

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE  
AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
*NICOLAE TESTEMIȚANU*

CATEDRA BOLI INFECȚIOASE LA COPII

# CULEGERE DE TESTE

## LA BOLI INFECȚIOASE LA COPII

*Redactor științific: Galina Rusu, conferențiar universitar, d.m.*

Chișinău  
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*  
2006

CZU 616.9-053.2 (079)  
C 94

**Autori:** *Galina Rusu*, șef catedră, d.m., conferențiar universitar, Om Emerit din RM  
*Xenia Galețchi*, d.m., conferențiar universitar  
*Parascovia Popovici*, d.m., conferențiar universitar  
*Ludmila Serbenco*, d.m., conferențiar universitar;  
*Ludmila Bircă*, d.m., conferențiar-cercetător;  
*Tatiana Alexeev*, conferențiar universitar;  
*Nadejda Sencu*, asistent  
*Tatiana Juravliov*, asistent  
*Svetlana Borisova*, laborant-șef

**Recenzenți:** *Elena Mihnevici*, conferențiar universitar, dr. în medicină, asistent la catedra Boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală  
*Stela Semeniuc*, conferențiar universitar, dr. în medicină, asistent la catedra Boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală

Prezenta culegere de teste este destinată studenților anilor V și VI Facultatea Medicină pentru autoinstruire și autocontrol în pregătirea pentru examenele de promovare la boli infecțioase și pediatrie, precum și pentru examenul de absolvire la pediatrie.

**Redactor:** *Sofia Fleștor*

**Machetare computerizată:** *Svetlana Borisova, Veronica Istrati*

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Culegerea de teste la boli infecțioase la copii / red. șt.: Galina Rusu; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*. Catedra Boli infecțioase la copii. – Ch.: CEP „Medicina”, 2006 (Tipogr...). – 291 p.

Bibliogr. p. 290–291 (24 tit.).

ISBN 978-9975-945-26-4

150 ex.

616.9-053.2 (079)

## CUPRINS

Difteria.....	5
Angina.....	13
Scarlatina.....	22
Rujeola.....	33
Rubeola.....	44
Infecția herpetică.....	55
Varicela.....	66
Oreionul.....	75
Pertussis.....	84
Infecția meningococică.....	94
Gripa.....	105
Paragripa.....	115
Adenovirozele.....	118
Infecțiile cu virusul sincițial respirator (RS-virus).....	122
Enterovirozele.....	126
Poliomielita.....	137
Shigeloza.....	144
Salmonelozele.....	155
Escherichioze.....	166
Infecții intestinale cu enterobacterii condiționat patogene....	177
Infecția rotavirală.....	187
Tratamentul bolilor diareice acute.....	191
Dismicrobismul intestinal.....	200
Hepatitele virale.....	205
Mononucleoza infecțioasă.....	214
Neurotoxicoza.....	223
Asociere simplă.....	233
Prezentare de caz simplu.....	248
Răspunsuri.....	262
Bibliografie.....	290

## DIFTERIA

### *Complement simplu*

1. În difteria faringiană tipică inflamația are un caracter:
  - A. Eritematos
  - B. Fibrinos
  - C. Necrotic
  - D. Purulent
  - E. Crupos
2. Crupul „adevărat” se înregistrează în:
  - A. Gripă
  - B. Difterie
  - C. Paragripă
  - D. Scarlatină
  - E. Pertussis
3. Terapia specifică a difteriei se face cu:
  - A. Antibiotice
  - B. Imunoglobulină
  - C. Ser antidifteric
  - D. Hormoni
  - E. Plasmă
4. De ce depinde doza de ser antidifteric în tratamentul difteriei?
  - A. De vârsta copilului
  - B. De greutatea corpului copilului
  - C. De ziua când s-a început tratamentul cu ser
  - D. De forma clinică a bolii
  - E. De complicații
5. Cel mai important (decisiv) semn care permite diferențierea rapidă a difteriei toxice și oreionului (parotidita bilaterală pronunțată) este:
  - A. Edemul cervical
  - B. Febra

- C. Mastică dureroasă
- D. Angina fibrinoasă
- E. Leucocitoza

6. Membranele false (difterice) sunt:

- A. Dure, consistente
- B. Se plasează „-“ țesut
- C. Se detașează ușor
- D. Au culoare alb-gălbuie
- E. După detașare nu apar din nou

7. Pentru declanșarea formelor grave de difterie, cea mai importantă însușire a bacilului difteric este:

- A. Patogenitatea
- B. Virulența
- C. Toxigenitatea
- D. Invazivitatea
- E. Aderența

8. Diagnosticul confirmat al difteriei se bazează pe examenul:

- A. Bacterioscopic
- B. Serologic
- C. Virusologic
- D. Imunofluorescent
- E. Bacteriologic

9. Care dintre următoarele acțiuni va preveni decesul în difterie?

- A. Seroterapia
- B. Imunoprofilaxia
- C. Antibioterapia
- D. Corticoterapia
- E. Terapia de detoxicare

10. În difteria faringiană toxică, spre deosebire de mononucleoza infecțioasă, este prezentă:

- A. Angina fibrinoasă
- B. Hepatomegalia
- C. Hepatosplenomegalia
- D. Edemul cervical

- E. Leucocitoza
11. Semnele generale de toxemie din perioada de stare a difteriei nu includ:
- A. Febră (38°–39°C)
  - B. Vărsături, grețuri
  - C. Astenie intensă
  - D. Tahicardie
  - E. Hipertensiune arterială
12. Edemul faringian (al uvulei și pilierilor) apare în:
- A. Angina ulceronecrotică Vincent
  - B. Angina necrotică în scarlatina septică, s. toxicoseptică
  - C. Angina din mononucleoza infecțioasă
  - D. Angina fibrinoasă în difteria toxică
  - E. Angina candidozică
13. Crupul difteric reprezintă localizarea infecției difterice la nivel:
- A. Faringian
  - B. Laringian
  - C. Conjunctival
  - D. Otic
  - E. Cutanat
14. Precizați informația greșită referitor la membranele false (difterice).
- A. Sunt amplasate „+“ țesut.
  - B. Se detașează cu greu.
  - C. Sunt consistente.
  - D. Sunt ușor detașabile.
  - E. La detașarea forțată lasă mucoasa sângerândă.
15. Copiii născuți din mame imune păstrează o imunitate pasivă (inclusiv și antidifterică), timp de:
- A. 2 săptămâni
  - B. 1 lună
  - C. 2 luni
  - D. 4–6 luni
  - E. 1 an
16. O complicație nervoasă a difteriei este:
- A. Paralizia vălului palatin
  - B. Encefalita

- C. Sindromul Reye
  - D. Nevrita optică
  - E. Nevrita acustică
17. Antibioterapia în difterie se face cu următoarele antibiotice, cu excepția:
- A. Penicilină
  - B. Eritromicină
  - C. Cefotaxim
  - D. Cloramfenicol
  - E. Ampicilină
18. Aspectul leucogramei în difterie este:
- A. Leucocitoză cu neutrofilie
  - B. Leucocitoză cu limfocitoză
  - C. Leucopenie cu limfocitoză
  - D. Leucopenie cu eozinofilie
  - E. Leucocitoză cu eozinofilie
19. Pronosticul difteriei depinde de:
- A. Tipul de bacil difteric
  - B. Localizarea infecției
  - C. Vârsta pacientului
  - D. Precocitatea depistării bolnavului și aplicării tratamentului
  - E. Forma clinică a bolii (tipică sau atipică)
20. Indicați forma clinică a difteriei la copiii vaccinați antidifteric este:
- A. Forma localizată membranoasă
  - B. Forma localizată insulară
  - C. Forma răspândită
  - D. Forma toxică
  - E. Forma subtoxică

### *Complement multiplu*

1. Cele mai frecvente localizări ale difteriei sunt:
- A. Difteria laringiană
  - B. Difteria orofaringiană
  - C. Difteria nazală
  - D. Difteria genitală

- E. Difteria cutanată
2. Organele cel mai mult afectate în difteria toxică sunt:
- A. Pulmonii
  - B. Cordul
  - C. Pancreasul
  - D. Rinichii
  - E. Nervii periferici și cei cranieni
3. Membranele false răspândite pe amigdale și mucoasele învecinate pot fi observate în:
- A. Difteria faringiană răspândită
  - B. Difteria faringiană toxică
  - C. Difteria faringiană localizată
  - D. Difteria nazală
  - E. Difteria faringiană toxică + difteria laringiană
4. Care complicații nu sunt specifice difteriei faringiene?
- A. Pneumonia
  - B. Miocardita
  - C. Otita, limfadenita
  - D. Poliradiculoneuropatia
  - E. Pielonefrita
5. Edemul cervical apare în:
- A. Difteria faringiană răspândită
  - B. Difteria faringiană subtoxică
  - C. Difteria faringiană localizată
  - D. Difteria faringiană toxică
  - E. Difteria faringiană hipertoxică
6. Difteria faringiană la copii evoluează mai frecvent în următoarele forme:
- A. Localizată membranoasă
  - B. Localizată insulară
  - C. Răspândită
  - D. Toxică
  - E. Asociată cu alte localizări
7. Indicați cauzele posibile ale deceselor în difterie la copii:
- A. Miocardita toxică
  - B. Șocul toxiinfecțios

- C. Stenoza laringiană
  - D. Nefroza toxică
  - E. Hepatita toxică
8. Bolnavul cu difterie faringiană toxică prezintă:
- A. Apatie, adinamie, paliditate
  - B. Față congestionată
  - C. Respirație nazală îngreunată
  - D. Edem cervical
  - E. Ochi înfundați
9. Imunitatea specifică în difterie este:
- A. Durabilă
  - B. De scurtă durată
  - C. Antitoxică
  - D. Antimicrobiană
  - E. Tipospecifică
10. În difteria laringiană se instalează stenoza laringiană. Care dintre următoarele semne indică prezența ei?
- A. Febră, semne de intoxicație gravă
  - B. Insuficiență respiratorie
  - C. Tuse lătrătoare
  - D. Voce răgușită
  - E. Tahicardie
11. Membranele false pe amigdale în difterie:
- A. Se desprind ușor.
  - B. Sunt de culoare alb-surie.
  - C. La detașarea lor forțată mucoasa sângerează.
  - D. Nu se distrug între două lame.
  - E. Plutesc în apă.
12. În difteria faringiană hipertoxică sunt prezente:
- A. Febra
  - B. Convulsiile
  - C. Hipertensiunea arterială
  - D. Tulburările de conștiință
  - E. Erupțiile cutanate
13. Care semne clinice caracterizează difteria faringiană localizată membranoasă?

- A. Febra (39°-40°C)
  - B. Dureri pronunțate în deglutiție
  - C. Membranele false pe amigdale
  - D. Hiperemia faringiană moderată
  - E. Ganglionii limfatici submandibulari tumefiați
14. Diagnosticul pozitiv al difteriei se stabilește în baza următoarelor examene paraclinice:
- A. Bacterioscopic
  - B. Bacteriologic
  - C. Serologic
  - D. Imunoenzimatic
  - E. Virusologic
15. Antibioticele cele mai eficiente în tratamentul difteriei sunt:
- A. Ampicilina
  - B. Eritromicina
  - C. Gentamicina
  - D. Penicilina
  - E. Cefalosporinele gen. III
16. În care forme clinice ale difteriei se va indica corticoterapia?
- A. Difteria faringiană răspândită
  - B. Difteria laringiană
  - C. Difteria faringiană toxică
  - D. Difteria nazală
  - E. Difteria faringiană hipertoxică
17. Difteriei faringeane toxice nu îi este caracteristic:
- A. Edemul faringian
  - B. Dureri mari în deglutiție
  - C. Edemul cervical
  - D. Membrane false numai pe amigdale
  - E. Tumefierea ganglionilor limfatici cervicali posteriori și occipitali
18. Complicațiile toxice în difterie sunt următoarele, cu excepția:
- A. Paralizia valului palatin
  - B. Sinuzita maxilară
  - C. Miocardita
  - D. Pielonefrita
  - E. Pneumonia

19. Se consideră că în patogenia difteriei toxice intervin următorii factori:
- A. Tulpini foarte toxigene
  - B. Lipsa de apărare locală
  - C. Trecerea bacilului difteric în circulație
  - D. Complicații septice la distanță produse de bacilul difteric
  - E. Asocieri bacteriene (cu streptococi, stafilococi patogeni, anaerobi)
20. Se vor spitaliza urgent copiii în caz de:
- A. Forme grave ale difteriei
  - B. Difterie cu complicații
  - C. Herpangină
  - D. Forme clinice asociate (faringe, laringe, nas etc.) ale difteriei
  - E. Angină eritematoasă

## ANGINA

### *Complement simplu*

1. Angina ulceronecrotică însoțită de hemoragii la copii reprezintă cel mai frecvent prima manifestare în:

- A. Difterie
- B. Candidoza bucală
- C. Mononucleoza infecțioasă
- D. Enteroviroză
- E. Leucemia acută

2. Indicați antibioticul de elecție în anginele cu streptococ beta-hemolitic grup A la copii:

- A. Tetraciclina
- B. Penicilina G
- C. Amicacina
- D. Gentamicina
- E. Cloramfenicolul

3. Care afirmație referitoare la angina Simanovski-Vincent este incorectă?

- A. Este o angină ulceronecrotică.
- B. Prezintă un mare grad de contagiozitate.
- C. Este bilaterală de la început.
- D. Agenții cauzali sunt bacili gram-negativi, fusiformi, asociați cu spirile gram-pozitive.
- E. Nerespectarea igienei joacă un rol important în apariția bolii.

4. Cea mai frecventă complicație a anginelor la copii este:

- A. Abcesul periamigdalian
- B. Hemoragia
- C. Laringita stenoizantă
- D. Abcesul retrofaringian
- E. Traheita

5. Cauza cea mai frecventă a anginei cu *Candida albicans* este:

- A. Tratamentul cu nistatină
  - B. Tratamentul cu eubiotice
  - C. Vitaminoterapia
  - D. Tratamentul cu hemostatice
  - E. Tratamentul cu antibiotice
6. Angina ulceronecrotică Simanovski -Wincent este:
- A. Angină secundară
  - B. Angină lacunară
  - C. Angină primară
  - D. O complicație a altor boli
  - E. Angină necrotică
7. Tratamentul specific al anginei difterice (difteria orofaringiană membranoasă localizată) include:
- A. Corticosteroide
  - B. Ser antitoxic antidifteric
  - C. Cardiotonice
  - D. Intervenție chirurgicală
  - E. Plasmă
8. În care angină se întâlnește limfomonocitoza?
- A. Difterică
  - B. În mononucleoza infecțioasă
  - C. Lacunară
  - D. Scarlatinoasă
  - E. Herpetică
9. Asocierea *angină lacunară, adenopatie laterocervicală și occipitală, hepatosplenomegalie, limfocitoză* (70–80%) vă sugerează ideea de:
- A. Infecție herpetică
  - B. Angină foliculară
  - C. Mononucleoză infecțioasă
  - D. Gripă
  - E. Limfosarcom
10. Cea mai frecventă cauză a leziunilor orofaringiene recidivante este:
- A. Stomatita gangrenoasă
  - B. Angina fungică
  - C. Stomatita în rujeolă

- D. Stomatita în infecția cu virusul Herpes simplex
  - E. Herpangina enterovirală
11. Pentru angina herpetică sunt specifice:
- A. Depuneri alb-gălbui în lacune și pe amigdale
  - B. Membrane fibrinoase ce acoperă amigdalele și se detașează greu, lăsând mucoasa sângerândă
  - C. Depuneri albicioase pe amigdale și pe mucoasa bucală, ce se detașează ușor
  - D. Folicule proeminente, roșii, eroziuni pe mucoasa hiperemiată a amigdalelor, uvulă, pilieri
  - E. Depuneri gălbui, murdare pe amigdale, uvulă, pilieri, ce se detașează ușor și lasă mucoasa sângerândă
12. Angina produsă de adenovirusuri nu are ca manifestare principală:
- A. Hiperemie faringiană difuză
  - B. Disfagie și odinofagie
  - C. Tuse iritativă
  - D. Febră
  - E. Zone extinse de ulcerări ale vălului palatin
13. Care simptom confirmă diagnosticul de angină adenovirală și nu se întâlnește în angină în mononucleoza infecțioasă?
- A. Adenopatia multiplă
  - B. Hepatosplenomegalia
  - C. Angina
  - D. Febra
  - E. Conjunctivita membranoasă
14. Tratamentul etiotrop al anginei în infecția cu virusul Herpes simplex se va face cu:
- A. Amantadină
  - B. Ribavirină
  - C. Acyclovir
  - D. Remantadină
  - E. Lamivudină

### *Complement multiplu*

1. Diagnosticul anginei difterice la copii se bazează pe:
  - A. Aspectul bucofaringelui (prezența pseudomembranelor)
  - B. Starea toxică a copilului
  - C. Examenul bacteriologic
  - D. Limba zmeurie
  - E. Diareea acută
2. Angina în infecția cu HIV:
  - A. Are o perioadă de incubație de 3–5 săptămâni.
  - B. Se asociază cu mialgii, artralгии și, uneori, cu erupții maculopapuloase nepruriginoase.
  - C. Se caracterizează prin hiperemie faringiană, ulceratii ale mucoasei și absența exsudatului.
  - D. Prezintă semnul Koplik.
  - E. Este produsul coinfecției cu enterovirusuri.
3. Angine ulceroase sunt:
  - A. Angina din infecția cu HIV
  - B. Angina herpetică (cu virusul Herpes simplex)
  - C. Angina Simanovski-Vincent
  - D. Angina adenovirală
  - E. Angina difterică
4. În angina produsă de virusul Herpes simplex, leziunile sunt localizate predominant pe:
  - A. Palatul dur
  - B. Amigdale
  - C. Palatul moale
  - D. Pilieri
  - E. Planșeul cavității bucale
5. Herpangina în infecția enterovirală se caracterizează prin:
  - A. Debut brusc, cu febră înaltă, odinofagie, vărsături, dureri abdominale, mialgii și, uneori, diaree
  - B. Depozite pseudomembranoase pe amigdale
  - C. Erupții veziculoase pe arcurile palatine, uvulă

- D. Vezicule mici cu diametrul de 1–2 mm, care lasă ulcerații mici
  - E. Edem faringian
6. Principiile de tratament în angina cu streptococ beta-hemolitic grup A la copii includ:
- A. Administrarea hormonilor
  - B. Administrarea penicilinei G în doze de 50 000 u/kg/zi, divizate în 3 prize, timp de 10 zile
  - C. Încheierea tratamentului cu administrarea benzatinpenicilinei în doză de 1,2 milioane U la adulți
  - D. Administrarea în unele cazuri a cefalosporinelor de generația I: cefalexină, efadroxil
  - E. Administrarea aminoglicozidelor
7. Angina difterică (difteria faringiană membranoasă localizată) se caracterizează prin:
- A. Febră cu frisoane
  - B. Pseudo membrane cu extindere rapidă pe suprafața amigdalelor
  - C. Sângerare la detașarea pseudomembranelor
  - D. Edem faringian
  - E. Leucocitoză cu neutrofilie
8. Importanța anginelor în patologia umană se datorează:
- A. Incidenței mari la copii și adolescenți
  - B. Caracterului epidemic (anginele virale, streptococice, difterice)
  - C. Complicațiilor severe frecvente
  - D. Imunității postinfecțioase durabile, pe viață
  - E. Profilaxiei specifice
9. Indicați complicațiile tardive în anginele streptococice:
- A. Flegmonul periamigdalian
  - B. Limfadenita cervicală
  - C. Reumatismul
  - D. Glomerulonefrita difuză acută
  - E. Eritemul polimorf sau nodos
10. Pentru angina bacteriană sunt caracteristice:
- A. Debutul treptat
  - B. Prezența exsudatului purulent pe amigdale
  - C. Tumefierea amigdalelor

- D. Adenita cervicală dureroasă
  - E. Leucopenia
11. Anginele bacteriene la copii se tratează cu:
- A. Sulfamide
  - B. Cloramfenicol
  - C. Ampicilină
  - D. Eritromicină
  - E. Penicilină
12. Complicațiile precoce de vecinătate în anginele bacteriene sunt:
- A. Flegmonul periamigdalian
  - B. Flegmonul planșeului bucal
  - C. Limfadenita cervicală
  - D. Paroditita
  - E. Laringita stenoizantă
13. În anginele bacteriene complicațiile precoce la distanță sunt:
- A. Septicemiile
  - B. Glomerulonefrita în focar
  - C. Meningita cu lichid clar
  - D. Sinuzita
  - E. Mastroidita
14. Anginele virale nu se tratează cu:
- A. Dezinfectante
  - B. Antimicotice
  - C. Vitamine
  - D. Antibiotice
  - E. Corticosteroizi
15. Angina Simanovski-Vincent trebuie diferențiată în primul rând de:
- A. Angina lacunară
  - B. Angina în leucemia acută
  - C. Angina difterică
  - D. Angina necrotică în scarlatina septică
  - E. Angina în infecția cu HIV
16. Angine primare sunt:
- A. Necrotică

- B. Catarală
- C. Lacunară
- D. Flegmonoasă
- E. Ulceromembranoasă Simanovski-Vincent

17. Anginele secundare se dezvoltă în:

- A. Adenoviroze
- B. Febra tifoidă
- C. Mononucleoza infecțioasă
- D. Pneumonie
- E. Leucemia acută

18. Angina lacunară trebuie diferențiată de:

- A. Angina difterică
- B. Angina Simanovski-Vincent
- C. Angina în mononucleoasă infecțioasă
- D. Faringita acută
- E. Angina herpetică

19. Diagnosticul anginei difterice (forma toxică) la copii se bazează pe:

- A. Aspectul bucofaringelui (edem, pseudomembrane)
- B. Limba zmeurie
- C. Peritonzilită
- D. Edemul cervical
- E. Examenul bacteriologic

20. Care dintre maladiile enumerate mai jos evoluează cu angină?

- A. Meningita meningococică
- B. Rubeola
- C. Scarlatina
- D. Difteria
- E. Mononucleoza infecțioasă

21. Pentru angina scarlatinoasă sunt caracteristice:

- A. Leucocitoza
- B. Leucopenia
- C. Monocitoza
- D. Euzinofilia

E. Neutrofilia

22. Care dintre următoarele manifestări clinice sunt caracteristice anginei scarlatinoase?

- A. Angina eritematoasă „în flăcări” delimitată sau eritemopultacee
- B. Enantemul
- C. Microabcese sublinguale
- D. Poliadenopatia
- E. Limfadenita regională

23. Indicați complicațiile posibile în mononucleoza infecțioasă:

- A. Meningoencefalita
- B. Trombocitopenia
- C. Laringita
- D. Ruperea splinei
- E. Stomatita

24. Angine veziculoase sunt:

- A. Angina herpetică
- B. Angina difterică
- C. Angina micotică
- D. Herpes zoster faringian
- E. Herpes simplex faringian

25. Alegeți trei semne comune pentru angina adenovirală și angina în mononucleoza infecțioasă:

- A. Febra
- B. Adenopatia
- C. Hepatosplenomegalia
- D. Rinita pronunțată
- E. Conjunctivita

26. Care sunt cele mai importante maladii poststreptococice?

- A. Reumatismul acut
- B. Glomerulonefrita acută
- C. Cardita reumatică
- D. Pancreatita
- E. Ulcerul gastric

## SCARLATINA

### *Complement simplu*

1. În scarlatină este caracteristic:
  - A. Faciesul „plâns”
  - B. Faciesul Cushingoid
  - C. Faciesul adenoidian
  - D. Faciesul Filatov („pălmuit”)
  - E. Faciesul „încrunat”, cu conjunctive injectate
2. Enantemul în scarlatină prezintă:
  - A. Semnul Filatov-Koplik
  - B. Angină eritematoasă sau eritemopultacee „în flăcări”, delimitată
  - C. Microabcese sublinguale
  - D. Hiperemia și tumefacția orificiului canalului Stenon
  - E. Stomatită aftoasă
3. Semnul Pastia este reprezentat de:
  - A. Zone eritematoase circumscrise, situate la extremități
  - B. Pete lenticulare în flancuri
  - C. Adenopatii axilare și inghinale
  - D. Linii hemoragice orizontale la nivelul zonelor de flexie
  - E. Micropapule situate la nivelul extremităților
4. În scarlatină, erupții caracteristice sunt:
  - A. Macule
  - B. Papule
  - C. Rozeole punctiforme
  - D. Vezicule
  - E. Pustule
5. Nu se utilizează în tratamentul scarlatinei la copii:
  - A. Penicilina G

