliacă, conectându-se la artera și vena iliacă, iar ureterul - în vezica urinară
- c) Rinichiul destinat transplantării este prelevat de la animal
- d) Rinichiul destinat transplantării este prelevat de la mama pacientului
- e) După înlăturarea celui afectat, rinichiul transplantat se plasează în locul său anatomic

990. CS. În care dintre pozițiile enumerate se vorbește despre transplantare heterotopică?

- a) Rinichiul transplantat este prelevat de la sora sau fratele gemene univitelin
- b) Rinichiul se implantează în regiunea iliacă, conectându-se la artera și vena iliacă, iar ureterul - în vezica urinară
- c) Rinichiul destinat transplantării este prelevat de la animal
- d) Rinichiul destinat transplantării este prelevat de la mama pacientului
- e) După înlăturarea celui afectat, rinichiul transplantat se plasează în locul său anatomic

991. CS. Care dintre aceste opțiuni de transplantare se referă la transplant xenogen?

- a) La pacient este transplantat un organ de la geamănul său monozigot
- b) La pacient este transplantat propriul organ
- c) La pacient este transplantat un organ de la animal
- d) La pacient este transplantat un organ de la frate sau soră
- e) La pacient este transplantat un organ artificial

992. CS. Care dintre aceste opțiuni de transplantare se referă la transplant singenic?

- a) La pacient este transplantat un organ de la geamănul său monozigot
- b) La pacient este transplantat propriul organ
- c) La pacient este transplantat un organ de la animal
- d) La pacient este transplantat un organ de la donator, selectat în baza compatibilității tisulare
- e) La pacient este transplantat un organ artificial

993. CS. Care dintre aceste opțiuni de transplantare se referă la transplant alogen?

- a) La pacient este transplantat un organ de la geamănul său monozigot
- b) La pacient este transplantat propriul organ
- c) La pacient este transplantat un organ de la animal
- d) La pacient este transplantat un organ de la donator, selectat în baza compatibilității tisulare
- e) La pacient este transplantat un organ artificial

994. CS. Utilizarea materialelor non-organice sau sintetice pentru înlocuirea țesuturilor și organelor se numește:

- a) Protezare
- b) Transplantare heterotopică
- c) Transplantare ortotopică

- d) Replantare
- e) Transplantare xenogenă

995. CM. Indicați antigenii de histocompatibilitate responsabili pentru rejețul organelor și a țesuturilor transplantate la om.

- a) Antigenii sistemului ABO
- b) Antigenii microbieni în cazul încălcării regulilor aseptice
- c) Antigenii leucocitari umani
- d) Antigenii minori ai histocompatibilității
- e) Antigenii trombocitari

996. CM. Care sunt tipurile de rejeț, întâlnite în transplantare?

- a) Rejețul hiperacut
- b) Rejețul subacut
- c) Rejețul acut
- d) Rejețul cronic
- e) Rejețul recidivant

997. CM. Indicați cauza rejețului hiperacut de transplant.

- a) Incompatibilitatea după sistemul ABO
- b) Răspunsul imun T-limfocitar
- c) Prezența la recipient a anticorpilor către HLA ai donatorului
- d) Ischemia și fibroza organului transplantat
- e) Nerespectarea regulilor de asepsie

998. CS. Indicați cauza rejețului acut de transplant.

- a) Incompatibilitatea după sistemul ABO
- b) Răspunsul imun T-limfocitar
- c) Prezența la recipient a anticorpilor către HLA ai donatorului
- d) Ischemia și fibroza organului transplantat
- e) Nerespectarea regulilor de asepsie

999. CS. Indicați cauza rejețului cronic de transplant.

- a) Incompatibilitatea după sistemul ABO
- b) Răspunsul imun T-limfocitar
- c) Prezența la recipient a anticorpilor către HLA ai donatorului
- d) Ischemia și fibroza organului transplantat
- e) Nerespectarea regulilor de asepsie

1000. CS. Prevenirea rejețului transplantului în perioada postoperatorie constă în:

- a) Determinarea compatibilității conform sistemului ABO
- b) Determinarea compatibilității conform sistemului HLA
- c) Transplantarea repetată
- d) Tratamentul imunosupresiv îndelungat
- e) Tratamentul infecțiilor bacteriene și virale

1001. CS. Ce reprezintă sepsisul?

- a) Prezența bacteriilor în patul sangvin cu metastaze purulente în țesuturi și organe
- b) Un fenomen microbial caracterizat prin răspuns inflamator local la prezența microorganismelor
- c) Prezența și multiplicarea activă a bacteriilor în patul sangvin
- d) Prezența bacteriilor în patul sangvin
- e) Un proces infecțios caracterizat prin reacție inflamatorie sistemică

1002. CM. Ce fenomene clinice sunt caracteristice pentru sepsis?

- a) Bacteriemie persistentă
- b) Bacteriemie tranzitorie
- c) Bacteriemie simptomatică
- d) Septicemie
- e) Septicopiemie

1003. CS. Ce reprezintă bacteriemia?
- Prezența bacteriilor în patul sangvin
 - Prezența bacteriilor în patul sangvin cu metastaze purulente în țesuturi și organe
 - Prezența și multiplicarea activă a bacteriilor în patul sangvin
 - Un fenomen microbial caracterizat prin răspuns inflamator local la prezența microorganismelor
 - Un proces infecțios caracterizat prin reacție inflamatorie sistemică
1004. CS. Ce reprezintă septicemia?
- Un proces infecțios caracterizat prin reacție inflamatorie sistemică
 - Un fenomen microbial caracterizat prin răspuns inflamator local la prezența microorganismelor
 - Prezența și multiplicarea activă a bacteriilor în patul sangvin
 - Prezența bacteriilor în patul sangvin
 - Prezența bacteriilor în patul sangvin cu metastaze purulente în țesuturi și organe
1005. CS. Ce reprezintă septicopiemia?
- Prezența și multiplicarea activă a bacteriilor în patul sangvin
 - Un proces infecțios caracterizat prin reacție inflamatorie sistemică
 - Prezența bacteriilor în patul sangvin cu metastaze purulente în țesuturi și organe
 - Un fenomen microbial caracterizat prin răspuns inflamator local la prezența microorganismelor
 - Prezența bacteriilor în patul sangvin
1006. CM. Care afirmații caracterizează corect sepsisul?
- Clinic se manifestă în același mod deși agenții microbieni provocători pot fi diferiți
 - Sepsisul nu are perioada de incubație
 - Tabloul clinic al sepsisului depinde de tipul agentului microbial provocător
 - Sepsisul reprezintă un proces sistemic
 - Perioada de incubație în sepsis este scurtă (<24 ore)
1007. CM. Pentru diagnosticul sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS) se utilizează următoarele criterii:
- Nivelul leucocitelor în sânge
 - Tensiunea arterială sistolică
 - Temperatura corpului
 - Frecvența respiratorie
 - Frecvența contracțiilor cardiace
1008. CM. Ce criterii confirmă prezența sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS)?
- Frecvența contracțiilor cardiace < 90 bătăi/min
 - Frecvența contracțiilor cardiace > 90 bătăi/min
 - Temperatura corpului > 37,5°C
 - Temperatura corpului > 38°C
 - Temperatura corpului < 36°C
1009. CM. Ce criterii confirmă prezența sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS)?
- Numărul leucocitelor în sânge > 12.000/mm³
 - Numărul leucocitelor în sânge < 4.000/mm³
 - Tensiunea arterială sistolică < 90 mm Hg
 - Frecvența respiratorie < 14 respirații/min
 - Frecvența respiratorie > 20 respirații/min
1010. CS. Asocierea cărora dintre indicii enumerați corespunde prezenței la pacient a sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS)?
- Temperatura corporală – 38,5°C; Frecvența contracțiilor cardiace – 90 bătăi/min; Frecvența respiratorie – 16 respirații/min; Numărul de leucocite în sânge – 14.000/mm³
 - Temperatura corporală – 38,5°C; Frecvența contracțiilor cardiace – 88 bătăi/min; Frecvența respiratorie – 18 respirații/min; Numărul de leucocite în sânge – 11.000/mm³
 - Temperatura corporală – 37,7°C; Frecvența contracțiilor cardiace – 100 bătăi/min; Frecvența respiratorie – 17 respirații/min; Numărul de leucocite în sânge – 9.000/mm³

- d) Temperatura corporală – 37,5°C; Frecvența contracțiilor cardiace – 84 bătăi/min; Frecvența respiratorie – 22 respirații/min; Numărul de leucocite în sânge – 10.000/mm³
- e) Temperatura corporală – 36,2°C; Frecvența contracțiilor cardiace – 70 bătăi/min; Frecvența respiratorie – 14 respirații/min; Numărul de leucocite în sânge – 3.000/mm³

1011. CS. Care este definiția „sepsisului sever”?

- a) Sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS) asociat cu disfuncția de organ
- b) Sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS) asociat cu focarul confirmat de infecție
- c) Sepsisul asociat cu disfuncția de organ
- d) Sindromul de răspuns inflamator sistemic (SIRS)
- e) Sepsisul asociat cu hipotensiunea arterială în pofida resuscitării volemice adecvate

1012. CM. Indicați cauzele incidenței contemporane sporite a sepsisului.

- a) Sporirea utilizării remediilor ce cresc supraviețuirea în patologiile de bază, dar provoacă imunosupresie
- b) Utilizarea metodelor invazive în monitorizarea și tratamentul pacienților în stare critică
- c) Sporirea antibioticorezistenței microorganismelor
- d) Optimizarea măsurilor diagnostice în cazul sepsisului
- e) Factorii genetici influențează riscul dezvoltării sepsisului și a decesului din cauza infecției

1013. CM. Un risc elevat de devoltare a sepsisului se remarcă la:

- a) Bolnavii cu diabet zaharat
- b) Bolnavii cu lupus eritematos sistemic
- c) Bărbați
- d) Femei
- e) Bolnavii cu ateroscleroză

1014. CM. Indicați cele trei citokine cu semnificație maximă în patogeneza sepsisului.

- a) Interleukina 10 (IL10)
- b) Factorul activării trombocitelor (PAF)
- c) Factorul necrozei tumorale (TNF-alpha)
- d) Interleukina 1 (IL1)
- e) Prostaglandina E (PGE)

1015. CM. Ce efecte generalizate produc citokinele în cazul sepsisului chirurgical?

- a) Leziunea endoteliului
- b) Adeziunea neutrofile-endoteliu
- c) Coagulopatie cu hemoragii capilare și microtromboză
- d) Eliberarea sângelui din organe și țesuturi-depou
- e) Paralizia centrului respirator și stop cardiac

1016. CM. Care sunt mecanismele de bază ale insuficienței de organe în sepsis?

- a) Coagularea intravasculară și fibrinoliza excesivă
- b) Bypass-ul circulației capilare (defect distributiv)
- c) Pierderea sangvină masivă
- d) Eliberarea excesivă a citokinelor endogene
- e) Translocarea bacteriilor intestinale și a endotoxinelor spre circuitul portal și cel sistemic

1017. CS. Care este mecanismul fenomenului de translocare bacteriană, ce conduce spre sepsis și insuficiență poliorganică?

- a) Dereglaarea funcției de barieră a intestinului
- b) Șuntarea (ocolirea) circuitului capilar
- c) Leziunea endoteliului de către citokine
- d) Micșorarea activității fagocitare a neutrofilelor
- e) Coagulopatia cu formarea microtrombilor și stoparea aportului oxigenului către țesuturi

1018. CM. Ce clasificări ale sepsisului există?

- a) În raport cu evoluția clinică
- b) În raport cu tipul agentului bacteriologic

- c) În raport cu nivelul imunosupresiei pacientului
- d) În raport cu localizarea focarului primar de infecție
- e) În raport cu gradul severității

1019. CS. Indicați agentul microbian cel mai rar implicat în cauzarea sepsisului.

- a) *Bacteroides fragilis*
- b) *Escherichia Coli*
- c) *Klebsiella*
- d) *Candida*
- e) *Staphylococcus*

1020. CS. În practica clinică cel mai frecvent se observă:

- a) Sepsisul urologic (urosepsis)
- b) Sepsisul neonatal
- c) Sepsisul abdominal
- d) Sepsisul pulmonar
- e) Sepsisul, cauzat de patologii ale țesuturilor moi (flegmon, gangrenă)

1021. CM. Pe care dintre criteriile enumerate se bazează diagnosticul clinic de sepsis sever?

- a) Depistarea semnelor insuficienței poliorganice
- b) Evaluarea nivelului citokinelor în sânge
- c) Depistarea hemoculturii sau uroculturii pozitive
- d) Evidențierea semnelor locale ale infecției chirurgicale
- e) Depistarea criteriilor pozitive ale sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS)

1022. CM. Pe care criterii se bazează diagnosticul de laborator al sepsisului sever?

- a) Hemocultura pozitivă
- b) Trombocitopenia $< 100.000/ \text{mm}^3$
- c) Nivelul elevat al citokinelor în sânge
- d) Nivelul dublu elevat al enzimelor hepatice în sânge
- e) Conținutul sporit al procalcitoninei în serul sangvin

1023. CS. Care dintre rezultatele enumerate ale investigațiilor paraclinice este decisiv pentru confirmarea sepsisului?

- a) Hemocultura pozitivă
- b) Evidențierea leucocitozei cu devierea spre stînga în formula leucocitară
- c) Nivelul ridicat al citokinelor (factorul necrozei tumorale) în sânge
- d) Nivelul crescut al proteinei C-reactive
- e) Cantitatea înaltă de procalcitonină în serul sangvin

1024. CS. Hemocultura pozitivă în caz de sepsis cu evidențierea *Bacteroides fragilis* indică, că sursa infecției, cel mai probabil, este localizată în:

- a) Intestinul gros
- b) Vezicula biliară sau căile biliare
- c) Căile urinare
- d) Patul sangvin
- e) Pulmoni

1025. CM. Ce caracterizează just tratamentul chirurgical al focarului purulent primar în caz de sepsis al țesuturilor moi?