- B. Penicilina V
  - C. Benzatinpenicilina
  - D. Tetraciclina
  - E. Eritromicina
6. Precizați aspectul tipic al exantemului scarlatinos:
- A. Maculopapulos catifelat la palpare confluent
  - B. Rozeole-papule aspre la palpare
  - C. Maculoveziculos
  - D. Erupecie buloasă pe fundal congestiv
  - E. Pruriaziform
7. Pentru scarlatină nu este caracteristic:
- A. Faciesul edemațiat, obrații congestionai
  - B. Conjunctivita
  - C. Limba zmeurie
  - D. Paloarea circumorală
  - E. Angulus infecțiosus (zabăluțe)
8. Pentru debutul scarlatinei nu pledează:
- A. Febra (39–40°C) și frisoanele
  - B. Cefaleea
  - C. Dureri în gât
  - D. Vărsăturile
  - E. Tusea
9. Complicațiile tardive ale scarlatinei apar:
- A. În perioada de invazie
  - B. În a 6-a–a 7-a zi de la debutul bolii
  - C. Concomitent cu exantemul scarlatinos
  - D. După 2–3 săptămâni de la debutul bolii
  - E. La apariția anticorpilor specifici
10. În scarlatină se înregistrează neapărat:
- A. Tusea
  - B. Angina
  - C. Erupecii maculopapuloase
  - D. Scaune diareice
  - E. Limfadenopatia

11. De regulă, în scarlatină apar:
- A. Eruptii maculopapuloase
  - B. Hiperemie difuză faringiană
  - C. Tumefierea ganglionilor limfatici laterocervicali
  - D. Eruptii punctiforme
  - E. Tuse
12. În scarlatină, durata tratamentului cu penicilina G trebuie să fie de:
- A. 4 zile
  - B. 10 zile
  - C. 21 zile
  - D. 15 zile
  - E. 28 zile
13. Izolarea cărui agent cauzal confirmă scarlatina?
- A. Str. agalactiae
  - B. Str. viridans
  - C. Str. pyogenes
  - D. Str. salivarius
  - E. Str. pneumoniae
14. Semnul Pastia se întâlnește în:
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Varicelă
  - D. Scarlatină
  - E. Dermatita toxialergică
15. Limba zmeurie în scarlatină apare în ziua:
- A. 1-2
  - B. 5-6
  - C. 10-12
  - D. 15-17
  - E. 19-21
16. Istmul „în flăcări” cu hiperemie delimitată se întâlnește în:
- A. Rujeolă
  - B. Scarlatină
  - C. Difterie
  - D. Mononucleoza infecțioasă

- E. Infecția meningococică
17. Descuamația pielii în lambouri este caracteristică pentru:
- A. Rujeolă
  - B. Scarlatină
  - C. Rubeolă
  - D. Varicelă
  - E. Infecția herpetică
18. Angina în scarlatină poate lipsi în forma:
- A. Septică
  - B. Extrafaringiană
  - C. Toxică
  - D. Hemoragică
  - E. Hipertoxică
19. Sindromul clinic de bază în scarlatină caracteristic pentru toate formele clinice:
- A. Abdominal
  - B. Respirator
  - C. Angina
  - D. Hemoragic
  - E. Septic
20. Pentru scarlatină la copiii sugari nu este caracteristic:
- A. Debut lent
  - B. Intoxicație moderată
  - C. Erupție discretă
  - D. Descuamație în lambouri
  - E. Complicații septice
21. Cea mai frecventă complicație în scarlatină este:
- A. Pneumonia
  - B. Otita
  - C. Meningita
  - D. Afecțiuni ale cordului
  - E. Apendicita
22. Diagnosticul diferențial al scarlatinei se va face obligatoriu cu:
- A. Mononucleoza infecțioasă
  - B. Pseudotuberculoza
  - C. Varicela

- D. Infecția adenovirală
- E. Rujeola

### *Complement multiplu*

1. Antibioticele de elecție în tratamentul scarlatinei sunt:
  - A. Tetraciclina
  - B. Penicilina G
  - C. Penicilina V
  - D. Eritromicina
  - E. Gentamicina
2. În scarlatina extrafaringiană sunt prezente:
  - A. Angina lacunară
  - B. Limba „zmeurie”
  - C. Febra
  - D. Limfadenita regională
  - E. Eruptii rozeoloase la poarta de intrare
3. Precizați semnele clinice caracteristice scarlatinei:
  - A. Scaune diareice
  - B. Adenopatia submandibulară
  - C. Herpesul labial
  - D. Limba saburală cu marginile și vârful roșii
  - E. Angina eritematoasă „în flăcări”
4. Exantemul scarlatinos prezintă următoarele caracteristici:
  - A. Apare după 24–36 ore de la debutul bolii.
  - B. Debutează pe gât și torace și se generalizează rapid în 24 ore.
  - C. Este un eritem difuz, aspru, punctat cu mici papule roșii.
  - D. Are aspect de erupție ulceroveziculoasă.
  - E. Confluează în pete mari.
5. Ciclul lingual în scarlatină include următoarele aspecte ale limbii:
  - A. Limba saburală
  - B. Limba fuliginoasă
  - C. Limba „zmeurie”
  - D. Limba „de pisică”
  - E. Limba „geografică”

6. În forma toxică a scarlatinei se înregistrează:
- A. Angina necrotică
  - B. Convulsii
  - C. Eruptii maculopapuloase
  - D. Șoc toxiinfecțios
  - E. Miocardita
7. În forma septică a scarlatinei sunt prezente:
- A. Pneumonia
  - B. Febra continuă sau intermitentă
  - C. Convulsii
  - D. Angina necrotică
  - E. Limfadenita cervicală
8. Complicațiile scarlatinei sunt:
- A. Otita
  - B. Pneumonia
  - C. Adenoflegmonul
  - D. Encefalita
  - E. Glomerulonefrita
9. Declanșarea glomerulonefritei la bolnavul de scarlatină atestă:
- A. Angina necrotică
  - B. Oliguria
  - C. Eruptiile hemoragice
  - D. Edemul palpebral
  - E. Hematuria
10. La copiii sub 1 an scarlatina se caracterizează prin:
- A. Simptome de intoxicație pronunțate
  - B. Complicații purulente
  - C. Eruptii abundente de un roșu-aprins
  - D. Angină slab pronunțată
  - E. Complicații alergice rareori
11. Descuamația în scarlatină:
- A. Apare în primele zile ale bolii
  - B. Debutează pe gât și subunghial, la pulpa degetelor
  - C. Apare după 7–15 zile de la debutul bolii

- D. Este masivă, cu detașarea de lambouri pe palme și tălpi în absența tratamentului etiotrop
- E. Rămâne discretă în cazul tratamentului cu peniciline
12. Diagnosticul diferențial al scarlatinei se face cu:
- A. Boala Kawasaki
  - B. Varicela
  - C. Rubeola
  - D. Oreionul
  - E. Infecția adenovirală
13. Manifestările clinice în glomerulonefrita difuză acută în scarlatină includ:
- A. Edeme
  - B. Hematurie
  - C. Hipertensiune arterială
  - D. Icter sclero-tegumentar
  - E. Erupecie cutanată veziculoasă
14. Pentru profilaxia primară a reumatismului articular (poststreptococic) se utilizează:
- A. Penicilina G – i/m, 10 zile
  - B. Bicilina-5 – i/m, doza unică 1 200 000 U la copil peste 27 kg și 600 000 U la copil sub 27 kg
  - C. Penicilina V – oral, 10 zile
  - D. Gentamicina – oral, 10 zile
  - E. Tetraciclina – oral, 10 zile
15. În a 2-a–a 3-a săptămână a bolii pentru scarlatină sunt caracteristice:
- A. Descuamarea tegumentelor
  - B. Angina lacunară
  - C. Simptomul Pastia
  - D. Dermografismul alb
  - E. Erupecțiile miliare
16. Pentru scarlatină sunt caracteristice:
- A. Faciesul edemațiat
  - B. Conjunctivita
  - C. Obraji congestionați
  - D. Paloare circumorală
  - E. „Zăbăluțe”

17. Erupțiile în scarlatină se întâlnesc:
- A. Maculopapuloase confluențe
  - B. Miliare
  - C. Hemoragice
  - D. Veziculopapuloase
  - E. Rozeoloase punctiforme
18. În perioada acută a scarlatinei sunt tipice:
- A. Tegumentele umede
  - B. Tegumentele uscate
  - C. Erupții pe fond hiperemiat al pielii
  - D. Erupții hemoragice în plicile cutanate
  - E. Erupții pe părțile extensorii ale membrilor superioare
19. Angina în scarlatină poate fi:
- A. Ulceronecrotică
  - B. Eritematoasă
  - C. Necrotică
  - D. Fibrinoasă
  - E. Lacunară
20. Sindroamele de bază în scarlatină sunt:
- A. Respirator
  - B. Angina
  - C. Convulsiv
  - D. Eruptiv
  - E. Toxic
21. Angina în scarlatină se caracterizează prin:
- A. Istm în flăcări delimitat
  - B. Prezența pseudomembranelor
  - C. Limfadenită regională dureroasă
  - D. Ulcerație unilaterală
  - E. Febră
22. Debutul bolii în scarlatină este cu:
- A. Tuse, guturai
  - B. Cefalee, vome (1–2 ori)
  - C. Dureri la deglutiție
  - D. Conjunctivită, sclerită

- E. Brusc, cu febră
23. Faciesul pacientului cu scarlatină se caracterizează prin:
- A. Paloare circumorală
  - B. Conjunctivită, sclerită
  - C. Congestie intensă a obrazilor
  - D. Buze carminate, „zăbăluțe”
  - E. Edem palpebral
24. Forma toxică a scarlatinei se manifestă prin:
- A. Semne catarale pronunțate
  - B. Debut brusc, febră (39–40°C)
  - C. Diaree frecventă
  - D. Erupecie cutanată intensă, frecvent hemoragică
  - E. Vome repetate, simptome neuropsihice (agitație, delir, convulsii)
25. Forma septică a scarlatinei se caracterizează prin:
- A. Angină necrotică
  - B. Tuse lătrătoare
  - C. Metastaze septice (adenite, otite etc.)
  - D. Diaree
  - E. Febră continuă sau intermitentă
26. Forma tipică ușoară a scarlatinei se caracterizează prin:
- A. Debut acut, febră (38–38,5°C)
  - B. Tuse, obstrucție nazală
  - C. Angină eritematoasă
  - D. Erupecii rozeoloase punctiforme
  - E. Vome, diaree
27. Forma medie a scarlatinei evoluează cu:
- A. Convulsii
  - B. Debut acut, febră (39–40°C)
  - C. Angină lacunară, foliculară
  - D. Erupecii hemoragice
  - E. Limfadenită regională manifestă
28. Formele clinice ale scarlatinei, conform evoluției, pot fi:
- A. Fără complicații (benignă)
  - B. Latentă
  - C. Cu complicații septice

- D. Fulgerătoare, malignă
  - E. Cu unde alergice
29. Diagnosticul retrospectiv al scarlatinei se bazează pe:
- A. Subfebrilitate
  - B. Limbă „lăcuită”, de „papagal”
  - C. Descuamație în lambouri
  - D. Hepatomegalie
  - E. Semnul Pastia
30. Scarlatina la sugari se manifestă prin:
- A. Subfebrilitate
  - B. Manifestări cardiovasculare absente
  - C. Febră
  - D. Erupții rozeoloase discrete
  - E. Sindrom neurotoxic
31. În scarlatină, la analiza generală a sângelui se constată:
- A. Celule Türk
  - B. Leucocitoză
  - C. Limfocitoză
  - D. Neutrofilie
  - E. Eozinofilie

## RUJEOLA

### *Complement simplu*

1. În rujeolă, la sugari nu este caracteristică:
  - A. Erupție cutanată discretă
  - B. Erupție macromaculopapuloasă abundentă
  - C. Complicații frecvente
  - D. Imunitate nestabilă
  - E. Semnul Filatov-Koplik (rareori)
2. Complicația specifică neurologică a rujeolei este:
  - A. Meningita seroasă
  - B. Meningita purulentă
  - C. Neuropatiile periferice
  - D. Meningoencefalita seroasă
  - E. Meningoencefalita purulentă
3. Panencefalita sclerozantă subacută (Dawson) poate fi întâlnită în:
  - A. Scarlatină
  - B. Rujeolă
  - C. Rubeolă
  - D. Varicelă
  - E. Poliomielită
4. Curba febrilă în rujeolă are caracter:
  - A. Ondulant
  - B. Bifazic
  - C. Intermitent
  - D. În platou
  - E. Pusee febrile
5. Semnul Filatov-Koplik este patognomonic în:

- A. Rubeolă
  - B. Scarlatină
  - C. Varicelă
  - D. Rujeolă
  - E. Mononucleoza infecțioasă
6. Care dintre erupțiile enumerate mai jos pot fi în rujeolă?
- A. Peteșii
  - B. Vezicule
  - C. Pustule
  - D. Macule-papule
  - E. Micromacule punctiforme
7. Exantemul în rujeolă se caracterizează prin:
- A. Apare în ziua 1–2 de boală
  - B. Apare de jos în sus (de la picioare)
  - C. Apare de sus în jos pe parcursul a 24 ore
  - D. Apare de sus în jos pe parcursul a 3 zile
  - E. Nu lasă pigmentație
8. Rujeola mitigată va apărea la:
- A. Copiii vaccinați împotriva rujeolei
  - B. Sugari
  - C. Adulți
  - D. Copii, după administrarea imunoglobulinei antirujeolice
  - E. Bolnavii tratați cu imunodepresive
9. Nu vor fi spitalizați bolnavii cu rujeolă în caz de:
- A. Evoluție severă
  - B. Complicații timpurii
  - C. Rujeolă mitigată
  - D. Vârsta 4–5 ani
  - E. Antecedente personale nefavorabile
10. Pigmentarea erupțiilor are loc în următoarea boală infecțioasă cu exantem:
- A. Rubeola
  - B. Scarlatina
  - C. Varicela

- D. Rujeola
- E. Infecția enterovirală

11. Pigmentarea erupțiilor cutanate și descuamarea târâtoasă (furfuracee) se vor observa în:

- A. Scarlatină
- B. Rubeolă
- C. Varicelă
- D. Enteroviroză cu exantem
- E. Rujeolă

12. Replicarea virusului rujeolic, urmată de viremie primară, are loc în:

- A. Sistemul nervos central
- B. Tractul gastrointestinal
- C. Mucoasa conjunctivală
- D. Sistemul reticuloendotelial
- E. Epiteliul mucoasei tractului respirator

13. Celule gigante multinucleate în mucoase și dermă se formează în:

- A. Rujeolă
- B. Scarlatină
- C. Dermatita alergică
- D. Varicelă
- E. Pseudotuberculoză

14. Pneumonie cu celule gigante poate fi în:

- A. Scarlatină
- B. Rubeolă
- C. Oreion
- D. Rujeolă
- E. Gripă

15. Care semn clinic nu este caracteristic pentru rujeolă?

- A. Conjunctivită
- B. Gingiostomatită
- C. Febră
- D. Angina membranoasă
- E. Erupții maculopapuloase

16. În rujeolă, erupțiile cutanate pot fi următoarele, cu excepția:

- A. Maculopapuloase
  - B. Hemoragice
  - C. Rozeoloase punctiforme
  - D. Confluente
  - E. Pigmentație ulterioară
17. Unul din următoarele semne nu este caracteristic pentru rujeolă:
- A. Edem palpebral
  - B. Tuse
  - C. Gingivită, stomatită
  - D. Erupții maculopapuloase
  - E. Hepatosplenomegalie
18. Nu se depistează în rujeolă:
- A. Leucopenie
  - B. Neutropenie
  - C. Limfocitoză
  - D. Limfomonocite atipice
  - E. VSH norma
19. În rujeolă, perioada prodromală este caracterizată prin următoarele semne, în afară de:
- A. Erupție maculopapuloasă, abundentă pe față, gât
  - B. Conjunctivită
  - C. Semnul Filatov-Koplik
  - D. Gingivită
  - E. Tuse
20. Aspectul bolnavului cu „față plânsă” se întâlnește în:
- A. Scarlatină
  - B. Rubeolă
  - C. Rujeolă
  - D. Varicelă
  - E. Tuse convulsivă
21. Semnul Filatov-Koplik în rujeolă apare în:
- A. Perioada de incubație
  - B. 1-a 2-a zi a bolii
  - C. A 4-a–a 5-a zi a bolii
  - D. Perioada de pigmentare

E. Perioada de convalescență

*Complement multiplu*

1. Exantemul rujeolic este caracterizat prin:
  - A. Apariția la 1-a 2-a zi a bolii
  - B. Macule-papule abundente
  - C. Apariție în etape, pe parcursul a 3 zile
  - D. Pigmentare
  - E. Abundență pe părțile flexorii ale corpului, în pliuri
2. Copiii cu rujeolă vor fi spitalizați în caz de:
  - A. Evoluție severă a bolii
  - B. Complicații timpurii
  - C. Rujeolă mitigată
  - D. Evoluție favorabilă
  - E. Antecedente nefavorabile
3. Rujeola la sugari are următoarele caracteristici:
  - A. Semne catarale nepronunțate
  - B. Semnul Filatov-Koplik frecvent
  - C. Erupții maculopapuloase neabundente
  - D. Complicații (rareori)
  - E. Imunitate nestabilă
4. Semnele comune în rujeolă și adenoviroze sunt:
  - A. Stomatita, gingivita
  - B. Febra
  - C. Catarul căilor respiratorii
  - D. Conjunctivita
  - E. Erupțiile maculopapuloase abundente
5. Exantemul în rujeolă prezintă următoarele caracteristici:
  - A. Este maculoveziculos
  - B. Abundent

- C. Confluent
  - D. Fără pigmentație în convalescență
  - E. Descuamativ
6. Complicațiile precoce ale rujeolei sunt:
- A. Stomatita
  - B. Pneumonia
  - C. Laringotraheita stenoizantă (crup „fals”)
  - D. Nefroza toxică
  - E. Pancreatita acută
7. Forma severă a rujeolei se caracterizează prin:
- A. Erupții maculopapuloase abundente
  - B. Dispnee accentuată
  - C. Hipertermie
  - D. Erupții hemoragice
  - E. Semne catarale pronunțate
8. Indicați semnele comune în rujeolă și erupțiile alergice:
- A. Febra
  - B. Erupții maculopapuloase frecvente
  - C. Semne respiratorii
  - D. Stomatita, gingivita
  - E. Poliadenopatia
9. Semnul Filatov-Koplik în rujeolă se distinge prin:
- A. Apare în 1-a 2-a zi de boală și persistă 2–3 zile
  - B. Apare în ziua a 4-a–a 5-a de boală și persistă 4–5 zile
  - C. Este de culoare albă pe mucoasa obrazilor
  - D. Este de culoare roșie pe palatul moale
  - E. Petele nu sunt confluențe
10. Rujeola mitigată este caracterizată prin:
- A. Semne de intoxicație majoră
  - B. Erupții maculopapuloase neabundente
  - C. Semne catarale nepronunțate
  - D. Complicații frecvente
  - E. Letalitate absentă
11. Rujeola la sugari evoluează cu:

- A. Perioada catarală pronunțată
  - B. Erupecii abundente, confluenle, maculopapuloase
  - C. Erupecie discretă și de scurtă durată
  - D. Semnul Filatov-Koplik absent
  - E. Complicații frecvente
12. Indicați perioadele clinice ale rujeolei:
- A. Prodromală (preeruptivă)
  - B. Eruptivă
  - C. De incubație
  - D. Spasmodică
  - E. Convalescență (pigmentare, descuamare)
13. Rujeola mitigată se caracterizează prin:
- A. Semne de intoxicație majoră
  - B. Erupecii maculopapuloase discrete
  - C. Semne catarale pronunțate
  - D. Complicații absente
  - E. Letalitate absentă
14. Indicați complicațiile rujeolei:
- A. Laringotraheita
  - B. Pneumonia
  - C. Glomerulonefrita
  - D. Erizipelul
  - E. Meningoencefalita
15. Enanlemul apare în:
- A. Difterie
  - B. Scarlatină
  - C. Rujeolă
  - D. Tusea convulsivă
  - E. Rubeolă
16. Numiți 3 semne comune în rujeolă și gripă:
- A. Febra
  - B. Enanlemul
  - C. Rinita
  - D. Dureri abdominale
  - E. Tusea

17. Conjunctivita în rujeolă se caracterizează prin:
- A. Apare în a 3-a–a 4-a zi de boală
  - B. Conjunctive hiperemiate
  - C. Edem palpebral
  - D. Fotofobie, lacrimare
  - E. Membrane fibrinoase pe conjunctive
18. Indicațiile antibioticelor în rujeolă:
- A. Intoxicație pronunțată
  - B. Evoluție favorabilă
  - C. Pneumonie
  - D. Encefalită
  - E. Vârsta mică (până la 2 ani)
19. Catarul respirator în rujeola tipică se manifestă prin:
- A. Laringită (laringotraheită), uneori stenoizantă
  - B. Rinită cu secreții nazale abundente seroase
  - C. Tuse uscată, uneori chinuitoare, lătrătoare
  - D. Slab pronunțat
  - E. Depuneri pe amigdale
20. Perioada de stare (eruptivă) în rujeolă se manifestă prin:
- A. Febră
  - B. Progresarea semnelor catarale
  - C. Eruptii cutanate maculopapuloase
  - D. Hepatosplenomegalie
  - E. Limfadenopatie generalizată
21. În care boli infecțioase meningoencefalita este o complicație reală?
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Scarlatină
  - D. Difterie
  - E. Varicelă
22. Perioada prodromală (de invazie) în rujeolă se caracterizează prin:
- A. Febră moderată
  - B. Eruptii maculopapuloase pe față, gât

- C. Tuse uscată
  - D. Rinită
  - E. Hepatomegalie
23. Encefalita, o complicație gravă specifică în rujeolă, poate să apară:
- A. În perioada preeruptivă
  - B. După 2–5 zile de la apariția erupției
  - C. În perioada de incubație
  - D. În perioada de pigmentare
  - E. În a 3-a–a 4-a săptămână de convalescență
24. Panencefalita sclerozantă subacută (PESS), fiind o complicație rară a rujeolei, se va manifesta prin:
- A. Apariție peste 6 luni –18 ani după boală
  - B. Apariție peste 1 lună de la debutul rujeolei
  - C. Evoluție favorabilă
  - D. Evoluție progresivă și ireversibilă
  - E. Letalitate înaltă
25. Diagnosticul etiologic al rujeolei poate fi confirmat prin:
- A. Izolarea virusului rujeolic din sânge
  - B. Identificarea antigenului rujeolic în țesuturi
  - C. Leucopenie marcată
  - D. Limfocitoză relativă
  - E. Detectarea de anticorpi specifici în reacțiile serologice
26. Rujeola va evolua în formă ușoară la pacienții:
- A. În vârstă de 15–20 ani
  - B. Care au primit imunoglobulină în primele zile ale perioadei de incubație
  - C. Sugari
  - D. Căroră li s-au făcut transfuzii de sânge, plasmă în perioada de incubație
  - E. Imunocompromiși
27. Semnul Filatov-Koplik în rujeolă apare pe:
- A. Pielea obrazilor
  - B. Mucoasa bucală
  - C. Mucoasa buzei inferioare
  - D. Caruncula lacrimală
  - E. Conjunctive
28. Perioada de convalescență în rujeolă va fi însoțită de:

- A. Pigmentarea pielii
- B. Hepatomegalie
- C. Descuamarea tărâtoasă
- D. Dismicrobism intestinal
- E. Imunitate compromisă

29. Descuamarea furfuracee va avea loc după:

- A. Rubeolă
- B. Varicelă
- C. Rujeolă
- D. Scarlatină
- E. Erupecie alergică

30. Bronhopneumonia este o complicație reală în:

- A. Rujeolă
- B. Rubeolă
- C. Scarlatină
- D. Pertusis
- E. Gripă

31. Poarta de intrare a virusului rujeolic este:

- A. Mucoasa nazală
- B. Mucoasa faringiană
- C. Mucoasa gastrointestinală
- D. Conjunctivele
- E. Pielea lezată

32. Erupecii hemoragice pot apărea în:

- A. Rujeolă
- B. Rubeolă
- C. Scarlatină
- D. Febra tifoidă
- E. Infecția meningococică

33. În rujeolă erupția poate fi:

- A. Miliară
- B. Rozeoloasă
- C. Buloasă
- D. Hemoragică „stelată” cu necroze în centru

- E. Maculopapuloasă discretă
34. Complicațiile determinate de virusul rujeolic vor fi:
- A. Otita purulentă
  - B. Meningita purulentă
  - C. Crupul precoce
  - D. Pneumonia interstițială
  - E. Encefalita
35. Complicații specifice respiratorii în rujeolă pot fi:
- A. Pneumonia interstițială
  - B. Pneumonia cu celule gigante
  - C. Emfizemul pulmonar
  - D. Atelectazia pulmonară
  - E. Bronșita capilară (enantemul bronhiolar)

## **RUBEOLA**

### *Complement simplu*

1. Numiți semnul dominant și persistent în rujeolă:
- A. Febra
  - B. Enantemul
  - C. Poliadenopatia
  - D. Exantemul
  - E. Catarul respirator
2. Leucopenie, limfocitoză, plasmocitoză și celule Türck se înregistrează în:
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Scarlatină
  - D. Varicelă
  - E. Mononucleoza infecțioasă
3. Sindromul patognomonic al rubeolei este:
- A. Cataral
  - B. Poliadenopatia
  - C. Hepatosplenomegalia

- D. Neuroxicoza
  - E. Hemoragic
4. Eruptia în rubeolă este caracterizată prin:
- A. Macule mici, de culoare roz, nu prea intense, nu confluează
  - B. Punctiforme, cu descumare
  - C. Vezicule
  - D. Pustule
  - E. Peteșii și elemente de necroză
5. Rubeola este provocată de:
- A. Bacterii
  - B. Enterovirusuri
  - C. Virus familia Togoviridae, ARN
  - D. Micoplasmă
  - E. Candida
6. Exantemul în rubeolă este:
- A. Aspru, confluent
  - B. Maculos, discret pe părțile extensorii ale membrilor, pe fese
  - C. Micromaculos, predomină în plicile cutanate
  - D. Maculopapulos, veziculos
  - E. Descuamativ
7. Eruptia în rubeolă apare:
- A. Timp de 3 zile, cu pigmentare ulterioară
  - B. Într-o zi, dispare fără urme în 2–3 zile
  - C. În câteva ore, cu caracter hemoragic
  - D. În puseuri, vezicule
  - E. Într-o zi, dispare în 4–5 zile cu descumare
8. Perioada prodromală în rubeola dobândită va fi mai pronunțată, cu stare generală modificată la:
- A. Nou-născuți
  - B. Sugari
  - C. Elevi
  - D. Adolescenți și adulți
  - E. Copiii de 1–3 ani
9. Indicați maladia infecțioasă, în care adenopatia generalizată constituie „primul și ultimul semn al bolii”:

- A. Rujeola
  - B. Scarlatina
  - C. Tusea convulsivă
  - D. Rubeola
  - E. Varicela
10. Panencefalita progresivă rareori poate fi o complicație a:
- A. Scarlatinei
  - B. Varicelei
  - C. Oreionului
  - D. Meningitei seroase enterovirale
  - E. Rubeolei
11. Evoluția rubeolei este mai severă la:
- A. Sugari
  - B. Preșcolari
  - C. Școlari
  - D. Copiii de genul masculin
  - E. Adulți
12. Surditatea este unica manifestare care poate avea loc în urma infecției intrauterine de tipul:
- A. Scarlatină
  - B. Varicelă
  - C. Rubeolă
  - D. Oreion
  - E. Enteroviroză
13. Virusul rubeolic, în caz de viremie maternă, poate fi izolat de la făt din:
- A. Sânge
  - B. LCR
  - C. Urină
  - D. Orice țesut sau organ
  - E. Creier
14. Calendarul constituirii malformațiilor congenitale rubeolice este în strânsă legătură cu:
- A. Perioada sarcinii
  - B. Evoluția rubeolei la gravidă
  - C. Starea generală a gravidei

- D. Virulența virusului
- E. Tratamentul

15. Malformațiile auditive ale rubeolei congenitale apar atunci când rubeola survine:

- A. În I lună de sarcină
- B. În lunile a 2-a și a 3-a de sarcină
- C. Cu o lună înaintea sarcinii
- D. La 16–20 săptămâni de graviditate
- E. Cu o lună înaintea nașterii

16. Virusul rubeolic este:

- A. Neurotrop
- B. Dermotrop
- C. Epiteliotrop
- D. Pneumotrop
- E. Limfotrop

17. Cel mai frecvent și constant semn al rubeolei este:

- A. Febra
- B. Adenopatia
- C. Conjunctivita
- D. Exantemul
- E. Catarul respirator

18. Rubeola nu va fi însoțită de:

- A. Angină cu depuneri membranoase
- B. Febră moderată
- C. Faringită ușoară
- D. Exantem
- E. Poliadenopatie

19. Erupția rubeolică nu va fi:

- A. Micromaculoasă de culoare roz
- B. Preponderent pe părțile extensorii
- C. Veziculară
- D. Fără pigmentare ulterioară

E. Fără descuamație

20. În rubeolă se evidențiază:

- A. Celule Langhance
- B. Celule Türck
- C. Celule „ochi de bufnița”
- D. Limfocite atipice
- E. Eritroblaste

21. Identificați afirmația incorectă privind adenopatia în rubeolă.

- A. Sunt afectați în special ganglionii limfatici occipitali.
- B. Ganglionii limfatici afectați sunt elastici și ușor sensibili.
- C. Supurația ganglionilor limfatici se întâlnește frecvent.
- D. Adenopatia apare cu 4–10 zile înaintea erupției.
- E. Tumefacțiunile ganglionare pot persista 2–6 săptămâni după apariția erupției.

22. În rubeolă, enanțemul se prezintă prin:

- A. Micropapule albe pe fond hiperemiat pe palatul moale
- B. Peteșii pe palatul moale
- C. Microvezicule gingivale
- D. Microulceratii labiale
- E. Microabcese sublinguale

23. În rubeolă pot apărea următoarele complicații, cu excepția:

- A. Hepatita fulminantă
- B. Artrita purulentă
- C. Purpura trombocitopenică
- D. Encefalita
- E. Panencefalita rubeolică progresivă

24. În cazul rubeolei apărute la gravidă în primele trei luni de sarcină este indicat:

- A. Vaccinarea antirubeolică
- B. Avortul terapeutic
- C. Antibioterapia
- D. Corticoterapia
- E. Antivirale

25. Malformațiile oculare la nou-născut apar în cazul în care rubeola a survenit la gravidă în luna:

- A. 1
- B. A 4-a
- C. A 5-a
- D. A 6-a
- E. A 7-a

26. Tabloul sangvin în rubeolă se caracterizează prin:

- A. Leucocitoză
- B. Leucopenie, plasmocitoză, celule Türk
- C. Leucopenie
- D. Leucopenie cu limfocitoză
- E. Leucocitoză cu limfocitoză

### *Complement multiplu*

1. Artrita rubeolică are următoarele caracteristici:

- A. Apare în a 2-a sau a 3-a zi a bolii.
- B. Cuprinde articulațiile mici.
- C. Este însoțită de tumefacție, edem, eritem.
- D. Are caracter supurativ.
- E. Se întâlnește mai frecvent la persoane de genul feminin.

2. Infecția rubeolică intrauterină poate avea următoarele consecințe:

- A. Avort spontan
- B. Nașterea unui făt mort
- C. Nașterea unui copil sănătos
- D. Nașterea unui copil cu erupții veziculare, cicatrice cutanate
- E. Nașterea unui copil cu fibroelastoză a miocardului

3. Afecțiunile neurologice în rubeola congenitală sunt:

- A. Microcefalia
- B. Meningita seroasă
- C. Meningita purulentă
- D. Encefalita
- E. Mielita

4. Rubeola la adolescenți și adulți se deosebește prin:

- A. Evoluție ușoară
- B. Evoluție mai severă decât la copii
- C. Erupecie maculoasă abundentă sau /și hemoragică
- D. Perioada prodromală prelungită
- E. Afebrilitate

5. Hepatita congenitală cu celule gigante se poate determina în:

- A. Rubeolă
- B. Varicelă
- C. Infecția herpetică
- D. Gripă
- E. Micoplasmoză

6. În care maladii infecțioase la copii sunt posibile encefalite secundare, infecțioase-alergice?

- A. Rujeolă
- B. Infecția meningococică
- C. Infecția enterovirală
- D. Rubeolă
- E. Varicelă

7. Exantemul apare într-un singur val eruptiv în următoarele maladii:

- A. Scarlatină
- B. Infecția meningococică
- C. Rubeolă
- D. Infecția herpetică
- E. Dermatita toxicoalergică

8. Artrita în rubeolă se caracterizează prin:

- A. Afectarea articulațiilor mari, în special a celor coxo-femorale
- B. Afectarea articulațiilor mici
- C. Dureri, tumefacții articulare și periarticulare
- D. Apariția concomitent cu erupția sau imediat după ea
- E. Frecvența mai mare la persoanele de genul masculin

9. Diagnosticul diferențial al rubeolei se face cu:

- A. Mononucleoza infecțioasă
- B. Varicela
- C. Infecția cu enterovirusuri

- D. Rujeola
  - E. Infecția cu virusul urlian
10. Rubeola asociată cu sarcina:
- A. Poate fi urmată de avort spontan.
  - B. Poate determina nașterea prematură.
  - C. Determină apariția diabetului insipid la nou-născut.
  - D. Determină malformații congenitale cardiace.
  - E. Determină fibroelastoza miocardului.
11. În rubeolă pot apărea următoarele complicații oculare, cu excepția:
- A. Conjunctivita purulentă
  - B. Ulcerul cornean
  - C. Glaucomul
  - D. Cataracta
  - E. Panoftalmia
12. Identificați afirmațiile corecte privind adenopatia rubeolică:
- A. Sunt afectați în special ganglionii limfatici laterocervicali și occipitali.
  - B. Ganglionii sunt elastici, ușor sensibili.
  - C. Supurația apare frecvent.
  - D. Tumefacțiunile ganglionare pot persista 2–6 săptămâni după apariția erupției.
  - E. Ganglionii limfatici sunt duri, aderenți, cu eritem cutanat, dureroși.
13. În rubeolă (la copii), erupția nu reprezintă:
- A. Urticarii
  - B. Micromacule rotunde
  - C. Pustule
  - D. Microvezicule
  - E. Miliarii
14. În rubeolă nu se vor înregistra:
- A. Semnul Pastia
  - B. Adenopatii
  - C. Diaree
  - D. Exantem
  - E. Semnul Filatov-Koplik
15. Panencefalita rubeolică progresivă nu va fi asociată cu:

- A. Titruuri înalte de anticorpi antirubeolici în ser și în LCR
- B. Titruuri scăzute de anticorpi antirubeolici în ser și LCR
- C. Proteinorahie înaltă
- D. Titruuri înalte de anticorpi antimitocondriali în ser și LCR
- E. Titruuri înalte de anticorpi antinucleari în ser și LCR

16. Indicați sindroamele întâlnite în rubeolă:

- A. Catar respirator
- B. Exantem
- C. Hemoragic
- D. Poliadenopatie
- E. Insuficiența respiratorie

17. Din malformațiile congenitale enumerate, numiți-le pe cele mai frecvente în rubeola congenitală:

- A. Cataracta
- B. Anomalii renale
- C. Atrezie esofagiană
- D. Viciu cardiac
- E. Surditate

18. Numiți 3 boli infecțioase cu poliadenopatie generalizată frecventă:

- A. Scarlatina
- B. Mononucleoza infecțioasă
- C. Rubeola
- D. Adenoviroza
- E. Varicela

19. De care maladii trebuie să diferențiem rubeola la copii?

- A. Rujeola mitigată
- B. Meningococemia
- C. Mononucleoza infecțioasă
- D. Scarlatina
- E. Pertusis

20. Exantemul în rubeolă nu este:

- A. Aspru, confluent
- B. Maculos, discret, pe părțile extensorii ale membrelor, pe fese

- C. Fără pigmentație ulterioară
  - D. Maculopapulos, confluent
  - E. Descuamativ
21. Alegeți semnele comune pentru rujeolă și rubeolă:
- A. Faringită eritematoasă
  - B. Enantem
  - C. Exantem
  - D. Hepatosplenomegalie
  - E. Poliadenopatie
22. Indicați complicațiile reale în rubeolă:
- A. Stomatita aftoasă
  - B. Artrita
  - C. Trombocitopenia
  - D. Meningita purulentă
  - E. Encefalita
23. În rubeolă are loc tumefierea ganglionilor limfatici, în special a celor:
- A. Occipitali
  - B. Auriculari
  - C. Laterocervicali
  - D. Submandibulari
  - E. Cubitali
24. Evoluția rubeolei la copii, de cele mai multe ori, are o formă:
- A. Ușoară
  - B. Medie
  - C. Gravă
  - D. Letalitate excepțională
  - E. Cu complicații frecvente
25. Perioada prodromală în rubeolă va avea următoarele caracteristici:
- A. Durata 3–4 zile
  - B. Febră (39–40°C), tip bifazic
  - C. Fenomene catarale discrete
  - D. Tumefierea ganglionilor limfatici
  - E. Febră (37,5–38,5°C)
26. Caracterizați ganglionii limfatici în rubeolă:

- A. Sunt tumefiați
  - B. Dureroși la palpare
  - C. Neaderenți
  - D. Nu supurează
  - E. Cu hiperemie tegumentară
27. Diagnosticul pozitiv al rubeolei se bazează pe:
- A. Simptomele clinice
  - B. Examenul bacteriologic
  - C. Datele epidemiologice
  - D. Examenul serologic
  - E. Bilirubinemie
28. Indicați metodele de laborator specifice în rubeolă:
- A. Bacteriologică
  - B. Serologică
  - C. Virusologică
  - D. Bacterioscopică
  - E. Imunofluorescentă

## INFECȚIA HERPETICĂ

### *Complement simplu*

1. Stomatita (gingivostomatita) herpetică la copiii mici se caracterizează prin:
- A. Angină cu depuneri purulente
  - B. Hiperemie, vezicule și eroziuni ale mucoasei bucale, însoțite de dureri și salivă abundentă
  - C. Erupții pustuloase pe mucoasa bucală, febră
  - D. Semne pronunțate de catar respirator
  - E. Formațiuni izolate mici (cât bobul de griș), de culoare alb-gălbuie cu aureolă roșie pe mucoasa obrazilor
2. Infecția herpetică cu HSV-1 rareori se manifestă prin:
- A. Gingivostomatită herpetică
  - B. Angină herpetică
  - C. Keratoconjunctivită herpetică

- D. Herpes labial
  - E. Vulvovaginită herpetică
3. Durerile în zonele în care vor apărea elemente eruptive sunt caracteristice pentru:
- A. Meningococemie
  - B. Rubeolă
  - C. Iersinioză
  - D. Rujeolă
  - E. Herpes zoster
4. Pot apărea vezicule pe mucoasa bucală în:
- A. Rujeolă
  - B. Gingivostomatita herpetică
  - C. Oreion
  - D. Rubeolă
  - E. Scarlatină
5. Diagnosticul diferențial al erupției în herpesul zoster se va face cu:
- A. Exantemul din rujeolă
  - B. Exantemul din scarlatină
  - C. Herpesul simplu
  - D. Stafilodermia
  - E. Erizipelul
6. Găsiți afirmația greșită referitor la afecțiunile neurologice în infecția herpetică:
- A. Diverse
  - B. Meningita seroasă
  - C. Cea mai severă formă clinică este encefalita herpetică.
  - D. În caz de encefalită herpetică, se determină febră, convulsii, tulburări de conștiență, pareze.
  - E. În lichidul cefalorahidian se determină pleiocitoză cu predominarea neutrofilelor, hipoglicorahie.
7. Găsiți afirmația greșită referitor la infecția herpetică.

- A. Este una dintre cele mai răspândite infecții.
  - B. Poate afecta animalele domestice.
  - C. Este provocată de virusurile herpes simplex tipurile 1 și 2.
  - D. Face parte din maladiile indicatori de HIV/SIDA.
  - E. Afectează preponderent țesutul epitelial.
8. Găsiți varianta greșită. Virusul herpetic afectează:
- A. Mucoasa organelor genitale
  - B. Segmentul distal al colonului
  - C. Mucoasa bucală
  - D. Pielea
  - E. Sistemul nervos central
9. Găsiți varianta greșită referitor la infecția herpetică. Forme clinice tipice ale infecției herpetice sunt:
- A. Herpes labial sau perioronazal
  - B. Oftalmoherpes
  - C. Encefalita
  - D. Colita distală ulceroasă
  - E. Gingivostomatita
10. Găsiți afirmația incorectă referitor la infecția herpetică.
- A. Transmiterea infecției herpetice are loc pe cale aeriană, prin contact direct, genital, prin autoinoculare, transplacentar și transfuzional.
  - B. Infecția cu HSV tip I se produce, de obicei, în copilărie și evoluează preponderent (în 90% cazuri) asimptomatic sau subclinic (9%).
  - C. În herpesul neonatal transmiterea poate fi realizată prin pasaj transplacentar, la trecerea prin filiera genitală sau de la persoanele înconjurătoare (inclusiv personalul medical) care suferă de herpes.
  - D. Afecțiunile cu virusul herpetic tip 2 apar în adolescență, incidența lor crescând concomitent cu activitatea sexuală.
  - E. Infecția herpetică afectează doar persoanele de vârstă înaintată.
11. Găsiți afirmația greșită referitor la infecția herpetică. Tratamentul etiologic în infecția herpetică permite:
- A. Diminuarea manifestărilor clinice în primoinfecția herpetică
  - B. Micșorarea riscului apariției recăderii după primul episod de herpes
  - C. Micșorarea contagiozității pacientului
  - D. Reducerea frecvenței complicațiilor

- E. Eliminarea completă a virusului herpetic din organism
12. Pentru tratamentul gingivostomatitei herpetice la copii nu se va utiliza:
- A. Aciclovir, Virolex local în unguent
  - B. Soluții antiseptice
  - C. Antibiotice
  - D. Uleiuri (de cătină albă, măceș, cartolină), local, în perioada de convalescență
  - E. Aciclovir per os
13. Infecția herpetică cutanată nu se caracterizează prin:
- A. Eruții herpetice veziculare pe buze, mucoasa bucală, nazală, piele etc.
  - B. Durere locală moderată
  - C. Hepatosplenomegalie
  - D. Celule gigante polinucleare și incluziuni intranucleare în examenul microscopic al probelor recoltate din leziuni
  - E. Febră
14. Pentru diagnosticul de meningoencefalită herpetică nu este necesar:
- A. Prezența simptomelor neurologice tipice de encefalită (meningoencefalită) acută primară
  - B. Pleiocitoza limfocitară moderată ( $20-500 \times 10^6 / l$ ) însoțită de proteinorahie până la 1,5–2,0 g/l
  - C. Decelarea virusului herpetic, antigenelor lui sau ADN-ului viral în LCR și sânge
  - D. Contactul cu o persoană cu manifestări clinice de herpes cutanat
  - E. Evidențierea și evaluarea anticorpilor antiherpetici IgM și IgG tipurile 1, 2 în serul sangvin
15. Găsiți afirmația falsă referitor la encefalita herpetică la copii.
- A. Encefalita herpetică se caracterizează prin severitate și decese frecvente.
  - B. Pronosticul în encefalita herpetică este întotdeauna sever.
  - C. Letalitatea scade în urma tratamentului precoce cu aciclovir.
  - D. 50% din supraviețuitorii după encefalita herpetică vor rămâne cu sechele neurologice grave.
  - E. Encefalita herpetică poate afecta doar nou-născuții.
16. Cel mai eficace tratament în infecția herpetică va fi cel cu:
- A. Viferon
  - B. Aciclovir

- C. Ganciclovir
- D. Remantadină
- E. Ribavirină

### *Complement multiplu*

1. Elementele de bază în patogenia infecției herpetice sunt:
  - A. Latență virală
  - B. Reactivări virale
  - C. Imunosupresie celulară
  - D. Formarea leucocitelor tinere de iritație (celule Türck)
  - E. Edem interstițial al țesutului glandular (glande salivare, pancreas, testicul)
2. Conform terenului afectat, infecția herpetică (IH) poate avea manifestări:
  - A. Mucocutanate
  - B. Urogenitale
  - C. Articulare
  - D. Intestinale
  - E. Neurologice
3. Clinic, infecția herpetică (IH) poate evolua ca:
  - A. Primoinfecție herpetică
  - B. Recurență (reactivare) herpetică
  - C. IH latentă
  - D. IH cu evoluție ciclică, fără complicații
  - E. IH cu complicații și unde alergice
4. Diagnosticul etiologic al infecției herpetice include:
  - A. Examene virusologice
  - B. Analiza imunoenzimatică
  - C. Depistarea genomului viral prin reacția de polimerizare în lanț
  - D. Examene bacteriologice
  - E. Teste biochimice
5. În meningoencefalita herpetică LCR este:
  - A. Tulbure
  - B. Xantocrom
  - C. Clar
  - D. Ușor opalescent

E. Hipertensiv

6. În caz de encefalită herpetică, diagnosticul etiologic va fi stabilit luându-se în considerație:

- A. Rezonanța magnetică nucleară cerebrală
- B. Examenul virusologic al lichidului cefalorahidian
- C. Depistarea ADN virusului herpetic prin reacția de polimerizare în lanț în lichidul cefalorahidian
- D. Examenul bacteriologic al lichidului cefalorahidian
- E. Testele imunologice

7. Stomatita (gingivostomatita) herpetică la copii se caracterizează prin:

- A. Dureri în cavitatea bucală, însoțite de salivă abundentă
- B. Eruptii veziculare erozive, eritem și edem al mucoasei bucale și orofaringiene
- C. Depuneri purulente pe amigdale
- D. Adenită cervicală dureroasă
- E. Ulcerații profunde

8. În tratamentul meningoencefalitei herpetice se vor utiliza:

- A. Antiinflamatoare nesteroidiene
- B. Antibiotice (intrarahidian)
- C. Tratament de dezintoxicare și deshidratare
- D. Acyclovir
- E. Virolex

9. Tabloul clinic al herpesului simplu cutanat se caracterizează prin:

- A. Semne catarale pronunțate
- B. Prurit, durere, „arsură” în regiunea pielii afectate
- C. Eruptii pustuloase diseminate
- D. Eruptii veziculoase în grupuri
- E. Eroziuni superficiale după spargerea veziculelor

10. Indicați modificările LCR în meningoencefalita herpetică:

- A. Clar
- B. Ușor opalescent
- C. Pleiocitoză limfocitară moderată
- D. Glicorahie redusă
- E. Glicorahie semnificativ sporită

11. Cele mai frecvente căi de transmitere a infecției herpetice pentru nou-născut (herpes neonatal) sunt:
- A. Transplacentară
  - B. Transmiterea prin intermediul obiectelor contaminate (batiste, lenjerie, instrumentar ginecologic)
  - C. Transmiterea prin contactul direct cutaneomucos cu o leziune herpetică ulcerată (pasajul fătului prin filiera genitală a mamei)
  - D. Transfuzii de sânge, plasmă
  - E. Transmitere prin salivă
12. În tratamentul gingivostomatitei herpetice la copii se vor utiliza:
- A. Imunomodulatoare
  - B. Unguente cu acyclovir sau virolex
  - C. Soluții antiseptice
  - D. Antibiotice cu spectru larg de acțiune
  - E. Acyclovir peroral
13. Infecția herpetică generalizată:
- A. Apare la nou-născuți și la pacienții cu HIV/SIDA.
  - B. Pronosticul mai frecvent este favorabil.
  - C. Are o evoluție severă.
  - D. Necesită tratament cu acyclovir endovenos în doze mari.
  - E. Diagnosticul se stabilește în baza datelor clinice, fără confirmare etiologică.
14. Encefalita herpetică:
- A. Este una dintre cele mai severe forme clinice ale infecției herpetice.
  - B. Afectează persoane de orice vârstă.
  - C. Are un debut acut, cu hipertermie, vome, convulsii, tulburări de conștiență.
  - D. Tabloul clinic, de obicei, este predominat de semne de afectare a cerebelului.
  - E. Întotdeauna este însoțită de leziuni herpetice ale pielii sau mucoaselor.
15. Diagnosticul diferențial în encefalita herpetică se va face cu:
- A. Infecția rotavirală
  - B. Encefalita gripală

- C. Mononucleoza infecțioasă
- D. Meningo-encefalita tuberculoasă
- E. Encefalita rujeolică

16. Erupțiile herpetice cutanate:

- A. Reprezintă pustule multiple, diseminate.
- B. Reprezintă vezicule umplute cu lichid clar.
- C. Sunt precedate de senzația de arsură a pielii sau de prurit.
- D. Apar simultan, în grupuri.
- E. Reprezintă elemente maculopapuloase, cu tendință spre confluare.