- a) Este necesară prelucrarea chirurgicală extinsă (largă) și excizia țesuturilor necrotice
- b) Este indicată drenarea adecvată a abceselor
- c) Prelucrarea chirurgicală nu influențează evoluția sepsisului
- d) Este recomandată închiderea cât mai rapidă a plăgii prin suturi primare
- e) Plăgile sunt tratate de regulă prin metoda deschisă

1026. CM. Indicați regulile administrării terapiei antibacteriene în cazul sepsisului.

- a) Se vor administra antibiotice cu spectru larg de acțiune
- b) Antibioticele trebuie schimbate în funcție de rezultatele culturilor

- c) Terapia antibacteriană trebuie administrată doar după confirmarea diagnosticului de sepsis
- d) Terapia antibacteriană trebuie administrată doar după primirea rezultatului pozitiv al hemoculturii, conform antibioticogramei
- e) Inițial antibioticele sunt administrate empiric

1027. CM. Indicați termenii – sinonime ale infecției anaerobe clostridiene ale țesuturilor moi.

- a) Celulita anaerobă
- b) Tetanos
- c) Gangrena gazoasă
- d) Fasciita necrotizantă
- e) Mionecroza (miozita) clostridiană

1028. CS. Cel mai important agent bacterian provocător al gangrenei gazoase este:

- a) Clostridium histolyticum
- b) Clostridium oedematiens
- c) Clostridium tetani
- d) Clostridium perfringens
- e) Clostridium septicum

1029. CM. Ce efecte biologice provoacă alfa-exotoxina produsă de către Clostridium perfringens?

- a) Hemoliza sau tromboza
- b) Efect miocardio-supresant
- c) Dereglarea funcției de barieră a intestinului
- d) Leziunea endoteliului
- e) Necroza tisulară

1030. CM. Formarea gazului în țesuturile moi reprezintă o particularitate caracteristică a următoarelor forme de infecție:

- a) Infecția anaerobă neclostridiană
- b) Infecția anaerobă clostridiană
- c) Tetanus
- d) Infecția pneumococică
- e) Proces inflamator specific, cauzat de micobacteriile tuberculozei

1031. CM. Indicați plăgile cu risc înalt de dezvoltare a infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase).

- a) Plăgile cu contaminare masivă cu sol
- b) Plăgile cu traumatizarea masivă a mușchilor și oaselor
- c) Plăgile cu canal profund și îngust (prin armă de foc)
- d) Plăgile cu ischemia țesuturilor cauzată de afectarea vaselor sau plasarea garoului pe o perioadă îndelungată de timp
- e) Plăgile tăiate, închise ermetic prin aplicarea suturilor primare

1032. CM. Care dintre mecanismele patofiziologice enumerate contribuie la dezvoltarea ischemiei și formează condiții anaerobe în caz de infecție anaerobă clostridiană a țesuturilor moi (gangrenă gazoasă)?

- a) Răspândirea gazului de-a lungul spațiilor fasciale
- b) Creșterea presiunii în spațiile fasciale drept urmare a edemului
- c) Dereglarea circuitului sangvin ca urmare a trombozei vaselor periferice
- d) Tromboza spontană a arterelor magistrale
- e) Multiplicarea rapidă a microorganismelor

1033. CM. Infecția anaerobă clostridiană a țesuturilor moi (gangrena gazoasă) se clasifică în următoarele forme:

- a) Posttraumatică
- b) Endogenă
- c) Spontană
- d) Postoperatorie
- e) Generalizată

1034. CS. Infecția anaerobă clostridiană spontană a țesuturilor moi (gangrena gazoasă) mai frecvent se dezvoltă la pacienții:
- Ce au suportat intervenții chirurgicale pe căile biliare
 - Cu plăgi mușcate mici
 - Cu formațiuni tumorale maligne oculte
 - Ce au suportat intervenții chirurgicale pe colon
 - Cu fracturi deschise
1035. CM. Indicați semnele clinice specifice ale infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase).
- Rigiditate persistentă în grupul de mușchi adiacent leziunii
 - Bule hemoragice pe piele
 - Crepitație
 - Hiperemia tegumentelor din zona afectată, edem moderat
 - Durere severă și senzație de compresiune a extremității
1036. CS. În ce constă simptomul Melnicov în cazul infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase)?
- Crepitație determinată palpator
 - Timpanită cu tentă „metalică” la percuție
 - Determinarea bulelor hemoragice pe piele
 - Expulzia gazului în timpul evacuării pansamentului din canalul plăgii
 - Se plasează un fir în jurul extremității, care penetrează în piele timp de 20-30 min
1037. CS. Crepitația determinată palpator în cazul infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi este cauzată de:
- Pătrunderea în plagă a aerului din tractul gastrointestinal în cazul formei postoperatorii a infecției
 - Fricțiunea fragmentelor osoase în plagă, formate în rezultatul fracturilor deschise
 - Producerea cantităților mari de exotoxină
 - Formarea gazului în țesuturi
 - Pătrunderea în plagă a aerului din mediul extern prin canalul plăgii
1038. CS. În caz de infecție anaerobă clostridiană a țesuturilor moi (gangrena gazoasă) mușchii afectați:
- Sunt edemați, dar de culoare și consistență obișnuită
 - Sunt edemați, de culoare obișnuită, la secționare din aceștia se elimină multiple vezicule de gaze
 - Sunt rigizi, ca urmare a spasmului muscular persistent
 - Au aspectul de “carne fiartă”, sunt edemați, de culoare surie
 - Sunt edemați, de culoare cianotică sau negrie ca urmare a necrozei masive
1039. CM. Care dintre investigațiile imagistice și de laborator sunt cele mai informative pentru confirmarea diagnosticului de infecție anaerobă clostridiană a țesuturilor moi (gangrena gazoasă)?
- Creșterea speciilor de clostridii în hemocultură
 - Reacția imunoenzimatică (ELISA) din țesuturile infectate
 - Microscopia țesutului infectat
 - Ultrasonografia zonei afectate
 - Examenul radiologic
1040. CS. Evidențierea straturilor de gaz în țesuturile moi în cazul infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase) la examenul radiologic sau tomografia computerizată este denumită și:
- Semnul pozitiv de “carne fiartă”
 - Semnul pozitiv Krause
 - Semnul pozitiv Melnicov
 - Semnul pozitiv al “dopului de șampanie”
 - Semnul pozitiv Vișnevskii
1041. CM. Care sunt particularitățile histopatologice ale infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase)?
- Prezența bacililor largi gram-pozitivi fără neutrofile
 - Mionecroza vastă
 - Prezența țesutului necrotic și neviabil cu aglomerări mari de neutrofile