17. Diagnosticul de infecție herpetică cutanată se stabilește în baza:

- A. Investigațiilor bacteriologice
- B. Examenului obiectiv (erupții veziculoase, localizate în grupuri)
- C. Hemoleucogramei
- D. Datelor subiective – senzația de arsură a pielii sau de prurit, care precede apariția erupțiilor
- E. Investigațiilor virusologice

18. Pentru infecția herpetică este caracteristic:

- A. Edemul interstițial al țesutului glandular (glande salivare, pancreas, testicul)
- B. Afectarea celulelor superficiale cutaneo-mucoase cu „degenerare balonizantă”
- C. Erupții specifice, herpetice cu acumulare de lichide și formarea de vezicule unicamerale
- D. Afectarea mucoasei intestinale a segmentului distal al colonului cu formarea de eroziuni și focare inflamatoare
- E. Sindromul de encefalită acută virală cu focare de necroză mai frecvent temporooccipitale și consecințe grave

19. Pentru depistarea virusului herpetic în examenul virusologic (cultivare pe cultură celulară) se vor colecta:

- A. Raclaj de pe conjunctivă
- B. Bilă
- C. Lichid cefalorahidian

- D. Urină
  - E. Lichid din vezicule
20. Forme clinice ale herpesului mucocutanat sunt:
- A. Eritema Rozenberg
  - B. Herpesul labial
  - C. Eczema herpetică (Kapoși-Juliusberg)
  - D. Sindromul Layell
  - E. Gingivostomatita herpetică
21. În infecția herpetică se vor produce recăderi cu manifestări clinice în caz de:
- A. Tratamente neargumentate cu antibiotice
  - B. Surmenaj
  - C. Stres, imunodepresie dobândită
  - D. Suprarăcirii
  - E. Utilizarea sării de bucătărie într-o cantitate excesivă
22. Modificările histomorfologice în infecția herpetică se caracterizează prin:
- A. Afectarea celulelor superficiale cutaneo-mucoase cu „degenerare balonizantă”
  - B. Modificarea arhitecturii lobului hepatic cu leziuni hepatocelulare și degenerescență
  - C. În encefalită – inflamație perivasculară cu necroze hemoragice
  - D. Celule gigante polinucleare
  - E. Colită catarală urmată de inflamație fibrinoidă și ulcerosă
23. Pentru diagnosticul diferențial al herpesului zoster și herpesului simplex cutanat sunt importante:
- A. Varicela în antecedente
  - B. Erupecia unilaterală, limitată la aria cutanată, corespunzând unei rădăcini nervoase posterioare
  - C. Eroziunile superficiale după spargerea veziculelor
  - D. Durerea locală intensă pe traiectul pe care apar erupții
  - E. Erupeciiile specifice, în grupuri, herpetice, cu acumularea lichidului și formarea veziculelor unicamerale
24. Aciclovirul nu se va administra peroral în următoarele forme clinice ale infecției herpetice:
- A. Herpes labial
  - B. Encefalita herpetică

- C. Herpes neonatal
  - D. Gingivostomatita herpetică
  - E. Infecție herpetică generalizată
25. Tratamentul etiologic al infecției cu virusul herpes simplex include:
- A. Acyclovir
  - B. Penicilină
  - C. Valacyclovir
  - D. Famciclovir
  - E. Tetraciclină
26. Aciclovir endovenos neapărat se va indica în caz de:
- A. Encefalită herpetică
  - B. Herpes labial
  - C. Gingivostomatită herpetică
  - D. Infecție herpetică generalizată
  - E. Herpes neonatal
27. Alegeți afirmațiile corecte referitor la infecția herpetică.
- A. Se disting forme congenitale și forme dobândite.
  - B. Infecția herpetică afectează în mod special articulațiile.
  - C. Cea mai frecventă formă clinică a infecției herpetice la copii este gingivostomatita herpetică.
  - D. Encefalita herpetică reprezintă una dintre cele mai severe forme clinice ale infecției herpetice.
  - E. Herpesul labial este o formă rar întâlnită.
  - F.

## **VARICELA**

### *Complement simplu*

1. Elementul cutanat cel mai informativ în diagnosticul varicelei este:
- A. Pustula
  - B. Macula
  - C. Papula
  - D. Crusta
  - E. Vezicula

2. În care boală infecțioasă gravă la copii corticoterapia este contraindicată:
- A. Rujeola
  - B. Varicela
  - C. Oreionul
  - D. Gripa
  - E. Scarlatina
3. Erupția în mai multe valuri eruptive (puseuri) apare în:
- A. Varicelă
  - B. Infecția meningococică
  - C. Scarlatină
  - D. Rubeolă
  - E. Mononucleoza infecțioasă
4. Vezicule pe mucoasa bucală pot apărea în una din următoarele infecții:
- A. Rujeolă
  - B. Varicelă
  - C. Oreion
  - D. Rubeolă
  - E. Scarlatină
5. Perioada preeruptivă în varicelă poate fi cu:
- A. Durata de 3–4 zile
  - B. Fenomene generale ușoare
  - C. Stomatită
  - D. Angină
  - E. Scaune lichide frecvente
6. Erupție tranzitorie scarlatiniformă (rash) în perioada prodromală poate fi în una din următoarele maladii:
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Mononucleoza infecțioasă
  - D. Scarlatină
  - E. Varicelă
7. Erupția cutanată veziculară se întâlnește în:
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Varicelă

- D. Mononucleoza infecțioasă
  - E. Febra tifoidă
8. Perioada prodromală în varicelă poate fi cu:
- A. Splenomegalie
  - B. Scaune lichide frecvente
  - C. Stomatită
  - D. Semne meningiene pozitive
  - E. Erupecie scarlatiniformă, rubeoliformă
9. Virusul varicelozosterian la pacienții care au făcut varicelă poate rămâne latent în:
- A. Celulele gangliilor spinale dorsale
  - B. Lichidul cefalorahidian
  - C. Ficat
  - D. Substanța cenușie a creierului
  - E. Meninge
10. Varicela va avea o evoluție benignă numai la:
- A. Adulți
  - B. Adolescenți
  - C. Imunocompetenți
  - D. Imunocompromiși
  - E. Gravide
11. Tratamentul etiotrop în varicelă se va face cu:
- A. Amantadină
  - B. Ribavirină
  - C. Interferon
  - D. Rimantadină
  - E. Aciclovir
12. Corticoterapia în varicelă nu este indicată, cu excepția:
- A. Gravidelor
  - B. Pacienților cu forme severe
  - C. Sugarilor
  - D. Pacienților cu encefalită
  - E. Pacienților cu SIDA
13. Aciclovirul este preparatul de elecție în:
- A. Rujeolă
  - B. Gripă

- C. Adenoviroze
  - D. Rotaviroze
  - E. Varicelă
14. Poarta de intrare și replicarea primară a virusului varicelozosterian va fi în:
- A. Mucoasa căilor respiratorii superioare
  - B. Conjunctiva
  - C. Mucoasa bucală
  - D. Pielea lezată
  - E. Urechea
15. Erupțiile variceloase vor fi mai abundente pe:
- A. Pielea feței
  - B. Părțile flexorii ale membrilor
  - C. Părțile extensorii ale membrilor
  - D. Palme și tălpi
  - E. Nu există zone preponderente
16. Erupțiile variceloase rareori apar pe:
- A. Trunchi
  - B. Palme și tălpi
  - C. Membrele superioare
  - D. Partea piloasă a capului
  - E. Mucoase
17. Se vor forma cruste în urma erupțiilor cutanate numai în:
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Scarlatină
  - D. Varicelă
  - E. Febra tifoidă
18. „Polimorfismul fals” al elementelor eruptive este caracteristic unei maladii din următoarele:
- A. Herpes simplu
  - B. Herpes zosterian
  - C. Rubeolă
  - D. Varicelă
  - E. Rujeolă
19. Primoinfecția cauzată de virusul varicelozosterian se numește:

- A. Herpes simplu
  - B. Herpes zosterian
  - C. Citomegalie
  - D. Mononucleoză infecțioasă
  - E. Varicelă
20. De varicelă severă hemoragică se pot îmbolnăvi:
- A. Copiii sub 1 an
  - B. Copiii cu malnutriție
  - C. Adulții
  - D. Copiii tratați timp îndelungat cu corticosteroizi
  - E. Copiii cu rahitism
21. Vezicule pe mucoasa bucală apar în una din următoarele maladii:
- A. Rujeolă
  - B. Oreion
  - C. Varicelă
  - D. Rubeolă
  - E. Scarlatină
22. Cea mai frecventă complicație în varicelă este:
- A. Meningita
  - B. Encefalita
  - C. Piodermia
  - D. Miocardita
  - E. Mielita

### *Complement multiplu*

1. În tratamentul meningoencefalitei variceloase se pot utiliza:
- A. Antiinflamatoare steroidiene
  - B. Antibiotice (intrarahidian)
  - C. Puncții lombare decompressive
  - D. Aciclovir
  - E. Deshidratarea
2. În care maladii infecțioase cu exantem erupția va evolua cu formarea de cruste?
- A. Varicelă
  - B. Rujeolă

- C. Rubeolă
  - D. Herpes simplu
  - E. Herpes zosterian
3. Enanțemul apare în următoarele maladii:
- A. Oreion
  - B. Rujeolă
  - C. Varicelă
  - D. Pertussis
  - E. Scarlatină
4. Veziculele în varicelă au următoarele caracteristici:
- A. Sunt dureroase
  - B. Sunt pruriginoase
  - C. Au conținut clar
  - D. Generalizate (pe tot corpul)
  - E. Situate profund în piele
5. La varicelă, pronosticul este rezervat pentru:
- A. Gravide
  - B. Adulți
  - C. Pacienții cu infecția HIV/SIDA
  - D. Preșcolari
  - E. Sugari
6. Vor fi tratați cu aciclovir în varicelă:
- A. Copiii de 2–4 ani
  - B. Bolnavii de septicemie
  - C. Gravidele
  - D. Pacienții cu infecția HIV/SIDA
  - E. Nou-născuții
7. În tratamentul etiotrop al varicelei sunt indicate:
- A. Vi-feron
  - B. Aciclovir
  - C. Amantadină
  - D. Ribavirină
  - E. Valaciclovir
8. Indicați complicațiile specifice ale varicelei (prin virusul varicelozosterian):
- A. Pneumonia primară

- B. Encefalita (cerebelita)
  - C. Meningita purulentă
  - D. Hepatita
  - E. Erizipelul
9. Indicați complicațiile neurologice în varicelă:
- A. Meningoencefalita seroasă
  - B. Meningoencefalita purulentă
  - C. Poliradiculoneuropatia
  - D. Mielita
  - E. Panencefalita sclerozantă
10. Forme mai grave de varicelă se întâlnesc la:
- A. Adolescenți
  - B. Copiii mici
  - C. Gravide
  - D. Preșcolari
  - E. Pacienții cu leucemie
11. Diagnosticul de varicelă poate fi confirmat prin:
- A. Izolarea virusului varicelozosterian (VVZ) în culturi de celule
  - B. Examenul conținutului vezicular în imunofluorescență
  - C. Contact cu bolnavi cu herpes zosterian
  - D. Contact cu bolnavi cu herpes simplu
  - E. Leucograma caracteristică
12. Perioada prodromală în varicelă va evolua:
- A. 5–7 zile
  - B. 1–2 zile
  - C. Cu cefalee
  - D. Cu febră
  - E. Cu diaree
13. Vezicule uniloculare apar în:
- A. Herpes simplu
  - B. Variolă
  - C. Varicelă
  - D. Scabie
  - E. Herpes zosterian
14. În varicelă apar erupții:

- A. Eriteme
  - B. Macule
  - C. Hemoragii stelate cu necroze în centru
  - D. Papule
  - E. Vezicule
15. Varicela în formă generalizată apare la:
- A. Adulți
  - B. Copii de 3–7 ani
  - C. Pacienți tratați cu corticosteroizi mai mult de 2 săptămâni
  - D. Nou-născuți
  - E. Pacienți cu transplante
16. Sindromul caracteristic varicelei congenitale cuprinde:
- A. Hipoplazia membrelor
  - B. Viciu cardiac
  - C. Anomalii de dezvoltare a ochilor
  - D. Anomalii de dezvoltare a căilor urinare
  - E. Cicatrice cutanate
17. Meningoencefalita ca complicație specifică a varicelei, apare în:
- A. Primele 1–2 zile ale bolii
  - B. Perioada de incubație
  - C. În a 3-a–a 5-a zi de boală
  - D. În stadiul de formare a crustelor
  - E. După 3 săptămâni de la debutul bolii
18. Indicii de gravitate în varicelă sunt:
- A. Gradul de intoxicație
  - B. Numărul mare de elemente eruptive
  - C. Vârsta mai mică de 1 an
  - D. Caracterul hemoragic al erupțiilor
  - E. La adulți
19. Exantemul varicelos se caracterizează prin:
- A. Apare în 1-a 2-a zi a bolii
  - B. Macule-papule-vezicule
  - C. Apare în etape, de sus în jos, în câteva zile
  - D. Lasă pigmentare
  - E. Lasă cruste

20. Vezicula în varicelă este:
- A. Polimorfă în dimensiuni
  - B. Uniloculară
  - C. Situată pe pielea modificată
  - D. Situată adânc în tegument
  - E. Cu conținutul clar
21. Exantemul cu prurit apare în:
- A. Varicelă
  - B. Rubeolă
  - C. Rujeolă
  - D. Dermatita alergică
  - E. Scarlatină
22. Laringita acută stenoizantă (crupul) la copii apare în:
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Infecția meningococică
  - D. Varicelă
  - E. Paragripă
23. În care boli infecțioase meningoencefalita este o complicație reală?
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Scarlatină
  - D. Difterie
  - E. Varicelă

## **OREIONUL**

### *Complement simplu*

1. Care din următoarele simptome poate fi observat în oreion?
- A. Semne catarale pronunțate

- B. Tumefacția nodulilor limfatici submaxilari
  - C. Angina lacunară
  - D. Tumefacția glandelor salivare
  - E. Edemul faringian
2. Care din următoarele modificări ale mucoaselor bucale și faringiene se întâlnește în oreion?
- A. Stomatita aftoasă
  - B. Angina foliculară
  - C. Limba „zmeurie”
  - D. Enanțemul
  - E. Semnul Mursou
3. Lichidul cefalorahidian în meningita urliană prezintă:
- A. Albuminorahie între 3–5 g/l
  - B. Pleiocitoză neutrofilică
  - C. Pleiocitoză limfocitară
  - D. Pleiocitoză mixtă
  - E. Glucorahie crescută
4. Complicație reală a oreionului poate fi:
- A. Angina foliculară
  - B. Meningita purulentă
  - C. Otita purulentă
  - D. Reumatismul
  - E. Nevrita n. acustic
5. Tumefacția parotidiană în oreion nu poate fi:
- A. Bilaterală
  - B. De consistență păstoasă, elastică
  - C. Ușor dureroasă
  - D. Însoțită de febră
  - E. Cu hiperemia pielii
6. Oreionul este provocat de:
- A. Bacterii
  - B. Riketsii
  - C. Protozoare
  - D. Virusuri
  - E. Micoplasme

7. Care simptom nu este caracteristic în meningita urliană?
- A. Febra
  - B. Semne catarale pronunțate
  - C. Cefaleea
  - D. Redoarea cefei
  - E. Semnele meningiene pozitive
8. Semnul Mursou frecvent se observă în:
- A. Scarlatină
  - B. Varicelă
  - C. Rujeolă
  - D. Oreion
  - E. Rubeolă
9. Oreionul congenital se manifestă prin:
- A. Rinichi polichistic
  - B. Coarctare de aortă
  - C. Cataractă
  - D. Atrezie a căilor biliare
  - E. Fibroelastoză endocardică
10. Tratamentul oreionului la copii include următoarele, cu excepția:
- A. Repaus la pat
  - B. Antipiretice
  - C. Fermenți
  - D. Antibiotice
  - E. Dietă
11. Tratamentul etiologic al infecției urliene se face cu:
- A. Lamivudină
  - B. Imunglobulină standard
  - C. Zovirax
  - D. Ampicilină
  - E. Nu există un tratament etiologic
12. Atitudinea terapeutică în orhita urliană la copii nu include:
- A. Repaus strict la pat
  - B. Corticoterapie
  - C. Insulină și sulfamide antidiabetice
  - D. Diuretice

E. Analgezice

13. Parotidita urliană este:

- A. Bilaterală, dur elastică, sensibilă la palpare, semnul Mursou pozitiv, dureri la masticăție
- B. Unilaterală, dură, dureroasă
- C. Bilaterală, foarte dură, dureroasă, cu eliminări purulente din canalul stemon
- D. Bilaterală, elastică, stare generală gravă
- E. Bilaterală, elastică, nedureroasă, crepitație

14. Care simptom poate fi observat în oreion?

- A. Edemul faringian
- B. Angina lacunară
- C. Tumefacția nodulilor limfatici submaxilari
- D. Semne catarale pronunțate
- E. Tumefacția glangelor salivare

15. Virusul urlian posedă tropism către:

- A. Sistemul limfatic
- B. Dermatotropism
- C. Sistemul glandular, sistemul nervos central
- D. Sistemele limforeticulare, endotelial, respirator, mai puțin gastrointestinal, nervos central
- E. Sistemul respirator, sistemul nervos central

16. Virusul urlian se localizează în următoarele organe, cu excepția:

- A. Glande salivare
- B. Testicule
- C. Pancreas
- D. Sistemul nervos central
- E. Sistemul osos

17. Simptomatologia de debut a parotiditei epidemice nu include:

- A. Debutul acut cu febră
- B. Cefalee
- C. Dureri la masticăție
- D. Senzație de tensiune dureroasă a lojei parotidiene
- E. Erupție veziculo-buloasă generalizată

18. Identificați afirmația incorectă despre infecția urliană.
- A. Incidență maximă se înregistrează iarna și primăvara.
  - B. Frecvență maximă se înregistrează la sugari.
  - C. Pronostic favorabil.
  - D. Afecțiuni parotidiene în 50% din cazuri.
  - E. Început acut cu febră moderată, dureri în zona retrofaringiană, anorexie.

*Complement multiplu*

1. Submaxilita urliană va fi diferențiată de următoarele boli:
- A. Scarlatina
  - B. Mononucleoza infecțioasă
  - C. Adenita submandibulară
  - D. Edemul Quinque
  - E. Rujeola
2. Tumefacția în oreion este:
- A. Totdeauna bilaterală
  - B. De consistență păstoasă, elastică
  - C. Ușor dureroasă
  - D. Pielea nemodificată
  - E. Pielea hiperemiată
3. Orhita în infecția parotidiană (urliană) se caracterizează prin:
- A. Totdeauna bilaterală
  - B. Mai frecvent unilaterală
  - C. Dureri accentuate în testicul
  - D. Edemul testiculelor
  - E. Fluctuație
4. Glucocorticoizii în oreion vor fi administrați în cazurile:
- A. Forma glandulară severă
  - B. La copiii mici
  - C. Orhită
  - D. Encefalită
  - E. Oreion cu pancreatită medie
5. Care dintre următoarele semne nu sunt caracteristice parotiditei epidemice (oreion)?
- A. Febra

- B. Tumefacția glandelor salivare
  - C. Consistența dură, dureroasă a glandelor parotidiene
  - D. Leucocitoza cu neutrofilie
  - E. Hiperemia pielii
6. Alegeți semnele importante în diagnosticul pancreatitei urliene:
- A. Cefalee pronunțată
  - B. Dureri în abdomen (epigastriu sau în formă de „centură”)
  - C. Febră
  - D. Constipații sau diaree
  - E. Amilazurie, amilazemie
7. Tumefacția ambelor glande salivare are loc în:
- A. Litiata salivară
  - B. Oreion
  - C. Parotidita toxică
  - D. Sindromul Mikulicz
  - E. Parotidita supurată
8. Tumefacția parotidelor în oreion are următoarele caracteristici:
- A. Întotdeauna unilaterală
  - B. Produce dureri la masticție
  - C. Are consistență păstoasă
  - D. Dureroasă la apăsare
  - E. Secreție salivară abundentă
9. Orhita în oreion trebuie diferențiată de:
- A. Orhoepididimita gonococică
  - B. Varicocel
  - C. Hernia inghinală
  - D. Tumoarea cordului fenicilor
  - E. Orhita cu virusuri Cocksackie
10. Afecțiunile extrasalivare în infecția parotidiană sunt:
- A. Tonzilita
  - B. Orhita
  - C. Meningita
  - D. Pancreatita
  - E. Adenita cervicală
11. Tumefacția în oreion este:

- A. De consistență păstoasă, elastică
  - B. Bilaterală sau unilaterală
  - C. Moderat dureroasă
  - D. Însoțită de febră
  - E. Pielea hiperemiată
12. Pentru cercetări virusologice în infecția urliană se colectează:
- A. Bilă
  - B. Salivă
  - C. Sânge
  - D. Mase fecale
  - E. Lichid cefalorahidian
13. Marcați particularitățile infecției urliene la copiii până la 1 an:
- A. Se întâlnește rar
  - B. Mai frecvent este însoțită de meningită
  - C. Mai frecvent se afectează glandele parotide
  - D. Evoluție favorabilă
  - E. Letalitate înaltă
14. În pancreatita urliană de gravitate medie se indică:
- A. Perfuzii endovenoase
  - B. Corticosteroizi
  - C. Fermenți
  - D. Regim strict de pat
  - E. Masa nr. 5
15. Afectarea glandelor submaxilare în infecția urliană:
- A. Se caracterizează prin durere moderată și tumefacția glandelor submaxilare.
  - B. Este însoțită de congestia și tumefacția orificiului canalului Wharton.
  - C. Mai frecvent se asociază cu afectarea glandei parotide.
  - D. Deseori, este unilaterală.
  - E. Beneficiază de tratamentul cu metronidazol.
16. Identificați afirmațiile corecte despre orhita urliană.

- A. Orhita urliană se întâlnește frecvent la persoanele cu vârsta între 14 și 17 ani.
  - B. Apare, de obicei, după 4–5 zile de la debutul parotiditei.
  - C. Testiculul este tumefiat și dureros, iar scrotul este edemațiat și hiperemiat.
  - D. Întotdeauna este bilaterală.
  - E. Debutează lent.
17. Meningita urliană se caracterizează prin:
- A. Febră, cefălee, vărsături
  - B. Semne meningiene foarte pronunțate
  - C. Lichid cefalorahidian purulent
  - D. Lichid cefalorahidian transparent
  - E. Pleiocitoză limfocitară (200–2000 celule în 1 mcl)
18. Nu constituie indicație de corticoterapie în infecția urliană:
- A. Encefalita urliană
  - B. Orhita urliană
  - C. Sublingualita
  - D. Pancreatita urliană (formă medie)
  - E. Meningita urliană (formă medie)
19. Biopsia testiculelor în orhita urliană poate evidenția:
- A. Inflamația celulelor germinale
  - B. Infiltrat celular limfoplasmocitar
  - C. Edem interstițial marcat cu exsudat serofibrinos
  - D. Celule gigante multinucleate
  - E. Descuamație epitelială pronunțată
20. Precizați aspectele histologice care pot apărea la nivelul sistemului nervos central în infecția urliană:
- A. Infiltrat celular limfoplasmocitar predominant perivascular
  - B. Hemoragie subarahnoidiană
  - C. Modificări de tipul meningitei aseptice acute (limfocitare) în cazul meningitei urliene
  - D. Leziuni neuronale în encefalita urliană
  - E. Corpusculi Babeș-Negri în 30% din neuroni
21. Localizările extrasalivare rare ale infecției urliene includ:
- A. Ooforita
  - B. Submaxilita

- C. Dacrioadenita
  - D. Mastita
  - E. Orhita
22. Afectarea glandelor sublinguale în infecția urliană se caracterizează prin:
- A. Rareori, formă izolată
  - B. Durere moderată și tumefacție a glandelor sublinguale
  - C. Deseori asociată cu submaxilita sau parotidita
  - D. Semne catarale pronunțate
  - E. De obicei, bilaterală
23. În oreion la copii se pot întâlni următoarele sindroame:
- A. Pancreatită
  - B. Meningită
  - C. Orhită
  - D. Sindromul de coagulare intravasculară diseminată
  - E. Insuficiență respiratorie
24. Meningita urliană în primul rând trebuie diferențiată de:
- A. Meningita tuberculoasă
  - B. Meningita enterovirală
  - C. Meningita meningococică
  - D. Meningita herpetică
  - E. Meningita pneumococică
25. Care afirmații despre infecția urliană sunt adevărate?
- A. Incubația este de 11–21 zile.
  - B. Pacienții prezintă congestia și tumefacția orificiului canalului stemon.
  - C. Vârsta predilectă de apariție este între 1 și 3 ani.
  - D. Submaxilita urliană trebuie diferențiată de adenita submaxilară.
  - E. Nu determină imunitate durabilă.
26. Pentru orhita urliană este caracteristic, cu excepția:
- A. Febra
  - B. Adenita inghinală pronunțată
  - C. Edemul testicular
  - D. Fluctuația
  - E. Splenomegalia
27. Care afirmații privind pronosticul infecției parotidiene la copii sunt adevărate?
- A. Pronosticul este bun; cazurile mortale (de encefalită) sunt excepționale.