- d) Straturi de gaz între fibrele musculare
e) Depistarea metastazelor purulente în țesuturile și organele aflate la distanță de focar
1042. CM. Care sunt scopurile inciziilor longitudinale "de lampas" în cazul infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase) a extremității?
- a) Simplificarea exciziei țesuturilor necrotizate și vizual devitalizate
b) Sporirea vindecării plăgii
c) Diminuarea compresiei și a ischemiei tisulare
d) Ameliorarea accesului aerului spre canalul plăgii
e) Prevenirea multiplicării sporilor clostridieni
1043. CS. Care dintre metodele curative adjuvante enumerate este mai utilă în cazul infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase)?
- a) Hemofiltrația
b) Oxigenoterapia hiperbarică
c) Plasmafereza
d) Hemodializa
e) Hemosorbția
1044. CM. Indicați metodele suplimentare nechirurgicale de tratament a infecției anaerobe clostridiene a țesuturilor moi (gangrenei gazoase).
- a) Administrarea serului antigangrenos
b) Oxigenarea hiperbarică
c) Antibioticoterapia cu eficiență sporită
d) Tratamentul în mediu abacterian dirijat
e) Administrarea vaccinului antigangrenos
1045. CM. Indicați agenții microbieni provocători ai infecției anaerobe neclostridiene a țesuturilor moi.
- a) Pseudomonas aeruginosa
b) Bacteroides fragiles
c) Clostridium perfringens
d) Peptococcus
e) Klebsiella
1046. CM. Care sunt manifestările clinice tipice ale infecției anaerobe neclostridiene a țesuturilor moi?
- a) Evoluția lentă, trenantă a procesului patologic
b) Răspîndirea rapidă și progresivă a procesului patologic
c) Predominarea necrozei mușchilor și a țesutului conjunctiv
d) Flegmon cu afectarea masivă a țesutului adipos subcutanat
e) Hiperemia tegumentelor din zona afectată, edem moderat
1047. CM. Infecția anaerobă neclostridiană se poate manifesta clinic sub formă de flegmon cu afectarea vastă a următoarelor țesuturi:
- a) Pielea (dermatită)
b) Țesutul subcutanat celuloadipos (celulită)
c) Țesutul conjunctiv (fasciită)
d) Mușchii (miozita)
e) Țesutul osos (osteomielita)
1048. CM. Indicați metodele utile pentru diagnosticul infecției anaerobe neclostridiene a țesuturilor moi.
- a) Colectarea și incubarea microorganismelor în condiții anaerobe
b) Microscopia țesutului sau exudatului infectat
c) Analiza biochimică pentru determinarea nivelului citokinelor în sânge
d) Depistarea toxinelor în țesuturile infectate prin intermediul reacției imunoenzimatică (ELISA)
e) Cromatografia gazo-lichidiană a țesutului sau exudatului
1049. CM. Tratamentul complex al bolnavilor cu infecție anaerobă neclostridiană prevede:
- a) Prelucrarea chirurgicală urgentă a focarului de infecție cu excizia maximală a țesuturilor devitalizate

- b) Prescrierea imunosupresoarelor și citostaticelor
- c) Utilizarea oxigenării hiperbarice
- d) Terapia antibacteriană masivă
- e) Prescrierea preparatelor imunostimulante

1050. CS. Care este cea mai frecventă sursă a infecției în cazul tetanosului?

- a) Ulcerele trofice infectate
- b) Contaminarea prin administrare intravenoasă de droguri și alte preparate
- c) Intervenții chirurgicale pe organele tractului digestiv
- d) Contaminarea cordonului ombilical în timpul nașterii în condiții antisănătore
- e) Lăcerății sau plăgi punctiforme infectate

1051. CM. Ce caracterizează corect tetanosul?

- a) Deși tetanosul este rar, boala deja dezvoltată nu poate fi lichidată
- b) Reprezintă o infecție cauzată de microorganisme anaerobe cu afectarea preponderentă a țesuturilor celulo-adipos și conjunctiv
- c) Tetanosul nou-născuților este responsabil pentru circa 50% dintre decesele condiționate de tetanos în țările aflate în curs de dezvoltare
- d) Boala nu se transmite de la o persoană la alta
- e) Rata mortalității în tetanosul sever poate fi mai mare de 60%

1052. CS. Indicați clasificarea corectă a tetanosului.

- a) Generalizat, local, cefalic, neonatal
- b) Posttraumatic, postoperator, spontan
- c) Miozită, fasciită, combinat
- d) Fulminant, acut, subacut, cronic
- e) De plagă, intravenos, postoperator, idiopatic

1053. CS. Care formă a tetanosului prezintă cel mai mic pericol?

- a) Generalizată
- b) Postinjecțională (după vaccinare)
- c) Locală
- d) Neonatală
- e) Cefalică

1054. CM. Care semne sunt caracteristice pentru tetanosul generalizat?

- a) Opistotonus
- b) Paralizii ale nervilor cranieni
- c) Trismus
- d) Risus sardonicus
- e) Anizocoria

1055. CS. Ce reprezintă trismus-ul, care apare în cadrul tetanosului?

- a) Așa numitul rîs „disprețuitor” al tetanosului ca rezultat al afectării mușchilor faciali
- b) Rigiditate musculară generalizată
- c) Rigiditate persistentă în grupul de mușchi adiacent leziunii
- d) Imposibilitatea de a deschide gura ca urmare a spasmului mușchiului maseter
- e) Disfagie, dereglări de deglutiție ca rezultat al afectării mușchilor diafragmului

1056. CS. Prin ce se caracterizează forma locală a tetanosului?

- a) Imposibilitatea de a deschide gura ca urmare a spasmului mușchiului maseter
- b) Rigiditate persistentă în grupul de mușchi adiacent leziunii
- c) Disfagie, dereglări de deglutiție ca rezultat al afectării mușchilor diafragmului
- d) Așa numitul rîs „disprețuitor” al tetanosului ca rezultat al afectării mușchilor faciali
- e) Apnee ca urmare a spasmului musculaturii intercostale și a diafragmului

1057. CM. Care manifestări caracterizează just simptomatologia clinică incipientă (precoce) a tetanosului?

- a) Temperatura corporală a bolnavului este normală
- b) Simptomele de regulă apar peste 8 zile după infectare

- c) Primele semne sunt cefalea și trismus-ul
 - d) Simptomele de regulă apar peste 24-48 ore după infectare
 - e) Temperatura corporală a bolnavului are caracter hectic
1058. CS. Pe ce se bazează diagnosticul paraclinic al tetanosului?
- a) Datele metodelor de laborator și instrumentale de examinare nu au valoare diagnostică
 - b) Creșterea bacililor după însămânțarea conținutului din plagă pe medii anaerobe de cultură, cu incubarea timp de 48 ore
 - c) Evidențierea bacililor gram-pozitivi în timpul microscopiei exudatului plăgii
 - d) Evidențierea tetanospasminei în țesuturile infectate prin analiză imunoenzimatică
 - e) Evidențierea metaboliților bacilului tetanic prin cromatografie gazo-lichidiană urgentă
1059. CM. Indicați măsurile curative necesare pentru un pacient cu tetanos.
- a) Introducerea vaccinului (anatoxină tetanică)
 - b) Imunizarea pasivă cu imunoglobulina tetanică umană
 - c) Administrarea antibioticelor cu spectru larg
 - d) Prelucrarea chirurgicală a plăgii, prin care s-a produs infectarea
 - e) Administrarea remediilor farmacologice, care micșorează spasmul muscular
1060. CM. Indicați măsurile utile pentru profilaxia tetanosului.
- a) Administrarea remediilor farmacologice, care micșorează spasmul muscular
 - b) Administrarea la copii a vaccinului (anatoxină tetanică) în asociere cu vaccinul contra difteriei și pertussis-ului
 - c) Revaccinarea la fiecare 10 ani
 - d) Imunizarea pasivă cu imunoglobulină tetanică umană
 - e) Administrarea antibioticelor cu spectru larg de acțiune
1061. CM. Indicați asocierile terminologice corecte.
- a) Diabetul zaharat tip I sau insulin-dependent
 - b) Diabetul zaharat tip I sau insulin-independent
 - c) Diabetul zaharat tip II sau insulin-dependent
 - d) Diabetul zaharat tip II sau insulin-independent
 - e) Diabetul zaharat tip 0 sau glucozo-dependent
1062. CM. Selectați afirmațiile corecte.
- a) Mortalitatea la bolnavii cu diabet zaharat este de 2 ori mai mare decât la cei fără diabet
 - b) Cauza principală a decesului în diabetul zaharat sunt complicațiile vasculare
 - c) Cauza principală a decesului în diabetul zaharat sunt complicații infecțioase
 - d) Complicațiile chirurgicale sunt depistate mai frecvent în cazul diabetului de tip I
 - e) Complicațiile chirurgicale sunt depistate mai frecvent în cazul diabetului de tip II
1063. CM. Indicați situațiile clinice ce corespund sindromului de picior diabetic conform definiției OMS.
- a) Neuropatia diabetică fără ulcer, gangrenă sau infecție la nivelul plantei
 - b) Plaga infectată a plantei la un pacient cu diabet zaharat, fără neuro- și angiopatie
 - c) Ulcerul plantar asociat cu neuropatia diabetică
 - d) Gangrena degetului plantei asociată cu angiopatie la un pacient cu diabet zaharat
 - e) Ulcerul plantar la un bolnav cu ateroscleroză, fără diabet zaharat
1064. CS. Ulcerul plantar se dezvoltă la:
- a) Mai puțin de 1% dintre bolnavii cu diabet zaharat
 - b) Mai puțin de 5% dintre bolnavii cu diabet zaharat
 - c) 10-15% dintre bolnavii cu diabet zaharat
 - d) Mai mult de 50% dintre bolnavii cu diabet zaharat
 - e) Mai mult de 90% dintre bolnavii cu diabet zaharat
1065. CM. Cel mai des amputațiile extremităților inferioare se efectuează la:
- a) Bolnavii cu diabet zaharat
 - b) Bolnavii cu diabet zaharat și ateroscleroză obliterantă
 - c) Bolnavii cu osteomielită acută hematogenă

- d) Bolnavii cu malformații vasculare
- e) Bolnavii cu tromboza venelor profunde

1066. CM. Clasificarea patogenetică a plantei diabetice prevede următoarele forme:

- a) Neuropatică
- b) Ischemică
- c) Osteomielitică
- d) Neuro-ischemică
- e) Gangrenoasă

1067. CS. Indicați forma cea mai des întâlnită a piciorului diabetic.

- a) Ischemică
- b) Osteoartropatică
- c) Neuropatică
- d) Neuro-ischemică
- e) Osteomielitică

1068. CS. Indicați forma piciorului diabetic care cel mai des duce la amputație înaltă.

- a) Ischemică
- b) Osteoartropatică
- c) Neuropatică
- d) Neuro-ischemică
- e) Osteomielitică

1069. CM. Neuropatia diabetică somatică provoacă:

- a) Hipercheratoză plantară
- b) Scăderea tonusului mușchilor plantei
- c) Osteoporoza oaselor plantei
- d) Ocluzia arterelor magistrale ale membrelor inferioare
- e) Hipo- sau anestezia cutanată a plantei

1070. CM. Neuropatia diabetică autonomă provoacă:

- a) Hipercheratoză plantară
- b) Scăderea tonusului mușchilor plantei
- c) Osteoporoza oaselor plantei
- d) Anhidroză plantară
- e) Hipo- sau anestezia cutanată a plantei

1071. CM. Formarea calusului pe suprafața plantară a piciorului diabetic duce la:

- a) Dispersarea presiunii pe o suprafață mai mare
- b) Concentrarea presiunii într-un punct anumit
- c) Creșterea rezistenței pielii la infecție
- d) Scăderea riscului dezvoltării ulcerului trofic
- e) Creșterea presiunii de 10 ori și mai mult

1072. CS. Nivelul critic al presiunii pe suprafața plantară ce duce la formarea ulcerului în cadrul sindromului de picior diabetic constituie:

- a) 0,7 kg/cm²
- b) 1,5 kg/cm²
- c) 3,0 kg/cm²
- d) 5,0 kg/cm²
- e) 7,0 kg/cm²

1073. CM. Cu scop de depistare a pacienților diabetici cu risc de dezvoltare a sindromului de picior diabetic („*screening*”-ul) se efectuează:

- a) Inspekția plantei pentru evidențierea prezenței ulcerelor, gangrenei, infecției
- b) Determinarea nivelului insulinei endogene
- c) Palparea pulsului pe arterele plantare
- d) Testul Semmes-Weinstein

e) Duplex scanarea vaselor membrelor inferioare

1074. CM. Selectați afirmațiile ce reflectă tehnica corectă de efectuare a testului Semmes-Weinstein.

- a) Se utilizează firul monofilament ce se flexează la presiunea de 10 grame
- b) Apăsarea cu firul durează o secundă
- c) Apăsarea se face într-un punct pe partea dorsală și unul pe partea plantară
- d) La fiecare apăsare întrebăm pacientul dacă aceasta este percepută sau nu
- e) Lipsa sensibilității doar într-un punct nu se consideră patologică

1075. CM. Selectați afirmațiile ce reflectă tehnica corectă de efectuare a testului Semmes-Weinstein.

- a) Înainte de examinare pacientul va fi informat, că este necesar de a relata medicului despre fiecare atingere cu firul, percepută în timpul testării
- b) În timpul fiecărei apăsări (compresiuni) pacientul va fi interogat, dacă percepe atingerile firului
- c) Sunt evaluate 10 puncte pe suprafața dorsală a regiunii distale a plantei
- d) Apăsarea (compresiunea) cu firul se va face timp de 10-15 secunde
- e) Sunt evaluate 10 puncte pe suprafața ventrală a regiunii distale a plantei și a degetelor

1076. CM. Pentru forma neuropatică a piciorului diabetic sunt caracteristice:

- a) Prezența ulcerelor indolore cu hipercheratoză pe partea plantară
- b) Prezența necrozelor foarte dureroase pe degetele plantei
- c) Lipsa pulsului pe arterele plantei
- d) Tegumentele plantei - calde și uscate
- e) Deformarea vădită a plantei

1077. CM. Pentru forma ischemică a piciorului diabetic sunt caracteristice:

- a) Prezența ulcerelor indolore cu hipercheratoză pe partea plantară
- b) Prezența necrozelor foarte dureroase pe degetele plantei
- c) Lipsa pulsului pe arterele plantei
- d) Tegumentele plantei - calde și uscate
- e) Sufiu sistolic pe artera femurală

1078. CM. Pentru confirmarea formei ischemice a piciorului diabetic sunt utilizate:

- a) Determinarea indicelui braheo-maleolar
- b) Testul Semmes-Weinstein
- c) Determinarea transcutanată a presiunii oxigenului în țesuturile plantei (TcPO₂)
- d) Determinarea presiunii sistolice digitale prin fotopletismografie
- e) Radiografia plantei

1079. CM. Indicați metodele de vizualizare a vaselor magistrale, utilizate în examinarea complexă a bolnavilor cu forma ischemică a plantei diabetice:

- a) Fotopletismografia
- b) Duplex scanarea ultrasonografică
- c) Tomografia computerizată în regim de angiografie
- d) Scintigrafia izotopică
- e) Rezonanța magnetică nucleară în regim de angiografie

1080. CS. Metoda de elecție pentru diagnosticul osteomielitei în cadrul sindromului de picior diabetic este:

- a) Radiografia plantei
- b) Examenul bacteriologic al eliminărilor din ulcerul plantar
- c) Rezonanța magnetică nucleară
- d) Revizia ulcerului cu o sondă metalică
- e) Fotopletismografia

1081. CM. Ce efecte are hiperglicemia în diabetul zaharat asupra sistemului imun?

- a) Stimulează migrarea leucocitelor
- b) Suprimă hemotaxisul leucocitar
- c) Suprimă sistemul complementului
- d) Stimulează funcția monocitelor

e) Suprimă fagocitoza

1082. CS. Ce indice reflectă cel mai exact gradul compensării metabolice în cazul diabetului zaharat de tip II?

- a) Glucoza sîngelui
- b) Hemoglobina
- c) Hemoglobina glicolizată
- d) Corpii cetonici în urină
- e) Hematocritul

1083. CS. Indicați „nivelul-țintă” al HbA1C la bolnavii cu picior diabetic?

- a) 20-30%
- b) < 15%
- c) 50-75%
- d) < 7%
- e) > 13%

1084. CS. Contactul capătului sondei butonate cu osul în timpul reviziei ulcerului trofic pe planta diabetică indică asupra probabilității înalte a diagnosticului de:

- a) Fractură deschisă a plantei
- b) Infecția țesuturilor moi
- c) Ulcer ischemic
- d) Subluxația metatarsului
- e) Osteomielitei plantei

1085. CM. Infecția superficială a piciorului diabetic afectează:

- a) Pielea
- b) Țesutul adipos subcutanat
- c) Mușchii
- d) Tendoanele
- e) Oasele

1086. CM. Infecția profundă a piciorului diabetic afectează:

- a) Vasele sangvine
- b) Nervii
- c) Mușchii
- d) Tendoanele
- e) Oasele

1087. CS. Conform clasificării internaționale infecția plantei diabetice, asociată cu SRIS este apreciată ca infecție de:

- a) Gradul 0
- b) Gradul 1
- c) Gradul 2
- d) Gradul 3
- e) Gradul 4

1088. CM. Indicați simptomele clinice care, conform clasificării internaționale, indică asupra infecției de gradul IV a plantei diabetice.

- a) Pulsul peste 90 bătăi pe minut
- b) Pulsul sub 60 bătăi pe minut
- c) Temperatura corpului peste 38°C
- d) Temperatura corpului sub 36°C
- e) Frecvența respiratorie sub 20 pe minut

1089. CM. Indicați modificările în analizele de laborator, caracteristice pentru planta diabetică infectată.

- a) Leucocitoză
- b) Monocitoză
- c) Hiperglicemie

- d) Hipoglicemie
- e) Eozinofilie

1090. CS. Conform clasificării Wagner, ulcerul plantar superficial ce nu depășește stratul subcutanat este apreciat ca picior diabetic de:

- a) Gradul 1
- b) Gradul 2
- c) Gradul 3
- d) Gradul 4
- e) Gradul 5

1091. CS. Conform clasificării Wagner, ulcerul plantar profund ce depășește stratul subcutanat, dar nu este complicat cu osteomielită sau abces este apreciat ca picior diabetic de:

- a) Gradul 1
- b) Gradul 2
- c) Gradul 3
- d) Gradul 4
- e) Gradul 5

1092. CS. Conform clasificării Wagner, ulcerul plantar profund ce depășește stratul subcutanat și se complică cu osteomielită, abces sau flegmon este apreciat ca picior diabetic de:

- a) Gradul 1
- b) Gradul 2
- c) Gradul 3
- d) Gradul 4
- e) Gradul 5

1093. CS. Conform clasificării Wagner, gangrena degetelor plantei este apreciată ca picior diabetic de:

- a) Gradul 1
- b) Gradul 2
- c) Gradul 3
- d) Gradul 4
- e) Gradul 5

1094. CS. Conform clasificării Wagner, gangrena extinsă a plantei este apreciată ca picior diabetic de:

- a) Gradul 1
- b) Gradul 2
- c) Gradul 3
- d) Gradul 4
- e) Gradul 5

1095. CM. Conform clasificării Wagner, piciorului diabetic de gradul 0 îi corespunde:

- a) Ulcerul plantar superficial ce nu perforază stratul subcutanat
- b) Gangrena extinsă a plantei
- c) Ulcerul plantar, complicat cu osteomielită, abces sau flegmon
- d) Ulcerul plantar epitelizat
- e) Absența defectelor țesuturilor plantei

1096. CS. Conform clasificării Wagner, piciorului diabetic de gradul 1 îi corespunde:

- a) Ulcerul plantar epitelizat
- b) Ulcerul plantar, complicat cu osteomielită, abces sau flegmon
- c) Ulcerul plantar superficial ce nu perforază stratul subcutanat
- d) Gangrena extinsă a plantei
- e) Gangrena degetelor plantei

1097. CS. Conform clasificării Wagner, piciorului diabetic de gradul 2 îi corespunde:

- a) Gangrena degetelor plantei
- b) Gangrena extinsă a plantei

- c) Ulcerul plantar, complicat cu osteomieliță, abces sau flegmon
- d) Ulcerul plantar epitelizat
- e) Ulcerul plantar profund, dar fără osteomieliță, abces sau flegmon

1098. CS. Conform clasificării Wagner, piciorului diabetic de gradul 3 îi corespunde:

- a) Ulcerul plantar, complicat cu osteomieliță, abces sau flegmon
- b) Ulcerul plantar superficial ce nu perforază stratul subcutanat
- c) Ulcerul plantar profund, dar fără osteomieliță, abces sau flegmon
- d) Ulcerul plantar epitelizat
- e) Gangrena degetelor plantei

1099. CM. Conform clasificării Wagner, piciorului diabetic de gradul 4 îi corespunde:

- a) Gangrena tuturor degetelor plantei
- b) Ulcerul plantar epitelizat
- c) Ulcerul plantar, complicat cu osteomieliță, abces sau flegmon
- d) Ulcerul plantar profund, dar fără osteomieliță, abces sau flegmon
- e) Gangrena primului deget al plantei (halucelui)

1100. CS. Conform clasificării Wagner, piciorului diabetic de gradul 5 îi corespunde:

- a) Ulcerul plantar superficial ce nu perforază stratul subcutanat
- b) Gangrena extinsă a plantei
- c) Ulcerul plantar, complicat cu osteomieliță, abces sau flegmon
- d) Ulcerul plantar epitelizat
- e) Gangrena degetelor plantei

1101. CM. Indicați clasificările piciorului diabetic.

- a) Clasificarea Wagner
- b) Clasificarea Glasgow
- c) Clasificarea Universității din Texas
- d) Clasificarea SIRS
- e) Clasificarea S(AD)SAD

1102. CM. Indicați preparatele medicamentoase care se utilizează în tratamentul și profilaxia complicațiilor vasculare la bolnavii cu sindromul de plantă diabetică:

- a) Antispastice (papaverina, no-spa)
- b) Antitrombotice (aspirina, clopidogrel, ticlid)
- c) Vitaminele grupei B
- d) Analogul sintetic al prostaglandinei E1
- e) Statine (Simvastatina, Atorvastatina)

1103. CM. Tratamentul chirurgical complex al formei ischemice a plantei diabetice, de gradul 4 conform clasificării Wagner, include:

- a) Închiderea ulcerului plantei cu lambou cutanat pediculat migrat
- b) Efectuarea operațiilor reconstructive pe arterele magistrale
- c) Înlăturarea tesuturilor devitalizate
- d) Efectuarea amputației primare la nivelul treimii distale a gambei
- e) Excizia bătăturii de pe suprafața ventrală a plantei

1104. CM. Tratamentul complex al formei neuropatice a plantei diabetice de gradul 3 conform clasificării Wagner, include:

- a) Deschiderea și drenarea adecvată a focarului de inflamație purulentă
- b) Efectuarea operației reconstructive pe vasele arteriale magistrale
- c) Terapia antibacteriană îndelungată
- d) Efectuarea amputației primare la nivelul treimii superioare a coapsei
- e) Lichidarea presiunii de la nivelul suprafeței ventrale a plantei

1105. CM. În timpul selectării metodei chirurgicale de tratament a plantei diabetice o semnificație mai mare o au:

- a) Prezența și severitatea ischemiei

- b) Posibilitatea efectuării operației reconstructive pe arterele magistrale
- c) Vârsta pacientului
- d) Gradul de afectare a țesuturilor plantei
- e) Prezența neuropatiei senzoriale

1106. CM. La metodele eficiente de ameliorare a circulației sanguine la nivelul extremităților în cazul formei ischemice a plantei diabetice se referă:

- a) Efectuarea fasciotomiei
- b) Operațiile reconstructive pe vasele arteriale magistrale
- c) Angioplastia endovasculară percutană cu stentare
- d) Perfuziile intravenoase cu spasmolitice, dezagregante și vitaminele grupei B
- e) Administrarea heparinei

1107. CS. Durata tratamentului antibacterian în caz de picior diabetic asociat cu osteomielită constituie de regulă:

- a) 1-2 zile
- b) 5-7 zile
- c) 1-2 săptămâni
- d) 2-4 săptămâni
- e) 3-6 luni

1108. CM. Selectați afirmațiile corecte referitoare la utilizarea metodei VAC (*Vacuum Assisted Closure*) în tratamentul piciorului diabetic.