- B. Evoluția este mai severă decât la adulți.
- C. Pronosticul este nefavorabil; cazurile mortale (de encefalită) sunt frecvente.
- D. Surditatea poate fi sechela neuritei n. acustic.
- E. Sterilitatea poate fi urmarea unei orhite bilaterale.

## **PERTUSSIS (TUSEA CONVULSIVĂ)**

### *Complement simplu*

1. În pertussis, una dintre indicațiile terapeutice este greșită:
  - A. Regimul alimentar
  - B. Oxigenoterapia, aer proaspăt
  - C. Antibiotice (eritromicina, ampicilina)
  - D. Antitusive
  - E. Neuroleptice și sedative
2. Care dintre indicații, în caz de apnee în pertussis, sunt greșite?
  - A. Oxigenoterapia
  - B. Respirația asistată
  - C. Sedative, neuroleptice
  - D. Drenaj postural
  - E. Analeptice respiratorii
3. Perioada catarală în pertussis se manifestă prin următoarele, cu excepția:
  - A. Febră
  - B. Rinită
  - C. Fără semne de intoxicație generală

- D. Tuse obișnuită
  - E. Subfebrilitate
4. Diagnosticul confirmat în pertussis se bazează pe metoda:
- A. Virusologică
  - B. Bacteriologică
  - C. Bacterioscopică
  - D. Serologică
  - E. Radioimună
5. Accesul de tuse în pertussis se caracterizează prin:
- A. Vărsături la finele accesului
  - B. Secuse expiratorii, scurte, spastice
  - C. Reprize
  - D. Expectorație dificilă
  - E. Toate manifestările de mai sus
6. Perioada convulsivă în pertussis se caracterizează prin:
- A. Febră
  - B. Eruptii maculopapuloase
  - C. Splenomegalie
  - D. Accese de tuse
  - E. Diaree
7. În pertussis complicația principală este:
- A. Artrita nesupurativă
  - B. Stomatita aftoasă
  - C. Pneumonia
  - D. Septicemia
  - E. Perforația intestinală
8. Care dintre următoarele variante, referitor la patogenia tusei convulsive, este falsă?
- A. Dereglări hemodinamice
  - B. Dereglări de ritm respirator
  - C. Stază venoasă în circuitul mic
  - D. Creșterea permeabilității sangvine
  - E. Inflamația mucoasei intestinale cu ulceratii
9. Pentru perioada inițială în pertussis nu este caracteristic:

- A. Debut lent, subfebrilitate
  - B. Erupții cutanate
  - C. Tuse ușoară
  - D. Bronșită
  - E. Conjunctivită
10. Debutul bolii în pertussis este:
- A. Acut, cu febră
  - B. Cu semne catarale manifeste
  - C. Cu intoxicație generală pronunțată
  - D. Lent, cu simptome de catar respirator banal
  - E. Cu vome, diaree
11. Caracterul tusei în pertussis poate fi:
- A. Stridoros
  - B. În acces, cu reprize
  - C. Traheobronșic
  - D. Lătrător
  - E. Chinuitor
12. Febra în pertussis poate fi:
- A. Continuă
  - B. Ondulantă
  - C. Subfebrilă
  - D. Neregulată
  - E. Remitentă
13. Analiza generală a sângelui la copiii cu pertussis se caracterizează prin:
- A. Leucocitoză cu neutrofilie
  - B. Leucocitoză cu limfocitoză
  - C. Deviere a formulei leucocitare spre stânga
  - D. Eozinofilie
  - E. VSH accelerat
14. Manifestările orofaringiene în pertussis:
- A. Stomatită aftoasă
  - B. Limbă „geografică”
  - C. Ulcerație a frenulului lingual
  - D. Limbă „zmeurie”
  - E. Limbă saburală

15. Complicația cea mai frecventă în pertussis este:
- A. Meningita
  - B. Enterocolita
  - C. Bronhopneumonia
  - D. Otita
  - E. Infecția căilor urinare
16. La copiii în vârstă de până la 1 an pertussis evoluează:
- A. În forme fruste, ușoare
  - B. Cu febră continuă
  - C. Cu accese de tuse severe, îndelungate, cu apnee
  - D. Cu deshidratare manifestă
  - E. Cu leucocitoză, neutrofilie, VSH accelerat
17. Cel mai frecvent, Bordetella pertussis poate fi izolat:
- A. În săptămânile 1–2 ale perioadei spasmodice
  - B. În săptămânile 3–4 ale perioadei spasmodice
  - C. În săptămânile 5–6 ale perioadei spasmodice
  - D. În perioada catarală
  - E. După 6 săptămâni

### *Complement multiplu*

1. Perioada spasmodică în pertussis se manifestă prin:
- A. Neurotoxicoză
  - B. Hemoragii în sclere
  - C. Stomatită
  - D. Tuse în accese
  - E. Reprize
2. Particularitățile în pertussis la sugari sunt:
- A. Apnee
  - B. Accese de cianoză
  - C. Semne meningiene
  - D. Erupții cutanate
  - E. Manifestări echivalente de acces de tuse

3. Diagnosticul pertussis se bazează pe:
- A. Semne de intoxicație
  - B. Febră
  - C. Atelectază pulmonară
  - D. Leucocitoză pronunțată, limfocitoză
  - E. Tuse spasmodică
4. Analiza generală a sângelui în pertussis prezintă:
- A. Leucocitoză
  - B. Neutrofilie cu deviere spre stânga
  - C. Eozinofilie
  - D. Limfocitoză
  - E. VSH normal
5. În perioada catarală la pertussis pot fi observate:
- A. Icter pronunțat
  - B. Tuse ușoară, nocturnă
  - C. Temperatura corpului 37–37,5°C
  - D. Tegumente palide
  - E. Greață, vărsături
6. Faciesul bolnavului în pertussis se caracterizează prin:
- A. Tumefacție difuză
  - B. Buze uscate, hiperemiate (carminate)
  - C. Edem palpebral
  - D. Cianoză circumorală
  - E. Conjunctive injectate
7. În patogenia pertussis au loc:
- A. Excitația centrului respirator
  - B. Excitația centrului de vomă
  - C. Dereglări hidroelectrolitice
  - D. Dereglări hemodinamice în SNC
  - E. Bacteriemia
8. Diagnosticul diferențial în pertussis se va face cu:
- A. Difteria faringiană
  - B. IRA
  - C. Parapertussis
  - D. Mucoviscidoza pulmonară

E. Varicela

9. În care perioade ale bolii, în secrețiile orofaringiene se identifică cocobacilul pertussis?

- A. Ultimele zile ale perioadei de incubație
- B. Perioada catarală
- C. Perioada spasmodică (primele zile)
- D. Perioada spasmodică (săptămânile 3–4)
- E. În toate perioadele

10. Pertussis la copiii vaccinați evoluează:

- A. Atipic
- B. Fără accese de tuse spasmodică
- C. Cu complicații frecvente
- D. Cu tuse ușoară, îndelungată
- E. Cu hiperleucocitoză și neutrofilie

11. Criteriile de gravitate în pertussis sunt:

- A. Accese de tuse cu reprize în 2–3 cazuri
- B. Gradul insuficienței respiratorii
- C. Durata accesului de tuse
- D. Complicații frecvente
- E. Toate cele enumerate

12. Complicațiile specifice în pertussis sunt:

- A. Emfizemul pulmonar
- B. Atelectazia pulmonară
- C. Sinuzita maxilară
- D. Ulcerația frenului lingual
- E. Meningita

13. Tratamentul etiologic în pertussis include:

- A. Eritromicina
- B. Penicilina
- C. Neomicina
- D. Ampicilina
- E. Cefalosporinele

14. Cauza declanșării accesului de pertussis poate fi:
- A. Supraalimentația
  - B. Excitațiile traheobronșice
  - C. Aflarea la aer liber răcoros
  - D. Enervarea, emoțiile
  - E. Excitațiile auditive
15. Particularitățile accesului de tuse convulsivă la sugar sunt:
- A. Reprize repetate
  - B. Febră
  - C. Apnee
  - D. Secreții rinofaringiene abundente, lichide
  - E. Spasm glotic, cianoză
16. Faciesul copilului cu pertussis prezintă:
- A. Tumefiat difuz
  - B. Edem palpebral
  - C. „Pălmuit”
  - D. Hemoragii conjunctivale
  - E. Obișnuit
17. Diagnosticul diferențial în pertussis în perioada catarală trebuie făcut cu:
- A. Gripa
  - B. Scarlatina
  - C. Rujeola
  - D. Meningita meningococică
  - E. Adenovirozele
18. Particularitățile pertussis la copiii vaccinați sunt:
- A. Febră îndelungată
  - B. Evoluție asimptomatică sau frustă
  - C. Manifestări dispeptice
  - D. Tuse îndelungată cu accese ușoare
  - E. Fără complicații
19. În pertussis pot fi următoarele sechele:
- A. Bronșiectazii
  - B. Emfizem pulmonar
  - C. Hepatomegalie
  - D. Pareze, paralizii

- E. Defecte psihice (deficiență mintală)
20. Diagnosticul diferențial în pertussis se va face cu:
- A. Timomegalia
  - B. Infecția enterovirală
  - C. Mucoviscidoza
  - D. Tuberculoza ganglionară
  - E. Difteria laringiană
21. Accese de tuse similare tusei convulsive pot fi în:
- A. Rubeolă
  - B. Mucoviscidoză
  - C. Varicelă
  - D. Adenoviroze
  - E. Infecția cu RS-virus
22. Particularitățile evolutive ale tusei convulsive la sugar sunt:
- A. Accese frecvente, apnee
  - B. Perioada catarală îndelungată
  - C. Complicații severe
  - D. Diaree și vome frecvente
  - E. Accese de strănut
23. Perioada catarală pertussis se manifestă prin:
- A. Vome, diaree
  - B. Tuse obișnuită
  - C. Temperatura corpului normală sau subfebrilă
  - D. Starea generală nealterată
  - E. Debut acut cu intoxicație generală pronunțată
24. În pertussis modificările tractului bronhopulmonar sunt:
- A. Pulmon pertussis
  - B. Pneumonii polisegmentare
  - C. Bronșită, bronșiolită
  - D. Pneumonii abscedente
  - E. Atelectazii pulmonare
25. Cele mai afectate sisteme în pertussis sunt:
- A. Digestiv
  - B. Respirator

- C. Nervos central
  - D. Urinar
  - E. Cardiovascular
26. Pentru diagnosticul precoce în pertussis se vor avea în vedere:
- A. Caracterul ușor spastic, preponderent nocturn al tusei
  - B. Tusea rebelă la tratament
  - C. Starea generală nemodificată
  - D. Febra, intoxicația generală pronunțată
  - E. Voma, diareea
27. În pertussis diagnosticul se va stabili în baza următoarelor investigații paraclinice:
- A. Bacterioscopia secrețiilor rinofaringiene
  - B. Izolarea agentului cauzal din rinofaringe
  - C. Hemocultura
  - D. Metode serologice
  - E. Leucograma
28. Aspectul pacientului în accesul de tuse spasmodică prezintă:
- A. Facies „încruntat”
  - B. Limba proiectată în afară
  - C. Facies hipocratică
  - D. Salivație abundentă
  - E. Risus sardonicus
29. Indicațiile de spitalizare a pacienților cu pertussis sunt:
- A. Formele tipice ușoare și medii
  - B. Formele severe
  - C. Complicațiile
  - D. Copiii vaccinați
  - E. Copiii mai mici de 2 ani din familiile defavorizate
30. Tratamentul formelor severe de pertussis include:
- A. Antibiotice
  - B. Sedative
  - C. Fermenți
  - D. Oxigenoterapia
  - E. Preparate ce excită centrul respirator

31. Metodele de tratament în pertussis includ:

- A. Regimul alimentar
- B. Antibioterapie
- C. Terapia sindromală
- D. Oxigenoterapie
- E. Terapia de rehidratare

## **INFECȚIA MENINGOCOCICĂ**

### *Complement simplu*

1. Prin ce se deosebește rinofaringita meningococică de rinofaringita virală la copii?
  - A. Febră
  - B. Obstrucție nazală
  - C. Tuse
  - D. Leucocitoză
  - E. Leucopenie
2. Diagnosticul confirmat al rinofaringitei meningococice la copii se bazează pe:
  - A. Datele clinice
  - B. Modificările hemoleucogramei
  - C. Izolarea din secrețiile rinofaringiene a meningococului
  - D. Analiza lichidului cefalorahidian
  - E. Rinoscopie
3. Asistența urgentă prespitalicească în infecția meningococică și șoc toxiinfecțios la copil întotdeauna va include:
  - A. Antipiretice
  - B. Anticonvulsive

- C. Corticosteroizi
- D. Diuretice
- E. Perfuzii endovenoase

4. Indicați un antibiotic ce se recomandă în infecția meningococică la copii la etapa prespitalicească:

- A. Cefazidim
- B. Chloramfenicol
- C. Amoxicilină
- D. Ofloxacină
- E. Tobramicină

5. Cea mai frecventă afecțiune cardiacă în infecția meningococică la copii este:

- A. Prolapsul valvulei mitrale
- B. Miocardita
- C. Endocardita
- D. Pericardita
- E. Tulburările de conductibilitate

6. Indicați vârsta la care infecția meningococică se întâlnește cel mai frecvent:

- A. Sugar
- B. Nou-născut
- C. Copil mic (1–3 ani)
- D. Adolescent (14–18 ani)
- E. Elev în clasele primare

7. La copiii mici infecția meningococică evoluează cel mai frecvent în forma clinică:

- A. Meningită, meningoencefalită
- B. Meningocemie
- C. Meningită și meningocemie
- D. Poliradiculoneuropatie
- E. Pneumonie

8. În meningita meningococică la sugar inflamația meningelor este:

- A. Eritematoasă
- B. Fibrinoasă
- C. Purulentă
- D. Crupoasă
- E. Ulceronecrotică

9. Diagnosticul meningitei meningococice la sugar poate fi confirmat numai în baza:
- A. Prezenței semnelor meningiene
  - B. Fontanelei anterioare bombate
  - C. Simptomului Lesaje pozitiv
  - D. Analizei lichidului cefalorahidian
  - E. Analizei lichidului cefalorahidian și izolării Neisseria meningitidis din lichidul cefalorahidian
10. În infecția meningococică la sugar, cel mai frecvent indică prezența meningitei unul dintre următoarele semne:
- A. Kernig
  - B. Brudzinski
  - C. Lesaje
  - D. Redoarea cefei
  - E. Babinski
11. Tabloul bacterioscopic al lichidului cefalorahidian în meningita meningococică prezintă meningococul:
- A. Diplococ gram-pozitiv situat extracelular
  - B. Diplococ gram-negativ situat intra- și extracelular
  - C. Diplococ gram-pozitiv capsulat
  - D. Bacili gram-negativi
  - E. Bacili gram-pozitivi
12. Copilul cu infecție meningococică nu este transportabil în caz de:
- A. Șoc toxicoinfecțios gr. I
  - B. Edem cerebral acut gr. II, III
  - C. Meningococemie
  - D. Meningită și meningococemie
  - E. Meningococemie și artropatie
13. Dintre sechelele posibile ale meningitei purulente, cea mai frecventă la copii este:
- A. Hidrocefalia
  - B. Convulsiile epileptiforme
  - C. Hipertensiunea intracraniană
  - D. Retardarea psihomotorie
  - E. Parezele, paraliziiile spastice
14. Semnele clinice suspecte pentru meningită la sugar sunt:

- A. Febra
  - B. Voma repetată
  - C. Febra, voma repetată, agitația, țipătul inconsolabil
  - D. Refuzul alimentației
  - E. Diareea
15. La un copil cu suspiciune de infecție meningococică (forma generalizată) se recomandă:
- A. Culturi din LCR
  - B. Hemoculturi
  - C. Culturi din nazofaringe
  - D. Hemoleucograma
  - E. Toate cele enumerate
16. În infecția meningococică la copii, erupția apare mai frecvent pe:
- A. Torace
  - B. Față
  - C. Fese și membrele inferioare
  - D. Mucoasele bucale
  - E. Sclere
17. Exantemul în meningococemie la copii reprezintă:
- A. Hemoragii stelate
  - B. Vezicule
  - C. Cruste
  - D. Macule-papule confluențe
  - E. Rozeole punctiforme
18. În infecția meningococică la sugari, spre deosebire de copiii mari și adulți, uneori se înregistrează:
- A. Edemul cerebral acut
  - B. Colapsul ventricular (hipotensiune cerebrală acută)
  - C. Șocul toxiinfecțios
  - D. Insuficiența cardiorespiratorie
  - E. Insuficiența renală acută
19. Surditatea senzorială la copii apare mai frecvent după meningita cu:

- A. H. Influenzae
- B. Pneumococ
- C. Stafilococ
- D. Meningococ
- E. Bacili gram-negativi

20. Ce investigație se va efectua în primul rând în caz de suspexie la meningita la copil?

- A. Electroencefalograma
- B. Tomografia computerizată
- C. Puncția lombară
- D. Radiografia craniană
- E. Electrocardiograma

### *Complement multiplu*

1. Bacterioscopia lichidului cefalorahidian și a picăturii groase a sângelui permite diagnosticul etiologic precoce al infecției meningococice la copil. Meningococul, spre deosebire de pneumococ, este:

- A. Gram-negativ
- B. Gram-pozitiv
- C. Situat intra- și extracelular
- D. Necapsulat
- E. Capsulat

2. Meningococul este sensibil la următoarele antibiotice:

- A. Penicilină
- B. Tetracilină
- C. Eritromicină
- D. Cloramfenicol
- E. Cefriaxon

3. Nu se permite transportarea la spital a copilului cu infecție meningococică generalizată fără a i se acorda asistență urgentă la etapa prespitalicească în caz de:

- A. Edem cerebral acut
- B. Convulsii

- C. Șoc toxiinfecțios
  - D. Meningită
  - E. Meningococemie
4. Debutul infecției meningococice generalizate la copilul sugar se manifesta prin:
- A. Febră
  - B. Afectarea căilor respiratorii
  - C. Vome repetate, diaree
  - D. Semne meningiene pozitive
  - E. Constipații
5. Meningococemia la copii poate evolua în formele:
- A. Medie
  - B. Gravă
  - C. Fulminantă
  - D. Cronică recidivantă
  - E. Persistentă
6. Deseori, meningita meningococică la copiii de vârstă fragedă se asociază cu:
- A. Encefalita
  - B. Ependimatita
  - C. Pielonefrita
  - D. Meningococemia
  - E. Otita medie
7. În debutul meningococemiei la sugar, erupția cutanată reprezintă:
- A. Macule
  - B. Papule
  - C. Vezicule
  - D. Rozeole
  - E. Peteșii
8. În meningococemie la copii nu pot fi erupții de tipul:
- A. Hemoragii
  - B. Peteșii
  - C. Eritem nodos
  - D. Vezicule
  - E. Pustule
9. Erupția cutanată în meningococemie la copii este:

- A. Maculopapuloasă confluentă
  - B. Rozeoloasă punctiformă pe fundal hiperemiat al pielii
  - C. Hemoragică stelată, cu necroze centrale
  - D. Localizată pe membrele inferioare și coapse
  - E. Hemoragică, fără necroze centrale
10. Erupecia cutanată în meningocemie la copii apare:
- A. Simultan
  - B. În etape (în 3 zile)
  - C. În zilele 1–2 de boală
  - D. În a 4-a zi
  - E. În forme severe se răspândește centripet pe piele și mucoase
11. Afecțiunile sistemului nervos central la copiii mici, provocate de meningococ, sunt:
- A. Meningita
  - B. Hemoragia subarahnoidiană
  - C. Meningoencefalita
  - D. Ependimatita
  - E. Ictusul cerebral ischemic
12. Factorii patogenici în infecția meningococică la copii sunt:
- A. Infecțios
  - B. Autoimun
  - C. Toxic
  - D. Alergic
  - E. Ereditar
13. Numiți formele clinice rar întâlnite ca forme separate în infecția meningococică la copii:
- A. Amigdalita
  - B. Endo-, mio-, pericardita
  - C. Iridociclita, iridociclorioidita
  - D. Mono-, poliartrita
  - E. Laringotraheita
14. Particularitățile clinice ale infecției meningococice la sugari sunt:
- A. Debutul bolii acut, cu semne respiratorii și /sau diaree
  - B. Pneumonia frecventă
  - C. Semne meningiene dissociate

- D. Fontanela anterioară excavată
  - E. Semne de focar cerebral
15. Formele clinice generalizate ale infecției meningococice la copii sunt:
- A. Septicopiemia
  - B. Meningita
  - C. Meningococemia
  - D. Pneumonia
  - E. Meningita și meningococemia
16. În infecția meningococică la copii sunt posibile următoarele urgențe:
- A. Edemul cerebral acut
  - B. Limfadenita supurată
  - C. Șocul toxiinfecțios
  - D. Peritonsilita
  - E. Insuficiența renală acută
17. Care complicații apar la copiii cu infecție meningococică în perioada precoce?
- A. Insuficiența renală acută
  - B. Hidrocefalia
  - C. Necroze masive cutanate
  - D. Surditate, strabism, cecitate
  - E. Ependimatita
18. Poziția meningiană („în cocoș de pușcă”) în meningita meningococică se întâlnește mai frecvent:
- A. La sugari
  - B. La copiii mari
  - C. În zilele 1–2 de boală
  - D. În caz de terapie cu antibiotice întârziată
  - E. În prezența encefalitei
19. Meningita purulentă la sugar se caracterizează prin semne meningiene disociate. Care semne sunt cele mai frecvente?
- A. Kernig
  - B. Brudzinski
  - C. Lesage
  - D. Redoarea cefei
  - E. Capul în reproflexie
20. Semnele clinice suspecte ale meningitei la sugar sunt:

- A. Febra
  - B. Voma și scaunele lichide fără adaosuri patologice
  - C. Agitația psihomotorie
  - D. Țipătul encefalic
  - E. Refuzul alimentației
21. În infecția meningococică la copiii mici, erupția are caracter de:
- A. Macule
  - B. Rozeole
  - C. Vezicule
  - D. Hemoragii cu necroză centrală
  - E. Pustule
22. Care complicații se înregistrează la copiii mici cu meningită meningococică (meningoencefalită) tratată tardiv?
- A. Hidrocefalie
  - B. Piocefalie
  - C. Pareze, paralizii
  - D. Pielonefrită
  - E. Piodermie
23. Indicați cele mai importante semne clinice ce marchează prezența șocului toxiinfecțios gr.III în infecția meningococică la copii:
- A. Febra
  - B. Dereglări de conștiință
  - C. Coma hepatică
  - D. Hipotonia arterială (stare de colaps), pulsul absent
  - E. Anuria
24. În infecția meningococică la sugar, erupția prezintă:
- A. Macule
  - B. Papule
  - C. Pustule
  - D. Rozeole punctiforme pe fondul hiperemiat al pielii
  - E. Hemoragii cu necroză centrală
25. Infecția meningococică la sugar va evolua nefavorabil în caz de:
- A. Formă fulminantă a bolii
  - B. Edem cerebral acut
  - C. Pneumonie