- a) Metoda se utilizează pentru tratamentul plăgilor și ulcerelor
- b) Metoda este bazată pe influența îndelungată a presiunii negative asupra plăgii
- c) Metoda prevede efectuarea lavajului permanent cu antiseptice
- d) Metoda se utilizează pentru tratamentul neuropatiei
- e) Metoda prevede introducerea în plagă a unui burete din poliuretan

1109. CS. Abordul venos central se efectuează preferențial prin:

- a) Venepuncție indirectă
- b) Tehnica Seldinger
- c) Tehnica Trendelenburg
- d) Veneseecție
- e) Veneseecție eco-ghidată

1110. CM. Drept indicații pentru cateterizarea unei vene centrale servesc:

- a) Inabilitatea obținerii unui abord venos periferic adecvat
- b) Necesitatea în hemodializă
- c) Necesitatea în hemocultură
- d) Necesitatea în plasmofereză
- e) Necesitatea în deplasmoliză

1111. CM. Abordul venos central poate fi realizat prin:

- a) Vena jugulară internă
- b) Vena axilară
- c) Vena subclaviculară
- d) Vena femurală
- e) Vena poplitee

1112. CM. Plasarea bolnavului în poziția Trendelenburg în timpul cateterizării venei jugulare:

- a) Reduce distensia venoasă (turgescența)
- b) Sporește distensia venoasă (turgescența)
- c) Reduce riscul dezvoltării complicațiilor tromboembolice
- d) Reduce riscul emboliei gazoase
- e) Reduce riscul dezvoltării pneumotoracelui

1113. CS. Pentru măsurarea presiunii în artera pulmonară se utilizează cateterul:

- a) Seldinger

- b) Swan-Ganz
- c) Foley
- d) Pneumatic
- e) Fogarty

1114. CM. Drept indicații pentru drenarea cavității pleurale (toracostomie) servesc:

- a) Pneumotoracele masiv
- b) Hemotoracele masiv
- c) Edemul pulmonar
- d) Emfizemul pulmonar
- e) Empiemul pleural

1115. CM. La complicațiile puncției cavității pleurale (toracocentezei) se referă:

- a) Pneumotoraxul
- b) Hemopneumotoraxul
- c) Sindromul de detresă respiratorie acută
- d) Emfizemul pulmonar
- e) Empiemul pleural

1116. CM. Toracocenteza în caz de pneumotorace se efectuează mai frecvent:

- a) Pe linia medio-claviculară
- b) Pe linia medio-axilară
- c) În spațiul intercostal V
- d) În spațiul intercostal II
- e) În spațiul intercostal VII

1117. CM. Toracocenteza în caz de hidrotorace se efectuează mai frecvent:

- a) Pe linia medio-axilară
- b) Pe linia medio-claviculară
- c) În spațiile intercostale II-III
- d) În spațiile intercostale X-XI
- e) În spațiile intercostale VIII-IX

1118. CM. Laparocenteza este indicată în următoarele condiții:

- a) Ascita tensionată
- b) Suspecție clinică de infectare a lichidului ascitic
- c) Lichid ascitic de etiologie necunoscută (suspecție la ascită malignă)
- d) Orice durere abdominală acută cu caracter spastic, intermitent
- e) Orice durere abdominală acută cu caracter continuu

1119. CM. Instalarea sondei nazo-gastrice are drept scop:

- a) Evaluarea hemoragiei digestive superioare (prezența, volumul)
- b) Evacuarea conținutului gastric în caz de intoxicație alimentară recentă
- c) Reducerea secreției gastrice
- d) Sporirea secreției gastrice
- e) Decompresia gastrică în caz de ocluzie intestinală

1120. CM. Pentru tamponada eso-gastrică cu scop hemostatic în caz de hemoragie digestivă superioară variceală se utilizează:

- a) Sonda Sengstaken-Blakemore
- b) Sonda Cantor
- c) Sonda Minnesota
- d) Sonda Linton-Nachlas
- e) Sonda Miller-Abbott

1121. CM. Printre complicațiile tamponadei eso-gastrice cu scop de hemostază în hemoragia digestivă superioară variceală pot fi enumerate:

- a) Aspirația bronhoalveolară
- b) Perforația esofagului

- c) Eroziunile și ulcerările faringiene și gastroesofagiene
- d) Esofagita de reflux
- e) Diverticolul esofagian

1122. CM. Tamponada eso-gastrică în caz de hemoragie digestivă superioară variceală este indicată în:

- a) Hemoragia din varice eso-gastrice când tratamentul medicamentos și endoscopic nu este eficient
- b) Hemoragia din varice eso-gastrice când hemostaza endoscopică nu este posibilă
- c) Hemoragia din varice eso-gastrice stopată endoscopic
- d) Hemoragia din varice eso-gastrice stopată medicamentos
- e) Anamneza pozitivă de hemoragie din varice eso-gastrice în ultimele 2 săptămâni

1123. CS. Tamponada hemostatică în caz de hemoragie digestivă superioară din varice cu localizare gastrică este mai eficientă cu ajutorul:

- a) Sondei nazogastrice
- b) Sondei orogastrice
- c) Sondei Linton-Nachlas
- d) Sondei Sengstaken-Blakemore
- e) Sondei Minnesota

1124. CS. Tamponada hemostatică îndelungată în caz de hemoragie digestivă superioară din varice esofagiene poate cauza:

- a) Esofagită de reflux
- b) Sindromul Mallory-Weiss
- c) Ruptura balonului esofagian al sondei
- d) Necroza și ulcerarea mucoase esofagiene
- e) Recidiva hemoragiei

1125. CS. Cu scop de prevenire a necrozei mucoasei esofagiene în urma tamponadei hemostatice îndelungate cu sonda Sengstaken-Blakemore se recomandă:

- a) Desumflarea balonului gastric peste 24-48 ore de la instalarea sondei
- b) Desumflarea balonului esofagian peste 24-48 ore de la instalarea sondei
- c) Umflarea balonului esofagian peste 24-48 ore de la instalarea sondei
- d) Extragerea temporară a sondei peste 24-48 ore de la instalare
- e) Schimbarea sondei peste fiecare 24-48 ore

1126. CM. Enumerați stările patologice ce pot fi diagnosticate prin anuscopie:

- a) Boala hemoroidală
- b) Boala pilonidală
- c) Fisura anală
- d) Pruritul anal
- e) Fistula perirectală

1127. CS. Examenul endoscopic cu sigmoidoscopul rigid permite vizualizarea mucoasei:

- a) Întregului intestin sigmoid
- b) Pe lungimea a 50 cm distale ale intestinului sigmoid
- c) Pe lungimea a 30-35 cm distale ale intestinului sigmoid
- d) Pe lungimea a 50 cm de la orificiul anal
- e) Pe lungimea a 30-35 cm de la orificiul anal

1128. CS. Pentru cateterizarea vezicii urinare se utilizează:

- a) Cateterul Fogarty
- b) Cateterul Foley
- c) Cateterul Swan-Ganz
- d) Cateterul Minnesota
- e) Cateterul Seldinger

1129. CM. La complicațiile cateterizării vezicii urinare se referă:

- a) Traumatismul uretrei
- b) Retenția acută de urină

- c) Infecția căilor urinare
- d) Fimoza
- e) Oliguria