- D. Meningoencefalită
  - E. Nazofaringită
26. Meningococemia la copiii mici necesită diferențiere de:
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Septicemie
  - D. Varicelă
  - E. Herpes zoster
27. Permeabilitatea barierei hematoencefalice poate să crească sub acțiunea:
- A. Frigului
  - B. Traumatismelor craniocerebrale
  - C. Radiațiilor
  - D. Toxicelor chimice
  - E. Antibioticelor
28. În meningita bacteriană acută la copii LCR este:
- A. Xantocrom
  - B. Purulent
  - C. Clar
  - D. Opalescent
  - E. Hipertensiv
29. Combaterea edemului cerebral acut la copiii cu infecție meningococică se face prin:
- A. Corticosteroizi
  - B. Antibiotice
  - C. Diuretice
  - D. Antivirale
  - E. Antiparazitare
30. Diagnosticul diferențial în meningitele bacteriene acute la copiii mici se va face cu:
- A. Dizenteria
  - B. IRVA cu sindrom de neurotoxicoză
  - C. Mononucleoza infecțioasă
  - D. Meningita enterovirală
  - E. Trauma craniocerebrală
31. În debutul meningitei la sugar apar frecvent semnele:

- A. Toxice generale
- B. Digestive
- C. Meningiene
- D. Catarale
- E. Limfadenopatie

32. Semnele suspecte de meningită la nou-născuți sunt:

- A. Convulsiile
- B. Plafonarea ochilor
- C. Hepatosplenomegalia
- D. Hipertonia musculară
- E. Bombarea fontanelei anterioare

# GRIPA

## *Complement simplu*

1. În gripă la copiii mici, sindroamele cel mai des întâlnite sunt, cu o excepție:
  - A. De crup
  - B. Eruptiv
  - C. Neurotoxic
  - D. Hemoragic
  - E. Bronhoobstructiv
2. Care din complicațiile enumerate nu se dezvoltă în gripă la copii?
  - A. Pneumonia
  - B. Nevrita n. trigeminus
  - C. Sinuzita
  - D. Otita
  - E. Laringotraheita purulentă
3. Care simptom nu este caracteristic gripei la copii în formă gravă?
  - A. Convulsiv
  - B. Hipertermic
  - C. Pierderea cunoștinței
  - D. Depuneri membranoase pe amigdale
  - E. Somnolență patologică (somm letargic)
4. Cel mai grav sindrom în gripă la copii este:
  - A. Bronhoobstructiv
  - B. Edemul pulmonar segmentar
  - C. Neurotoxicoza
  - D. Abdominal
  - E. Respirator
5. Remantadina este preparatul antiviral indicat în:
  - A. Varicelă
  - B. Rotaviroze
  - C. Rujeolă
  - D. Gripă
  - E. Rubeolă
6. Care dintre următoarele preparate antivirale nu se indică în gripă?
  - A. Arbidol
  - B. Remantadina

- C. Ganciclovir
  - D. Oseltamivir
  - E. Imunoglobulina antigripală
7. Tratamentul gripei la copii include următoarele, cu o excepție:
- A. Terapia etiologică
  - B. Medicația simptomatică
  - C. Antibioterapia în complicații
  - D. Hemodializa
  - E. Terapia patogenică
8. Care maladie respiratorie poate să decurgă fără febră?
- A. Adenovirozele
  - B. Paragripa
  - C. Tusea convulsivă
  - D. Infecția cu virusul respirator sincițial
  - E. Gripa
9. În tratamentul convulsiilor febrile la copil, preparatul de elecție este:
- A. Diazepamul
  - B. Prednisolonul
  - C. Paracetamolul
  - D. Dimedrolul
  - E. Hidrocortizonul
10. Complicațiile neurologice ale gripei la copiii mari sunt următoarele, cu o excepție:
- A. Paralizia nervilor cranieni
  - B. Encefalita
  - C. Nevralgiile
  - D. Poliradiculoneuropatiile
  - E. Meningita purulentă cu ependimatită
11. Gripa la copii necesită diferențiere de următoarele maladii, cu o excepție:
- A. Paragripa
  - B. Rubeola
  - C. Febra tifoidă
  - D. Infecția meningococică
  - E. Adenovirozele
12. Terapia cu antibiotice este indicată în următoarele cazuri, cu o excepție:
- A. Pneumonie

- B. Cu scop de a preîntâmpina encefalita
  - C. Otite
  - D. Sinuzite
  - E. Focare de infecții bacteriene
13. Care afirmație exclude un moment-cheie pentru gripa la copii?
- A. Este o maladie foarte contagioasă.
  - B. Este determinată de virusul gripal.
  - C. Decurge cu sindrom de citoliză.
  - D. Decurge cu manifestări toxice generale.
  - E. Decurge cu manifestări catarale discrete.
14. Pentru tabloul clinic al gripei la sugari sunt caracteristice următoarele, cu o excepție:
- A. Debut lent cu subfebrilitate
  - B. Rozeole punctiforme
  - C. Dezvoltă complicații septice
  - D. Catar respirator discret (nas înfundat, tuse)
  - E. Letalitate sporită
15. Indicații pentru spitalizarea copiilor cu gripă sunt următoarele, cu o excepție:
- A. Bolnavi cu forme grave, hipertoxice
  - B. Forme tipice, medii la copiii de peste un an
  - C. Forme complicate
  - D. Sugari cu gripă
  - E. Maladii de fond
16. În care IRA simptomele generale toxice domină de la debutul bolii?
- A. Paragripă
  - B. Gripă
  - C. Infecția cu virusul respirator sincițial
  - D. Rinoviroze
  - E. Micoplasmoze
17. Indicați în care IRA, sindromul cataral respirator este discret în debutul bolii:
- A. Adenoviroze
  - B. Gripă
  - C. Paragripă
  - D. Rinoviroze
  - E. Infecția cu virusul respirator sincițial

### *Complement multiplu*

1. În gripă la copii, morbiditatea crescută și complicațiile frecvente sunt caracteristice cărei categorii de vârstă?
  - A. Sugari
  - B. Copii mici (1–3 ani)
  - C. Bolnavi cu patologii cronice (malformații de cord, astm bronșic etc.)
  - D. Elevi
  - E. Adolescenți
  
2. Care din fazele patogeniei sunt prezente în gripă?
  - A. Atașarea și penetrarea virusului în celulele epiteliale ale mucoasei respiratorii
  - B. Replicarea virală
  - C. Virusemia
  - D. Stadiul digestiv
  - E. Starea de portaj
  
3. Simptomele gripei la copii în perioada de stare sunt:
  - A. Stare de rău general
  - B. Mialgii (senzație de „zdrobire”)
  - C. Angină, limfadenopatie
  - D. Semne catarale respiratorii
  - E. Vezicule, eroziuni pe uvulă, arcurile palatine
  
4. În tratamentul etiotrop al gripei la copii pot fi utilizate medicamentele:
  - A. Aciclovirul
  - B. Algiremul
  - C. Remantadina
  - D. Arbidola
  - E. Ganciclovirul
  
5. În care cazuri de gripă la copii se va administra remantadina?
  - A. În formele medie și gravă, în primele 48 ore
  - B. Copiilor mai mari de 7 ani
  - C. În formele hipertoxice
  - D. În formele cu complicații bacteriene
  - E. În scop profilactic

6. În gripă la copii, pronosticul este rezervat în următoarele cazuri:
- A. Complicații bacteriene de suprainfectare
  - B. Subnutriția, vârsta sugarului
  - C. Maladii cronice, medii, imunitate compromisă
  - D. Forme tipice
  - E. Bolnavii imunizați antesezon
7. Sindroamele caracteristice gripei hipertoxice la copii sunt:
- A. Neurotoxic
  - B. Hemoragic
  - C. Dezechilibrul hidroelectrolitic
  - D. Hipertermic
  - E. Colestatic
8. Diagnosticul gripei la copii poate fi confirmat prin:
- A. Datele epidemiologice
  - B. Examenul bacteriologic
  - C. Manifestările clinice
  - D. USG organelor interne
  - E. Examenul serologic
9. În gripă la copii nu se înregistrează:
- A. Exantem
  - B. Tuse
  - C. Semnul Filatov-Koplik
  - D. Semne de intoxicație majoră
  - E. Limfadenopatie generalizată
10. Indicați semnele gripei la copii în debutul bolii:
- A. Febră (39–40°C)
  - B. Frisoane
  - C. Limba „zmeurie”
  - D. Tumefacția glandelor salivare
  - E. Cefalee, transpirații, astenie
11. Aspectul copilului bolnavi de gripă atestă:
- A. Lacrimare, fotofobie ușoară
  - B. Sclere injectate
  - C. Pielea feței congestionată și umedă
  - D. Buze carminate
  - E. Ochi înfundați

12. Perioada de stare în gripă la copii poate fi cu:
- A. Sindrom cataral respirator discret
  - B. Mialdii, lombalgii
  - C. Simptome generale toxice
  - D. Stomatită
  - E. Erupecie scarlatinoformă
13. Hemoleucograma în gripă la copii prezintă:
- A. Leucopenie
  - B. Neutropenie
  - C. Monocitoză
  - D. Limfocitoză
  - E. VSH sporită
14. Care complicații în gripă se întâlnesc mai rar la copii decât la adulți?
- A. Bronhopneumonia
  - B. Miocardita
  - C. Glomerulonefrita
  - D. Pielonefrita
  - E. Sinuzitele, otita
15. Pneumonia, ca complicație a gripei la copii, se caracterizează prin:
- A. Tirajul intercostal
  - B. Tusea
  - C. Respirația accelerată
  - D. Cianoza, acrocianoza
  - E. Tirajul cutiei toracice
16. Consecințele gripei la copii sunt:
- A. Vindecare completă
  - B. Sfârșit letal
  - C. Paralizii definitive
  - D. Sindrom astenovegetativ în convalescență
  - E. Portaj cronic de virus gripal
17. Indicați manifestările sindromului de crup în gripă la copii:
- A. Tuse umedă cu eliminări abundente
  - B. Dispnee inspiratorie
  - C. Voce răgușită
  - D. Afebrilitate

- E. Tuse lătrătoare, aspră
18. Examenle de laborator specifice în gripă sunt:
- A. Imunofluorescență
  - B. Virusologic
  - C. Bacteriologic
  - D. Serologic
  - E. Intradermoreacția
19. Diagnosticul serologic al gripei cuprinde următoarele reacții:
- A. Hemaglutinoinhibare
  - B. Aglutinare
  - C. Fixare a complementului
  - D. De neutralizare
  - E. ELIZA
20. Pentru izolarea virusului gripal în debutul bolii de copii se iau prelevate din:
- A. Spălaturi nazofaringiene
  - B. Secreții nazale
  - C. Sânge
  - D. Urină
  - E. Materii fecale
21. În gripă la copii, paracetamolul este indicat cu scopul de a:
- A. Combate febra
  - B. Preveni complicațiile
  - C. Diminua cefaleea
  - D. Micșora durerile musculare
  - E. Ușura tusea
22. Semnele de reper în sindromul bronhoobstructiv în gripă la copii sunt:
- A. Dispnee inspiratorie
  - B. Tuse neproductivă
  - C. Dispnee expiratorie
  - D. Cianoză periorală
  - E. Tuse lătrătoare
23. Sindromul hemoragic în gripă la copii se manifestă prin:
- A. Epistaxis
  - B. Erupecii maculopapuloase
  - C. Angioame stelate, gingivoragii

- D. Sindromul CID
  - E. Eruptii hemoragice pe pielea feței și pe mucoase
24. Sindromul cataral în gripă la copii apare peste 1–2 zile de la debut și se manifesta prin:
- A. Nas înfundat
  - B. Eliminări nazale seroase, sărace
  - C. Tuse spasmodică
  - D. Rinoree abundentă
  - E. Tuse uscată
25. Enumerați formele atipice în gripă la copii:
- A. Hipertoxică
  - B. Frustă
  - C. Anicterică
  - D. Subclinică
  - E. Dispeptică
26. Care afirmații privind remantadina nu sunt corecte?
- A. Este activă fața de herpes virus
  - B. Este eficace în tratamentul și profilaxia gripei cu virusul gripal tip A
  - C. Este eficace în profilaxia gripei cu virusul tip B
  - D. Poate fi administrată copilului mic
  - E. Este contraindicată pacienților cu epilepsie
27. Selectați simptomele comune pentru gripă și febra tifoidă în perioada acută a bolii:
- A. Hepatosplenomegalie
  - B. Febră
  - C. Simptomul Padalca
  - D. Cefalee, adinamie
  - E. Intoxicație pronunțată
28. Gripa la sugari decurge grav în caz de:
- A. Alimentație naturală
  - B. Suprainfecție virobacteriană
  - C. Complicații purulente
  - D. Condiții habituale nefavorabile
  - E. Premorbid nefavorabil
29. Indicați complicațiile specifice în gripă la copii:
- A. Sindromul Reye
  - B. Prolaps rectal

- C. Encefalită
- D. Ulcerație a frenulului lingual
- E. Poliradiculoneuropatie

## PARAGRIPA

### *Compliment simplu*

1. Virusurile paragripale afectează mai frecvent mucoasa:
  - A. Nasului
  - B. Faringelui
  - C. Amigdalelor
  - D. Laringelui
  - E. Bronhiilor
2. Copiii cărei grupe de vârstă sunt cel mai afectați de virusurile paragripale?
  - A. Nou-născuții
  - B. Copiii mici
  - C. Elevii
  - D. Adolescenții
  - E. Sugarii
3. Care simptom este considerat „satelitul” principal al paragripei la copii?
  - A. Limfadenopatie generalizată
  - B. Amigdalită lacunară
  - C. Tuse lătrătoare
  - D. Splenomegalie
  - E. Febră
4. În care infecție respiratorie acută se declanșează mai des sindromul de crup?
  - A. Gripă
  - B. Paragripă
  - C. Adenoviroze
  - D. Rinoviroze
  - E. Micoplasmoze

5. Laringita acută stenoizantă primară la copii se instalează cel mai frecvent în:
- A. Rujeolă
  - B. Rubeolă
  - C. Infecția meningococică
  - D. Paragripă
  - E. Pertussis

*Compliment multiplu*

1. Care afirmații privind paragripa la copii sunt corecte?
- A. Subfebrilitate sau febră (38,5°C), 3–5 zile
  - B. Afectarea conjunctivelor
  - C. Semne toxice generale moderate
  - D. Afectarea laringelui (sindrom de crup)
  - E. Afectarea ficatului, splinei
2. Sindromul cataral în paragripă la copii se manifestă prin:
- A. Tuse uscată, zgomotoasă
  - B. Dureri în gât, nas înfundat
  - C. Secreții nazale seroase
  - D. Dureri retrosternale chinuitoare
  - E. Raluri umede, buloase mici în pulmoni
3. În paragripa de formă tipică cele mai frecvente manifestări sunt:
- A. Febra (38–39°C), intoxicația moderată
  - B. Stenoza laringiană
  - C. Catarul respirator
  - D. Edemul cervical
  - E. Erupțiile cutanate
4. Simptomele caracteristice stenozei laringiene în paragripă sunt:
- A. Depuneri membranoase pe amigdale
  - B. Debut lent
  - C. Tuse lătrătoare
  - D. Dispnee inspiratorie
  - E. Tiraaj intercostal

5. În paragripă la copii se pot declanșa următoarele complicații:
- A. Pneumonia
  - B. Hepatita
  - C. Anemia hemolitică
  - D. Otita
  - E. În zilele 5–6 de boală – stenoza laringiană (crup tardiv)
6. Paragripa trebuie diferențiată de:
- A. Difteria laringiană
  - B. Corp străin în laringe
  - C. Tusea convulsivă
  - D. Meningită
  - E. Oreion
7. Sindroamele posibile în paragripă la copii sunt următoarele:
- A. Bronhoobstructiv
  - B. De crup
  - C. Cataral
  - D. Limfadenopatie
  - E. Eruptiv

## ADENOVIROZELE

### *Compliment simplu*

1. Care grupă de ganglioni limfatici preponderent se afectează în adenoviroze la copii?
  - A. Occipitali
  - B. Diafragmali
  - C. Cervicali
  - D. Submaxilari
  - E. Inghinali
2. Simptomul cel mai caracteristic în adenoviroze la copii este:
  - A. Urticarii cutanate
  - B. Hemoragii nazale
  - C. Hipertensiune arterială
  - D. Conjunctivită membranoasă
  - E. Emfizem pulmonar
3. Adenoviroza la sugari se deosebește de alte infecții respiratorii virale prin:
  - A. Tusea uscată
  - B. Diaree
  - C. Limba „geografică”
  - D. Șoc toxiinfecțios
  - E. Pancreatită
4. Tabloul clinic al adenovirozei se manifestă prin următoarele, cu excepția:
  - A. Febră îndelungată
  - B. Semne toxice generale moderate
  - C. Semne respiratorii
  - D. Limfadenopatie
  - E. Erupecii hemoragice
5. Care simptom confirmă prezența adenovirozei și nu se întâlnește în mononucleoza infecțioasă?
  - A. Adenopatia generalizată
  - B. Angina
  - C. Obstrucția nazală
  - D. Hepatosplenomegalia
  - E. Conjunctivita

6. Reproducerea adenovirusurilor nu este posibilă în:
- A. Mucoasa bronhiilor
  - B. Țesutul limfatic
  - C. Parenchimul rinichilor, în ficat
  - D. Mucoasa căilor respiratorii superioare
  - E. Mucoasa organelor genitale

*Complement multiplu*

1. Adenovirusurile pătrund în organismul copilului prin:
- A. Tegumentele lezate
  - B. Mucoasele tractului digestiv
  - C. Mucoasele căilor respiratorii
  - D. Sânge
  - E. Conjunctive
2. Adenovirusurile afectează țesutul glandular, realizând următoarele:
- A. Limfadenita mezenterică
  - B. Amigdalita
  - C. Adenoidita
  - D. Parotidita
  - E. Pancreatita
3. Care complicații sunt mai frecvente în adenoviroze la copii?
- A. Sinuzita
  - B. Pancreatita
  - C. Otita
  - D. Pneumonia
  - E. Limfadenita cervicală
4. Febra faringoconjunctivală în adenoviroze la copii se manifestă prin:
- A. Febră îndelungată, ondulantă
  - B. Semne meningiene pozitive
  - C. Faringită granuloasă
  - D. Conjunctivită foliculară
  - E. Limbă „zmeurie”

5. Indicați sindroamele adenovirozei la copii:
- A. Colestatic
  - B. Catar respirator
  - C. Conjunctivită pseudomembranoasă
  - D. Febră faringoconjunctivală
  - E. Stomatită aftoasă
6. Diagnosticul diferențial în adenoviroze la copii se face cu:
- A. Angina herpetică enterovirală
  - B. Angina difterică
  - C. Cheratita herpetică
  - D. Tusea convulsivă
  - E. Helmintiaze
7. Simptomele clinice de bază în adenoviroze sunt:
- A. Febră
  - B. Catar respirator cu secreții abundente
  - C. Cefalee pronunțată
  - D. Dermografism roșu
  - E. Conjunctivită
8. Indicați particularitățile adenovirozei la sugari:
- A. Obstrucție nazală
  - B. Conjunctivită catarală
  - C. Diaree
  - D. Tulburări funcționale ale glandelor sudoripare
  - E. Erupții rozeolice
9. Semne de reper în adenoviroze la copii:
- A. Dureri în centură, vome repetate
  - B. Debut subacut cu catar respirator progresiv
  - C. Semne toxice generale moderate
  - D. Tuse uscată
  - E. Caracterul exudativ al inflamației
10. În tratamentul copiilor cu adenoviroză la domiciliu sunt indicate:
- A. Dezoxiribonucleoza (0,05%, picături) – în nas și în ochi
  - B. Paracetamol, în caz de febră (38°C și mai mult)
  - C. Băuturi calde
  - D. Remantadină
  - E. Metronidazol

## INFECȚIA CU VIRUSUL SINCİȚIAL RESPIRATOR (RS-VIRUS)

### *Complement simplu*

1. Infecția cu RS-virus decurge sever la:
  - A. Sugari
  - B. Preșcolari
  - C. Școlari
  - D. Adolescenți
  - E. Copiii mici (1–3 ani)
2. RS-virus posedă afinitate către:
  - A. Căile respiratorii superioare
  - B. Caile respiratorii inferioare
  - C. Aparatul urogenital
  - D. Tractul digestiv
  - E. Sistemul cardiovascular
3. Tabloul clinic în infecția cu RS-virus la copii include următoarele, cu excepția:
  - A. Tuse seacă intensă
  - B. Subfebrilitate
  - C. Tuse spasmodică în accese cu reprize
  - D. Respirație nazală dificilă
  - E. Dispnee preponderent expiratorie
4. Formele grave ale infecției cu RS-virus sunt determinate de:
  - A. Insuficiența cardiovasculară
  - B. Insuficiența respiratorie
  - C. Insuficiența suprarenală
  - D. Insuficiența renală
  - E. Insuficiența hepatică
5. Pronosticul în infecția cu RS-virus este favorabil la:
  - A. Sugari
  - B. Copiii imunodeprimați

- C. Nou-născuți
  - D. Școlari
  - E. Copiii cu boli cardiace congenitale
6. Tratamentul infecției cu RS-virus (formă severă) include:
- A. Simptomatice
  - B. Antivirale
  - C. Spitalizare și terapie intensivă
  - D. Multivitamine
  - E. Coleretice
7. Infecția cu RS-virus necesita să fie diferențiată de următoarele maladii, cu excepția:
- A. Tuse convulsivă
  - B. Infecție meningococică
  - C. Adenoviroze
  - D. Micoplasmoză
  - E. Gripă

### *Complement multiplu*

1. Infecția cu RS-virus se manifesta prin:
- A. Febră malignă
  - B. Tuse insistentă, cu accese, durabilă
  - C. Semne catarale discrete
  - D. Dispnee expiratorie cu tiraj intercostal
  - E. Limfadenopatie
2. În infecția cu RS-virus la copiii mici se declanșează:
- A. Sindromul eruptiv
  - B. Sindromul bronhoobstructiv
  - C. Mielita
  - D. Pneumonia
  - E. Bronșiolita
3. Enumerați maladiile de care trebuie diferențiată infecția cu RS-virus:
- A. Adenoviroze
  - B. Pertussis
  - C. Micoplasmoză
  - D. Herpes simplex
  - E. Infecția urleană

4. Infecția cu RS-virus la nou-născuți și prematuri se manifestă prin:
- A. Debut brusc
  - B. Debut treptat, cu  $t^{\circ}$  normală sau subfebrilă
  - C. Tuse insistentă, cu accese
  - D. Vome incoercibile
  - E. Complicații precoce (pneumonie)
5. Tabloului clinic al infecției cu RS-virus îi sunt caracteristice:
- A. Eliminări nazale abundente
  - B. Tusea persistentă, chinuitoare
  - C. Conjunctivita bilaterală
  - D. Febră sau subfebrilitate
  - E. Dispnee expiratorie, tahipnee
6. În infecția cu RS-virus la copii, hemoleucograma poate atesta:
- A. Leucocitoză
  - B. Limfopenie
  - C. Leucopenie
  - D. Limfocitoză
  - E. VSH normal sau ușor accelerată
7. Semnele clinice de reper pentru infecția cu RS-virus la copii sunt:
- A. Debut subacut cu subfebrilitate
  - B. Mialgii
  - C. Catar respirator moderat
  - D. Declanșarea vertiginoasă a insuficienței respiratorii
  - E. Rash tegumentar
8. Care simptome sunt caracteristice bronșiolitei în infecția cu RS-virus la copii?
- A. Dispnee pronunțată
  - B. Percutor – sunet „de cutie”
  - C. Raluri crepitante
  - D. Cianoză, acrocianoză
  - E. Tuse bitonală
9. Terapia de urgență la etapa prespitalicească, în formele grave ale infecției cu RS-virus, include:
- A. Oxigen umectat
  - B. Bronholitice (salbutamol)
  - C. Antivirale
  - D. Antibiotice i/m
  - E. Multivitamine

10. Care stări indică spitalizarea urgentă a pacientului mic infectat cu RS-virus?
- A. Dispnee – peste 60 respirații pe minut
  - B. Accese de asfixie, sincope
  - C. Tirajul cutiei toracice
  - D. Semne catarale moderate
  - E. Tuse uscată frecventă
11. Principiile de tratament ale infecției cu RS-virus formă severă sunt:
- A. Spitalizare imediată în secția de terapie intensivă
  - B. Eubiotice
  - C. Enzimoterapia
  - D. Bronholitice cu acțiune rapidă
  - E. Prednisolon

## ENTEROVIROZELE

### *Complement simplu*

1. Veziculele în herpangina enterovirală la copii se localizează pe:
- A. Mucoasa bucală
  - B. Mucoasa limbii
  - C. Mucoasa gingiilor
  - D. Mucoasa arcurilor palatine, uvulă
  - E. Mucoasa faringiană
2. Lichidul cefalorahidian în meningita enterovirală prezintă:
- A. Albuminorahie între 3 și 5 g/l
  - B. Pleiocitoză neutrofilică
  - C. Pleiocitoză limfocitară
  - D. Pleiocitoză mixtă
  - E. Glucorahie scăzută
3. Angina în infecția enterovirală la copii este:
- A. Lacunară
  - B. Foliculară
  - C. Herpetică
  - D. Necrotică

- E. Membranoasă
4. Care simptom nu este caracteristic meningitei enterovirale la copii?
- A. Febra
  - B. Tusea productivă
  - C. Cefaleea
  - D. Redoarea cefei
  - E. Semnele meningiene pozitive
5. Corticoterapia în infecțiile enterovirale se va indica copiilor cu:
- A. Angină herpetică
  - B. Mialgie epidemică
  - C. Meningoencefalită
  - D. Hepatită
  - E. Diaree
6. Enterovirusurile fac parte din familia:
- A. Adenoviridae
  - B. Picornaviridae
  - C. Herpesviridae
  - D. Ortomyxoviridae
  - E. Paramyxoviridae
7. Vârsta copiilor predispuși la enteroviroze:
- A. Până la 3 luni
  - B. 1–2 ani
  - C. 3–10 ani
  - D. 10–14 ani
  - E. După 14 ani
8. Agentul etiologic al herpanginei este:
- A. Virusul Cocksackie A
  - B. Poliovirusul
  - C. Virusul citomegalic
  - D. Virusul Epstein-Barr
  - E. Virusul varicelozosterian
9. Care afirmație privind enterovirozele la copii nu este corectă?
- A. Sursa de infecție o constituie bolnavii cu forme clinice manifeste, fruste, asimptomatice și purtătorii de virusuri.
  - B. Se transmit prin contact direct pe cale digestivă și aeriană.

- C. Se transmit prin contact indirect.
  - D. Se transmit transplacentar.
  - E. Se transmit parenteral.
10. Care afirmație privind tabloul clinic al enterovirozelor nu este corectă?
- A. Debutul bolii acut, febră, cefalee, vomă repetată
  - B. Hiperemia tegumentelor (fața, gâtul, trunchiul), injectarea sclerelor
  - C. Hiperemia mucoaselor, granulație fină pe stâlpii amigdalieni și uvulă
  - D. Erupții hemoragice cu margini neregulate, cu necroze
  - E. Ganglionii limfatici puțin măriți, nedureroși
11. Pentru forma paralică în enteroviroze la copii nu este caracteristic:
- A. Paralizia apare brusc, pe neașteptate
  - B. Paralizia este flască
  - C. Tonusul muscular redus
  - D. Reflexele osteotendinoase sunt exagerate
  - E. Sensibilitatea nemodificată
12. Una din afirmațiile privind meningita enterovirală la copii este greșită:
- A. Debut acut, brusc, febră ( $39,0-40,0^{\circ}\text{C}$ )
  - B. Cefalee, vomă repetată, convulsii
  - C. Semne meningiene pozitive
  - D. Pleiocitoză ( $200-300$  celule/ $\text{mm}^3$ )
  - E. Glucorahie micșorată
13. Precizați afirmația incorectă privind herpangina la copii.
- A. Evoluează în asociere cu alte forme clinice.
  - B. Din primele zile de boală apar vezicule cu diametrul de 1–2 mm.
  - C. Veziculele sunt localizate pe stâlpii amigdalieni, uvulă, amigdale.
  - D. Veziculele sunt localizate pe mucoasele obrazilor, gingiilor, palatului moale și palatului dur.
  - E. Veziculele ulcereză rapid, formând eroziuni superficiale, cu vindecare în 2–5 zile.
14. Una din afirmațiile privind forma intestinală în enteroviroze la copii este greșită:
- A. Caracteristică pentru copiii mai mari și adolescenți
  - B. Debut acut cu febră
  - C. Asociată cu sindrom cataral
  - D. Scaune diareice (5–10 ori/zi), apoase, nedigerate
  - E. Colita nu este caracteristică
15. Precizați afirmația incorectă privind diagnosticul paraclinic în enteroviroze:

- A. Puncția lombară
  - B. Examenе virusologice (LCR, secreții orofaringiene, materii fecale)
  - C. Hemocultura
  - D. Reacția de hemaglutinare indirectă
  - E. Reacția de fixare a complementului
16. O afirmație privind conjunctivita hemoragică acută în enteroviroze la copii nu este corectă:
- A. Debut acut, în asociere cu alte forme clinice
  - B. Dureri pronunțate în ochi, lacrimație, fotofobie
  - C. Edem palpebral pronunțat, hemoragii conjunctivale
  - D. Eliminări seroase, apoi purulente
  - E. Membrane fibrinoase pe conjunctive
17. Precizați indicația incorectă în tratamentul enterovirozei necomplicate:
- A. Antibiotice
  - B. Analgezice
  - C. Antipiretice
  - D. Antiinflamatoare
  - E. Antihistamine
18. Precizați afirmația incorectă privind enteroviroza congenitală:
- A. Malformații congenitale apar când enteroviroza a survenit la gravidă în primele luni de sarcină.
  - B. Decesul sau infecția congenitală apare când enteroviroza a survenit la gravidă în ultimele luni de sarcină.
  - C. La infectarea intrauterină infecția se manifestă prin miocardită, encefalomiocardită, encefalomielită, hepatită.
  - D. Semnele clinice sunt depistate la naștere sau în primele zile de viață.
  - E. Evoluția bolii este favorabilă.
19. Precizați afirmația incorectă privind enteroviroza la nou-născuți și copiii mici:
- A. Sunt forme asimptomatice sau grave generalizate
  - B. Evoluție ușoară la copiii născuți de mame cu anticorpi specifici IgG la enterovirusuri
  - C. Evoluție gravă la copiii născuți de mame cu anticorpi specifici IgG la enterovirusuri
  - D. Evoluție gravă la prematuri
  - E. Evoluție gravă la copiii cu afectarea SNC și alte anomalii de dezvoltare

1. Simptomele caracteristice formei paralitice în enteroviroze la copii sunt:
  - A. Paraliziiile se instalează brusc, pe neașteptate
  - B. Atonia musculară
  - C. Paralizii flasce
  - D. Reflexe osteotendinoase exagerate
  - E. Convulsii
2. Semnele clinice ale herpanginei enterovirale la copii sunt:
  - A. Febra
  - B. Dureri în gât
  - C. Depuneri albicioase pe amigdale
  - D. Semnul Filatov-Koplik
  - E. Vezicule, eroziuni pe arcurile palatine, uvulă
3. Mialgia epidemică enterovirală la copii se caracterizează prin:
  - A. Atonie musculară
  - B. Durata crizelor algice de la 30 secunde până la câteva minute
  - C. Reflexe osteotendinoase abolite
  - D. Dureri musculare toracice și abdominale puternice, durabile
  - E. Febră (38,0–40,0°C)
4. În infecția enterovirală la nou-născuți și sugari se pot întâlni următoarele forme clinice:
  - A. Forma abdominală
  - B. Mialgia epidemică
  - C. Encefalomiocardita
  - D. Exantemul enteroviral
  - E. Forma paralică
5. În enteroviroze la copii, formele clinice cu afectarea predominantă a sistemului nervos sunt:
  - A. Mielita
  - B. Meningita
  - C. Poliradiculoneuropatia
  - D. Encefalita
  - E. Forma paralică
6. Infecția enterovirală congenitală la nou-născuți se manifestă prin:
  - A. Mezadenită
  - B. Miocardită
  - C. Encefalomiocardită
  - D. Hepatită

- E. Pancreatită
7. Terapia encefalomiocarditei enterovirale la nou-născuți include:
- A. Antivirale
  - B. Analgetice
  - C. Anticonvulsive
  - D. Corticosteroizi
  - E. Glucozide cardice
8. Precizați afirmațiile corecte privind enteroviroza la nou-născuți:
- A. Semne clinice manifeste
  - B. Mialgie epidemică
  - C. Complicații bacteriene frecvente
  - D. Evoluție trenantă
  - E. Disfuncție intestinală
9. Sindroamele clinice de bază în enteroviroze la copii sunt:
- A. Pneumonia
  - B. Angina herpetică
  - C. Diareea
  - D. Meningita
  - E. Neurotoxicoza
10. Angina herpetică la copii poate fi produsă de:
- A. Virusul Herpes simplex tip I
  - B. Virusul Coxsackie A
  - C. Virusul varicelo-zosterian
  - D. Virusurile ECHO
  - E. Virusul Coxsackie B
11. Angina herpetică la copii se caracterizează prin:
- A. Debut brusc, cu febră, dureri în gât
  - B. Erupții veziculoase pe arcurile palatine, uvulă
  - C. Vezicule mici cu diametrul de 1–2 mm, care lasă ulcerații mici
  - D. Depozite pseudomembranoase pe amigdale
  - E. Vezicule pe mucoasa bucală, limbă
12. Forme clinice în enteroviroze, cu afectarea preponderentă a mucoaselor și a pielii la copii, sunt:
- A. Febra enterovirală
  - B. Herpangina
  - C. Miocardita
  - D. Exantemul enteroviral

- E. Forma catarală
13. Forme clinice în enteroviroze, cu afectarea preponderentă a mușchilor la copii, sunt:
- A. Mialgia epidemică
  - B. Miocardita
  - C. Encefalomiocardita nou-născutului
  - D. Herpangina
  - E. Meningita seroasă
14. Consecințele uveitei în enteroviroză la copii sunt:
- A. Distrofia iriană (gr. III–IV)
  - B. Cataracta uveală
  - C. Subatrofia globului ocular
  - D. Diplopie
  - E. Strabism
15. Lichidul cefalorahidian în meningita enterovirală este:
- A. Hipertensiv
  - B. Cu albuminorahie ușor crescută
  - C. Tulbure
  - D. Cu pleiocitoză neutrofilă
  - E. Cu pleiocitoză limfocitară
16. Testele paraclinice de diagnostic al enterovirozelor sunt:
- A. Bacteriologice
  - B. Virusologice
  - C. Reacția de imunofluorescență
  - D. Hemoleucograma
  - E. Serologice
17. Meningita seroasă în enteroviroze la copii se caracterizează prin:
- A. Debut acut cu febră (39,0–40,0°C)
  - B. Cefalee, vome repetate
  - C. Semne menigiene pozitive
  - D. Erupții hemoragice pe membrele inferioare
  - E. Semne de deshidratare severă
18. Caracterul erupțiilor în exantemul enteroviral la copii:
- A. Erupții polimorfe
  - B. Scarlatiniform
  - C. Rubeoliform

- D. Pustule
- E. Vezicule

19. Locurile de acumulare primară a enterovirusurilor:
- A. Mucoasele căilor respiratorii superioare
  - B. Meningele
  - C. Ganglionii limfatici periferici
  - D. Mucoasele tractului digestiv
  - E. Mucoasele căilor respiratorii inferioare
20. Precizați semnele clinice ale encefalomiocarditei enterovirale la nou-născuți:
- A. Hipertermie, somnolență, vome, anorexie
  - B. Tahicardie, aritmie, zgomote cardiace asurzite, suflu sistolic
  - C. Dispnee, cianoză
  - D. Splenomegalie
  - E. Semne de deshidratare severă
21. Precizați afirmațiile corecte privind encefalomiocardita enterovirală.
- A. Este provocată de virusurile Coxsackie B.
  - B. Este răspândită la nou-născuți și copiii mici în primele luni de viață.
  - C. Transmiterea infecției poate fi transplacentară.
  - D. Evoluează ușor.
  - E. Cazuri letale nu se înregistrează.
22. Precizați afirmațiile corecte privind febra enterovirală la copii.
- A. Este cea mai rară formă clinică a infecției enterovirale.
  - B. Este cea mai frecventă formă clinică a infecției enterovirale.
  - C. Poate fi produsă de diverse serotipuri ale virusurilor Coxsackie și ECHO.
  - D. Debut acut, cu febră, cefalee, semne respiratorii moderate; maladia durează 2–4 zile.
  - E. Diagnosticul clinic se stabilizește ușor.
23. Precizați afirmațiile corecte privind forma intestinală în enteroviroze la copii.
- A. Este caracteristică pentru sugari.
  - B. Debutul este acut, cu febră și catar respirator.
  - C. Concomitent, apar scaune diareice (5–10 ori/zi), apoase, nedigerate.
  - D. Este caracteristică colita.
  - E. Boala durează 2–4 zile.
24. Prin metoda virusologică, în enteroviroze se testează:

- A. Sputa
  - B. Lichidul cefalorahidian
  - C. Secrețiile orofaringiene
  - D. Materiile fecale
  - E. Urina
25. Semnele clinice caracteristice tuturor formelor clinice în enteroviroze la copii sunt:
- A. Debut acut, brusc, febră (39,0–40,0°C)
  - B. Cefalee, vertij, slăbiciune, inapetență, vome repetate
  - C. Hiperemia tegumentelor (față, gât, trunchi), injectarea sclerelor
  - D. Membrane false pe amigdale
  - E. Ganglionii limfatici cervicali tumefiați, dureroși
26. Precizați afirmațiile corecte privind angina herpetică în enteroviroze la copii.
- A. Pe amigdale, stâlpii amigdalieni, uvulă apar vezicule mici, cu arie de hiperemie în jur.
  - B. Pe mucoasa obrazilor, gingiilor, palatului moale și palatului dur apar vezicule.
  - C. Mucoasa bucală este edemațiată, eritematoasă.
  - D. Veziculele ulcereză rapid, formând eroziuni superficiale.
  - E. Eroziunile se vindecă complet în 2–5 zile.
27. Precizați afirmațiile greșite privind forma intestinală în enteroviroze.
- A. Este caracteristică preponderent pentru sugari
  - B. Debut acut, cu febră, catar respirator
  - C. Tenesme, chemări false
  - D. Este caracteristică pentru copiii mari
  - E. Scaune mucosangvinolente
28. Precizați afirmațiile corecte privind enterovirozele:
- A. Receptivitatea copiilor este mare.
  - B. Sunt foarte contagioase și se răspândesc ușor în colectivele de copii.
  - C. Copiii până la 3 luni posedă imunitate transplacentară.
  - D. Morbiditatea maximă se înregistrează iarna.
  - E. Există imunitate încrucișată.
29. Precizați afirmațiile corecte privind hepatita în enteroviroze:
- A. Se depistează frecvent
  - B. Apare pe fond de febră, hiperemia tegumentelor, mucoaselor orofaringiene, cefalee, vome
  - C. Hepatomegalie, icter
  - D. Evoluție ușoară
  - E. Evoluție trenantă sau cronică

## POLIOMIELITA

### *Complement simplu*

1. În poliomielită la copii, leziunile inflamatoare în nevrax includ:
  - A. Edem
  - B. Infiltrație celulară cu limfocite
  - C. Infiltrație celulară cu plasmocite
  - D. Hiperemie
  - E. Toate cele enumerate
2. Pentru stadiul preparalitic în poliomielită nu este caracteristic:
  - A. Revenirea febrei
  - B. Pierderea cunoștinței
  - C. Mialgii, artralгии
  - D. Hiperestezie cutanată
  - E. Sindrom meningian
3. În evoluția poliomielitei formelor paralitice se disting următoarele perioade, cu excepția:
  - A. Preparalitică
  - B. Paralitică
  - C. De retrocedare a paraliziiilor
  - D. De sechele (reziduală)
  - E. Preeruptivă
4. Care simptom nu este caracteristic poliomielitei forma pontină?
  - A. Lagoftalm
  - B. Colțul gurii lăsat în jos
  - C. Față asimetrică
  - D. Lăcrimare
  - E. Sensibilitate normală
5. În poliomielită, paraliziiile flasce apar în perioada:
  - A. Prodromală
  - B. Preparalitică
  - C. De retrocedare a bolii
  - D. Paralitică
  - E. De sechele

6. Poliomielita cu afecțiuni ale sistemului nervos central se numește:
- A. Atipică
  - B. Abortivă
  - C. Aparalitică
  - D. Inaparentă
  - E. Meningiană
7. Poliomielita la copii, în perioada paralytică, trebuie diferențiată de următoarele boli, cu excepția:
- A. Meningite
  - B. Traumatism cranio-cerebral
  - C. Sindrom Guillan-Barre
  - D. Mielită transversă
  - E. Neurotoxicoză
8. În poliomielită la copii, prima ascensiune febrilă apare în perioada:
- A. Latentă
  - B. „Boli majore”
  - C. Prodromală
  - D. De sechele
  - E. De recuperare
9. Lichidul cefalorahidian în poliomielită atestă:
- A. Pleiocitoză neutrofilică
  - B. Albuminorahie crescută
  - C. Glucorahie scăzută
  - D. Pleiocitoză limfocitară foarte mare
  - E. Pleiocitoză mixtă
10. Sechelele durabile ale poliomielitei paralytice pot fi ameliorate prin următoarele tratamente, cu excepția:
- A. Tratament ortopedic
  - B. Tratament chirurgical
  - C. Tratament cu antivirale
  - D. Tratament fizioterapeutic
  - E. Cinetoterapie
11. Care afirmație privitor la eradicarea poliomielitei nu este corectă?
- A. Vaccinarea cu VPO a peste 95% din copii
  - B. Asigurarea cu doze de VPO suplimentare în cadrul Zilei Naționale de Imunizare
  - C. Instituirea campaniilor de vaccinare din „casă în casă” în localitățile cu risc crescut de poliomielită

- D. Vaccinarea cu 3 doze de VPO a copilului sub un an
  - E. Raportarea imediată a tuturor cazurilor de paralizie acută flască
12. Diagnosticul poliomielitei poate fi confirmat prin izolarea virusului polio din următoarele materiale biologice, cu excepția:
- A. Materii fecale
  - B. Spălături nazofaringiene
  - C. Sânge
  - D. Urină
  - E. Lichid cefalorahidian
13. Mușchii cel mai frecvent afectați în poliomielită sunt:
- A. Deltoid
  - B. Spinali
  - C. Tibiali anteriori și posteriori
  - D. Ai șanțurilor vertebrale
  - E. Toți cei nominalizați
14. Curba temperaturii cu 2 cocoșe (ascensiuni) de tip „dromader” se atestă în:
- A. Rubeolă
  - B. Varicelă
  - C. Poliomielită
  - D. Difterie
  - E. Pertussis
15. Care afirmație privind poliomielita nu este corectă?
- A. Agentul cauzal nu este virus
  - B. Afectează copiii
  - C. Sindroamele respirator și abdominal slab pronunțate
  - D. Nu lasă sechele
  - E. Paraliziile flasce urmate de atrofie musculară
16. În care maladie paraliziile flasce sunt simetrice și distale?
- A. Poliomielita
  - B. Nevrita traumatică
  - C. Mielita transversă
  - D. Sindromul Guillain-Barre
  - E. Infecția enterovirală Coxackie

## *Complement multiplu*

1. Poliomielita mai este numită și:
  - A. Paralizie infantilă
  - B. Infecție cu enterovirusuri tip 70
  - C. Boala Heine-Medin
  - D. Sindromul Guillain-Barre
  - E. Poliomielită epidemică acută
2. În patogenia poliomielitei deosebim următoarele stadii:
  - A. Digestivă (perioada de incubație)
  - B. De viremie (perioada prodromală)
  - C. Persistenței virale
  - D. De invazie
  - E. Complicațiilor bacteriene
3. Evoluția poliomielitei tipice cuprinde perioadele:
  - A. Preparalitică
  - B. Eruptivă
  - C. Paralitică
  - D. Convulsivă
  - E. De restabilire incompletă a paraliziiilor
4. Paraliziiile în poliomielită sunt:
  - A. Simetrice
  - B. Apar treptat
  - C. Asimetrice
  - D. Flasce
  - E. Nu progresează după 2–3 zile de la debut
5. În poliomielită, virusul afectează mai frecvent neuronii (analizatorii) motorii din:
  - A. Coarnele anterioare ale măduvei spinării
  - B. Coarnele posterioare ale măduvei spinării
  - C. Trunchiul cerebral
  - D. Cortex
  - E. Hipotalamus
6. Forma paralitică a poliomielitei poate avea drept consecințe:
  - A. Pneumonie
  - B. Paralizia mușchilor (intercostali, diafragmali)

- C. Invaliditate
  - D. Deces
  - E. Insuficiență renală
7. În poliomielită, forma spinală se manifestă prin:
- A. Apariția acută a paraliziiilor timp de 1–48 ore
  - B. Paralizii asimetrice
  - C. Paraliziile membrelor (foarte des)
  - D. Lipsa sensibilității
  - E. Lipsa sindromului algic în extremități
8. În poliomielită se dezvoltă paralizii flasce ale:
- A. Membrelor inferioare și superioare
  - B. N. facial
  - C. Nervilor intercostali și a diafragmei
  - D. Laringelui
  - E. Glotei
9. Care teste de laborator confirmă diagnosticul de poliomielită?
- A. Analiza genomică a tulpinilor virale polio
  - B. Reacția de neutralizare
  - C. Reacția de aglutinare
  - D. Reacția de fixare a complementului
  - E. Reacția de imunofluorescență
10. Enumerați maladiile pentru diferențierea poliomielitei paralitice:
- A. Mielita acută transversă
  - B. Sindromul Guilland-Barre
  - C. Paralizii cu virusurile ECHO, Cocksackie
  - D. Encefalopatia perinatală
  - E. Pertussis
11. Indicați formele neparalitice în poliomielită:
- A. Formele asimptomatice sau inaparente
  - B. Forma abortivă
  - C. Forma meningiană
  - D. Forma artralgică
  - E. Forma anginoasă
12. În poliomielită se pot declanșa complicații de tipul:

- A. Ruptura splinei
  - B. Pulmonare: edem pulmonar, atelectazii
  - C. Cardiovasculare: miocardită
  - D. Digestive: atonie gastrică, ileus paralytic
  - E. Anemie hemolitică
13. Retrocedarea și recuperarea paralizii în poliomielită:
- A. Încep după 10–14 zile de la debut
  - B. Încep în debutul bolii minore
  - C. Pot fi variate sechele definitive
  - D. Durează de la câteva luni până la 2–3 ani
  - E. Se termină cu vindecare completă în toate cazurile
14. În tratamentul poliomielitei sunt indicate:
- A. Terapia cu corticosteroizi
  - B. Terapia simptomatică
  - C. Mediatorii anticolinesterazici (prozerină, galantamină)
  - D. Terapia etiologică
  - E. Cinetoterapia
15. Care afirmații reprezintă momente-cheie în poliomielită?
- A. Este cauzată de un virus foarte contagios, ce se transmite pe cale fecal-orală.
  - B. Nu există metode specifice de profilaxie.
  - C. La un caz de paralizie polio revin circa 100 persoane infectate cu virusul polio, care nu dezvoltă semne de boală.
  - D. Singura metodă recomandată pentru prevenirea maladiei este vaccinarea.
  - E. Există metode specifice de tratare a poliomielitei.
16. Paralizii acute flasce, asemănătoare celor în poliomielită, se pot declanșa în infecțiile cu:
- A. Virusul Coxsackie B
  - B. Virusul ECHO
  - C. Enterovirusul tip 70
  - D. Corynebacterium diphtheriae mitis netoxigen
  - E. Neisseria meningitidis
17. Simptomele clinice de bază în faza preparalytică a poliomielitei sunt:
- A. Febră, cefalee
  - B. Dureri musculare spontane
  - C. Semne meningiene pozitive
  - D. Paralizie de nervi cranieni

- E. Pierderea cunoștinței
18. Variantele formei paralitice a poliomielitei mai frecvent întâlnite la copii sunt:
- A. Spinală
  - B. Poliiencefalitică
  - C. Bulbară
  - D. Forme mixte
  - E. Forma cu paralizii faciale de tip periferic
19. În poliomielită, forma bulbospinală, care din stările enumerate agravează pronosticul?
- A. Insuficiența respiratorie
  - B. Insuficiența cardiovasculară
  - C. Suprainfecțiile bacteriene în leziunile de decubit
  - D. Insuficiența hepatică
  - E. Disbioza intestinală compensată
20. Particularitățile poliomielitei la sugari
- A. Forme grave
  - B. Nu lasă sechele
  - C. Forma bulbară și poliiencefalitică frecvente
  - D. Sechele frecvente, invaliditate
  - E. Forma abortivă frecventă
21. În care maladii paralizările apar în primele 1-4 zile de la debut?
- A. Poliomielită
  - B. Sindromul Guillain- Barre
  - C. Nevrita traumatică
  - D. Nevrita demielinizantă
  - E. Mielita transversă
22. Diagnosticul poliomielitei formei subclinice se bazează pe:
- A. Date epidemiologice
  - B. Investigații serologice
  - C. Investigații virusologice a materiilor fecale
  - D. Semne meningiene prezente
  - E. Apariția sechelelor

## SHIGELOZA

### *Complement simplu*

1. Inflamația mucoasei intestinale în shigeloză la copilul mic este:
  - A. Eritematoasă, foliculară
  - B. Fibrinoasă
  - C. Erozivă
  - D. Ulceroasă
  - E. Polipoză
2. La etapa actuală, unica complicație specifică în shigeloză la sugar este:
  - A. Perforația intestinului
  - B. Hemoragia intestinală
  - C. Anus prolabat
  - D. Pneumonia
  - E. Pielonefrita
3. În shigeloza acută la sugari cel mai caracteristic sindrom este:
  - A. Colita
  - B. Enterocolita
  - C. Gastroenterita
  - D. Neurotoxicoza
  - E. Deshidratarea
4. Apreciați caracterul scaunelor în shigeloza tipică:
  - A. Terci cu mucus
  - B. Abundente, verzui, cu mucus
  - C. Mucosangvinolente
  - D. Lichide, nedigerate, albicioase
  - E. Apoase, de culoare galben-aprins, prost digerate, cu puțin mucus
5. Forma inaparentă a shigelozei se deosebește de portaj de shigele prin:
  - A. Febră
  - B. Leucocitoză, neutrofilie
  - C. Creșterea titrului de anticorpi specifici în RHAI
  - D. Scaune frecvente, sangvinolente
  - E. Scaune lichide, cu mucozități

6. Diareea cu scaune sangvinolente la copil este cel mai frecvent provocată de:
- A. Shigella
  - B. Escherichia coli enteropatogenă
  - C. Escherichia coli enterotoxigenă
  - D. Salmonella
  - E. Virusuri
7. Alegeți sindromul cel mai frecvent în shigeloza la copilul în vârstă de până la un an:
- A. Hipopotasemie
  - B. Respirator
  - C. Hemocolită
  - D. Enterocolită
  - E. De deshidratare
8. Care tipuri de Shigella produc și exotoxină?
- A. Sh. aonnei
  - B. Sh. flexneri
  - C. Sh. boydii
  - D. Sh. Grigoriev-Shigae
  - E. Sh. Lardge-Sachs
9. La ce vârstă copiii fac shigeloza mai frecvent?
- A. Până la 6 luni
  - B. 6–12 luni
  - C. 1–3 ani
  - D. 3–7 ani
  - E. 7–14 ani
10. Leziunile morfologice în shigeloză la copii sunt situate în:
- A. Stomac
  - B. Ficat
  - C. Pancreas
  - D. Duoden
  - E. Colon și ileon
11. Pentru shigeloză, forma inaparentă, nu este caracteristic:
- A. Se înregistrează, de regulă, în focare familiale sau colectivități de copii
  - B. Semnele clinice lipsesc
  - C. Scaune mucosangvinolente
  - D. Coprocultura pozitivă
  - E. Creșterea titrului de anticorpi specifici de 4 și mai mult ori

12. Pentru shigeloză, forma frustă, nu este caracteristic:
- A. Temperatura normală
  - B. Semne de intoxicație moderate
  - C. Dureri abdominale moderate
  - D. Scaun lichid sau terciform, cu mucozități (1–2 ori/zi)
  - E. Coprocultura pozitivă
13. Diagnosticul de shigeloză se confirmă prin:
- A. Coprocultură
  - B. Hemocultură
  - C. Urinocultură
  - D. Probe biochimice
  - E. Ecografia organelor abdominale
14. Evoluția shigelozei la copii la etapa actuală:
- A. Predomină forme ușoare și fruste
  - B. Predomină forme grave
  - C. Complicații frecvente
  - D. Evoluție trenantă și cronică
  - E. Letalitate crescută
15. Pentru invaginația intestinală, spre deosebire de shigeloză, la copii nu este caracteristic:
- A. Debut brusc, acut
  - B. Febra (38,0–39,0°C)
  - C. Colici abdominale
  - D. Cantitatea scaunelor treptat se reduce la zero
  - E. Tușeul rectal indică sânge
16. Pentru apendicita acută la copii, spre deosebire de shigeloză, nu este caracteristic:
- A. Debut acut
  - B. Febra (39,0–40,0°C)
  - C. Limba uscată, saburală
  - D. Dureri în regiunea iliacă dreaptă
  - E. Scaune lichide sau terciforme
17. Tratamentul shigelozei la copii la domiciliu nu include:
- A. Rehidratarea orală
  - B. Alimentarea dietetică
  - C. Antibioterapie
  - D. Corticosteroizi

E. Eubiotice

18. Antibioticele în tratamentul shigelozei la copii sunt indicate în:

- A. Starea de portaj de shigele
- B. Forma asimptomatică
- C. Forma frustă
- D. Forma dispeptică
- E. Forma medie sau gravă cu hemocolită

19. Nu se utilizează în tratamentul shigelozei la copii:

- A. Antibiotice
- B. Enzime digestive
- C. Antidiareice
- D. Eubiotice
- E. Vitamine

20. Pentru dispepsia alimentară la copii, spre deosebire de shigeloză, nu este caracteristic:

- A. Febra
- B. Scaunele abundente, prost digerate, fără incluziuni patologice
- C. Lipsa colitei distale
- D. Disfuncția intestinală de scurtă durată
- E. Disfuncția intestinală dispare odată cu alimentația corectă

### *Complement multiplu*

1. Particularitățile clinice și de evoluție ale shigelozei la sugar și la copilul mic sunt următoarele:

- A. Predominarea sindromului toxic
- B. Predominarea sindromului diareic
- C. Prezența semnelor echivalente tenesmelor
- D. Hemocolita frecventă
- E. Vome incoercibile

2. Indicați particularitățile sindromului colitic la copilul mic:

- A. Tenesme evidente
- B. Echivalentele tenesmelor (fața roșie, plânge, se screme, aduce piciorușele pe abdomen)
- C. Spasmul sigmoidian nu în toate cazurile
- D. Scaune abundente, fecaloide, nedigerate, verzui, cu mucus și striuri de sânge
- E. Vome incoercibile

3. Criteriile generale de gravitate în shigeloză la copiii de vârstă fragedă sunt:
- A. Dereglările metabolice
  - B. Dereglările cardiovasculare
  - C. Hepatosplenomegalia
  - D. Sindromul respirator
  - E. Deshidratarea severă
4. În shigeloză la copii, complicațiile specifice sunt:
- A. Stomatita
  - B. Invaginația intestinală
  - C. Prolapsul rectal
  - D. Pneumonia
  - E. Dismicrobismul intestinal
5. În shigeloză la copii, complicațiile nespecifice sunt:
- A. Prolaps rectal
  - B. Invaginația intestinală
  - C. Pneumonia
  - D. Otita medie
  - E. Infecția renourinară
6. Particularitățile patogeniei shigelozei la copilul mic sunt:
- A. Sistemul nervos central în toxemie suferă mai puțin
  - B. Predomină afecțiunile intestinale – diareea invazivă
  - C. În colon apar fenomene distructive
  - D. De rând cu colonul este afectat și intestinul subțire (enterocolită)
  - E. Apare frecvent deshidratarea severă
7. Forma dispeptică a shigelozei la sugar se caracterizează prin:
- A. Debut acut
  - B. Debut treptat, lent
  - C. Scaune apoase, spumoase, nedigerate, fără mucozități și striuri de sânge
  - D. Lipsa vomelor
  - E. Febră moderată
8. Shigeloza la copii poate realiza următoarele forme clinice atipice:
- A. Holeriformă
  - B. Dispeptică
  - C. Inaparentă (asimptomatică)
  - D. Hipertoxică
  - E. Tifoidică

9. Diareea invazivă la copii se înregistrează în:
- A. Shigeloză
  - B. Salmoneloză
  - C. Escherichioza cu Esch. enteroinvazive
  - D. Rotaviroză
  - E. Holeră
10. Shigeloza la copii la etapa actuală:
- A. Este produsă frecvent de Sh. Grigoriev-Shigae
  - B. Predomină forme ușoare și fruste
  - C. Complicațiile sunt excepționale
  - D. Letalitatea crescută
  - E. Boala durează 2–5 zile
11. Sindromul digestiv în shigeloză la copii se manifestă prin:
- A. Gturi și vome repetate
  - B. Dureri epigastrice
  - C. Dureri abdominale spastice, difuze
  - D. Scaune abundente, cu mucus, uneori și cu striuri de sânge
  - E. Spasm sigmoidian în aprox.  $\frac{1}{3}$  din cazuri
12. Leziunile patologice în shigeloză la sugari sunt situate în:
- A. Stomac
  - B. Duoden
  - C. Ileon și colon
  - D. Colonul sigmoidian
  - E. Rect
13. Inflamația eritematoasă a rectosigmoidului în shigeloză la sugari se caracterizează prin:
- A. Hiperemia mucoasei, edem
  - B. Infiltrație leucocitară
  - C. Secreții serosangvinolente, cu descuamarea epiteliului intestinal și glandular
  - D. Exsudat fibrinos la nivelul zonelor inflamate
  - E. Ulcerații superficiale și profunde în stratul submucos și în cel muscular
14. Forma ușoară în shigeloză la copii se caracterizează prin:
- A. Debut acut, brusc, brutal
  - B. Subfebrilitate (37,5–38°C) de scurtă durată
  - C. Vome unice sau absente
  - D. Scaune de 5–10 ori/zi, fecaloide, cu mucus

- E. Semne de deshidratare pronunțată
15. Forma medie în shigeloză la copii se caracterizează prin:
- A. Febră (38–39°C) cu durată 2–4 zile
  - B. Somnolență, astenie, adinamie
  - C. Vome repetate, apetit scăzut
  - D. Scaune de 10–20 ori/zi, sărace, cu mucozități și striuri de sânge
  - F. Semne de deshidratare severă
16. Forma gravă în shigeloză la copii se caracterizează prin:
- A. Este cea mai frecventă
  - B. Hipertermie (39–40°C) cu frisoane
  - C. Convulsii
  - D. Vome absente
  - E. Semne de deshidratare moderată sau severă
17. Forma dispeptică în shigeloză la copii se caracterizează prin:
- A. Se întâlnește numai la copiii în primul an de viață
  - B. Debut treptat, lent
  - C. Subfebrilitate (37,5–38°C)
  - D. Scaune diareice, nedigerate, fără mucozități și striuri de sânge
  - E. Anus beant sau rezilent
18. Forma clinică tip toxiinfecție alimentară în shigeloză la copii se caracterizează prin:
- A. Este caracteristică shigelozei flexneri
  - B. Debut treptat, lent
  - C. Semne de intoxicație progresivă
  - D. Se declanșează în caz de infectare prin alimente contaminate
  - E. Insuficiență cardiovasculară până la stare de colaps
19. Forma hipertoxică în shigeloză la copii se caracterizează prin:
- A. Este frecvent întâlnită
  - B. Stare de șoc toxiinfecțios
  - C. Afectarea sistemelor nervos central și cardiovascular
  - D. Pierderea cunoștinței
  - E. Predominarea sindromului colitic
20. Forma asimptomatică (inaparentă) în shigeloză la copii se caracterizează prin:
- A. Semne clinice absente
  - B. Scaune (5–10 ori/zi) lichide, fecaloide, cu mucozități
  - C. Coproculturi pozitive
  - D. Colici abdominale, tenesme

- E. Creșterea titrului de anticorpi specifici de 4 și mai mult ori
21. Forma frustă în shigeloză la copii se caracterizează prin:
- A. Semne de intoxicație moderată
  - B. Frecvența scaunelor de 1–2 ori/zi
  - C. Scaun lichid sau terciiform, cu mucozități
  - D. Coproculturi pozitive
  - E. Semne de deshidratare moderată
22. Evoluția shigelozei la copii depinde de:
- A. Vârsta copilului
  - B. Antecedente
  - C. Anamneza epidemiologică
  - D. Terapie tardivă și insuficientă
  - E. Vindecarea clinică coincide cu reparația mucoasei intestinului
23. Forma trenantă a shigelozei la copii se întâlnește:
- A. La copiii slăbiți, în caz de tratament tardiv
  - B. În infecții mixte
  - C. În caz de suprainfecții virale sau/și bacteriene
  - D. Forma gravă în debut
  - E. Letalitate crescută
24. Pentru obținerea unui indice sporit de pozitivitate a coproculturii în shigeloză, recoltarea produsului patologic se face în anumite condiții:
- A. Precoce, în debutul bolii
  - B. Preventiv administrării antibioticelor
  - C. Pe fondul tratamentului cu antibiotice
  - D. Recoltarea zonelor patologice cu sânge
  - E. Însămânțarea imediată pe medii de îmbogățire și selective
25. Examenul microscopic al scaunelor în shigeloză la copii prezintă:
- A. Leucocite polinucleare
  - B. Hematii
  - C. Mucus
  - D. Levuri
  - E. Protozoare
26. În shigeloză la copii au loc următoarele modificări hematologice:
- A. Limfocitoză
  - B. Leucocitoză

- C. Neutrofilie cu deviere spre stânga
  - D. Mononucleare atipice
  - E. VSH accelerat
27. Diagnosticul paraclinic de shigeloză include:
- A. Reacția de hemoaglutinare indirectă
  - B. Coprocultura
  - C. Hemocultura
  - D. Urocultura
  - E. Reacția de imunofluorescență
28. Indicații de spitalizare a copiilor cu shigeloză:
- A. Forme ușoare (inaparentă, frustă)
  - B. Forme grave, cu febră, vome repetate, scaune sangvinolente
  - C. Tratați la domiciliu, fără ameliorare, timp de 2 zile
  - D. Copii din familii asociale, din colectivități de tip închis
  - E. Convalescenți
29. În tratamentul antimicrobian al shigelozei la copii pot fi utilizate:
- A. Co-trimoxazol
  - B. Penicilină
  - C. Eritromicină
  - D. Amoxicilină
  - E. Acid nalidixic (Nevigramon)
30. Tratamentul simptomatic în shigeloză la copii include:
- A. Antivomitive
  - B. Antidiareice
  - C. Antispastice
  - D. Enzime digestive
  - E. Antipiretice

# SALMONELOZELE

## *Complement simplu*

1. Tulpinile spitalicești de salmonelle sunt:
  - A. Sensibile la tratamentul cu antibiotice
  - B. Sensibile la substanțele dezinfectante
  - C. Slab virulente
  - D. Persistente timp îndelungat în mediul înconjurător
  - E. Condiționat patogene
2. Salmoneloză la sugari evoluează predominant în formă:
  - A. Gastrică
  - B. Gastroenterică
  - C. Enterocolică
  - D. Frustă
  - E. Tifoidică
3. Specifică salmonelozii se consideră infiltrația peretelui intestinal cu:
  - A. Macrofage
  - B. Limfocite
  - C. Neutrofile
  - D. Fagocite
  - E. Fermenți hidrolitici
4. Complicația cea mai frecventă în salmoneloză la copii este:
  - A. Sindromul toxico-distrofic
  - B. Dismicrobismul intestinal
  - C. Anemia
  - D. Poliadenopatia
  - E. Hepatita cronică
5. Antibioticele se vor administra pe cale parenterală copiilor în:
  - A. Shigeloză
  - B. Salmoneloză (forma generalizată)
  - C. Toxiinfecția alimentară cu stafilococi
  - D. Infecția rotavirală
  - E. Holeră
6. Notați cel mai frecvent sindrom în salmoneloză la copiii mici:

- A. Colitic
  - B. Enterocolitic
  - C. Gastroenteritic
  - D. Gastroenterocolitic
  - E. Neurotoxic
7. Diareea sangvinolentă la sugari este provocată preponderent de:
- A. Shighele
  - B. Salmonele
  - C. Proteus vulgaris
  - D. Enterobacter
  - E. Vibrio cholerae El Tor
8. Diagnosticul de salmoneloză (forma tifoidică) se confirmă prin:
- A. Probe biochimice
  - B. Radiografia cutiei toracice
  - C. Hemoculturi, coproculturi, urinoculturi, biliculturi
  - D. Ecografia organelor interne
  - E. Coprocitogramă
9. Salmoneloză nozocomială la copii, la etapa actuală, este determinată de:
- A. Salm. Enteritidis
  - B. Salm. Typhimurium
  - C. Salm. Heidelberg
  - D. Salm. Wirchov
  - E. Salm. Iava
10. Condițiile care favorizează izbucniri intraspitalicești de salmoneloză:
- A. Lipsa de saloane boxate, nerespectarea regimului sanitar
  - B. Transferarea neargumentată a bolnavilor dintr-un salon în altul
  - C. Lipsa unui examen de laborator bacteriologic la internarea copiilor în spital
  - D. Spălarea lenjeriei copiilor bolnavi împreună cu cea a copiilor fără disfuncție intestinală
  - E. Toate cele enumerate sunt adevărate
11. Copiii de vârstă fragedă mult mai des se molipsesc de salmoneloze prin contact decât pe cale alimentară, motivele fiind următoarele:
- A. Un rol important îl joacă particularitățile organismului (doze mici provoacă forme grave, generalizate)
  - B. Sugarii sunt cei mai activi eliminatori de salmonele
  - C. Sugarii urmează să elimine germenii o perioadă îndelungată
  - D. Utilizarea intensivă, uneori neargumentată, a antibioticelor în tratamentul sugariilor

- E. Toate cele enumerate sunt adevărate
12. Salmoneloza la copiii în vârstă de peste 2 ani:
- A. Sunt mai frecvente formele fruste și inaparente
  - B. Evoluția este ușoară, de scurtă durată
  - C. Semne de intoxicație lipsesc
  - D. Fără complicații
  - E. Toate cele enumerate sunt adevărate
13. Factorii care favorizează declanșarea salmonelozei la copii:
- A. Particularitățile agentului patogen
  - B. Vârsta copilului
  - C. Starea de rezistență și receptivitate a copilului
  - D. Dismicrobismul intestinal
  - E. Toate cele enumerate sunt adevărate
14. Modificările hematologice caracteristice în salmoneloză la copii sunt:
- A. Leucocitoză, neutrofilie, VSH accelerat
  - B. Leucocitoză, limfocitoză
  - C. VSH nemodificat
  - D. Anemie
  - E. Leucocitoză, eozinofilie
15. Complicațiile specifice în salmoneloza gravă la copiii de vârstă fragedă:
- A. Hemoragii intestinale
  - B. Perforația intestinului, cu peritonită
  - C. Prolapsul anusului
  - D. Dismicrobism intestinal
  - E. Toate cele enumerate sunt adevărate
16. Care afirmație privind forma tifoidică în salmoneloză la copii nu este corectă?
- A. Debut acut cu febră, semne de intoxicație
  - B. Hepatosplenomegalie
  - C. Disfuncțiile intestinale sunt moderate sau lipsesc
  - D. Tahicardie, apoi bradicardie
  - E. Presiunea arterială crescută
17. Pentru examenul bacteriologic în salmoneloză nu se colectează:
- A. Secreții nazofaringiene
  - B. Vomisme, spălături gastrice
  - C. Resturi de alimente suspecte

- D. Sânge
- E. Urină

18. Identificați afirmația greșită privind particularitățile salmonelozei la sugari:
- A. Predomină forma gastroenterocolitică
  - B. De regulă apar forme generalizate
  - C. Posibile recidive tardive în perioada de convalescență
  - D. Portaj de salmonele timp îndelungat
  - E. Complicații frecvente
19. Diagnosticul diferențial al salmonelozei la sugari (forma gastroenterocolitică) se face cu:
- A. Shigeloza
  - B. Infecția stafilococică
  - C. Klebsielloza
  - D. Campilobacterioza
  - E. Toate cele enumerate sunt adevărate
20. Tratamentul salmonelozei la copii include următoarele, cu excepția:
- A. Rehidratarea orală sau perfuzională
  - B. Dieta
  - C. Antidiareice
  - D. Antibiotice în forme generalizate per os și parenteral
  - E. Enzime

### *Complement multiplu*

1. Tratamentul etiologic al salmonelozei la copii poate fi efectuat cu:
- A. Gentamicină
  - B. Levomicetină
  - C. Cefalosporine
  - D. Penicilină
  - E. Eritromicină
2. Indicați principiile de tratament în salmoneloza generalizată la copii:
- A. Pauza alimentară
  - B. Antibiotice
  - C. Antidiareice
  - D. Rehidratarea orală sau perfuzională
  - E. Corectarea dereglărilor hidroelectrolitice

3. Forma septică a salmonelozei la copii se caracterizează prin:
- A. Incidența la copiii de vârstă fragedă
  - B. Febră continuă sau intermitentă
  - C. Septicopiemie
  - D. Evoluție benignă
  - E. Instalarea unei imunități durabile
4. Toxiinfecțiile alimentare la copii pot fi provocate de:
- A. Stafilococi
  - B. Klebsiele
  - C. Escherichii
  - D. Salmonele
  - E. Streptococi
5. Salmoneloza, forma tifoidică, se caracterizează prin:
- A. Afectarea copiilor de vârstă fragedă
  - B. Fenomene dispeptice grave din debut
  - C. Disfuncții intestinale moderate (sau lipsesc)
  - D. Simptome de intoxicație durabile
  - E. Hepatosplenomegalie din debut
6. Manifestările clinice ale salmonelozei la copiii mici includ:
- A. Semne catarale
  - B. Vome repetate
  - C. Gastroenterocolită predominantă
  - D. Scaune lichide, voluminoase, verzui, cu mucus
  - E. Semne meningiene pozitive
7. Diareea invazivă la copii poate fi cauzată de:
- A. Shigele
  - B. Salmonele
  - C. Escherichia coli enteroinvazivă
  - D. Rotavirusuri
  - E. Vibrio cholerae
8. Salmoneloza la sugari trebuie diferențiată cu:
- A. Escherichioze cu Esch. coli enteroinvazivă
  - B. Klebsielloză
  - C. Apendicita acută

- D. Holeră
  - E. Invaginația intestinală
9. Salmoneloza nozocomială se caracterizează prin:
- A. Produsă de salmonele sensibile la dezinfectante
  - B. Răspândire rapidă
  - C. Evoluție gravă
  - D. Letalitate înaltă
  - E. Afectarea în special a sugarilor și nou-născuților
10. Salmoneloza septică afectează mai frecvent:
- A. Nou-născuții
  - B. Prematurii
  - C. Preșcolarii
  - D. Sugarii alimentați artificial
  - E. Copiii de vârstă școlară
11. Diagnosticul de salmoneloză, forma subclinică, se stabilește în bază de:
- A. Date clinico-epidemiologice
  - B. Manifestări clinice
  - C. Coprocitogramă
  - D. Depistarea salmonelelor în coproculturi
  - E. Creșterea titrelor de anticorpi specifici în seruri pare
12. Portajul de salmonele la copii se stabilește în baza:
- A. Salmonelozei suportate în anamneză
  - B. Depistării repetate a salmonelelor în materiile fecale
  - C. Creșterii titrelor de anticorpi specifici în seruri pare
  - D. Modificărilor hemoleucogramei
  - E. Modificărilor morfopatologice ale intestinului
13. Precizați afirmațiile corecte despre salmoneloză:
- A. Animalele sunt rezervorul principal al infecției.
  - B. Surse de infecție sunt omul bolnav și purtătorul de salmonele.
  - C. Morbiditatea e mai înaltă la nou-născuți și la sugari.
  - D. Morbiditatea este mai crescută la adulți decât la copii.
  - E. Morbiditatea crește în perioada iarnă-primăvară.
14. Salmoneloza, forma gastroenterocolitică, la copiii mici se manifestă clinic prin:
- A. Debut cu sindrom gastroenteritic, apoi și colitic
  - B. Erupecii rozeoloase unice în zilele 5-9
  - C. Sigmoidul spasm, sensibil la palpare

- D. Scaune lichide, abundente, verzui, cu mucus, cu sânge și miros fetid
  - E. Simptomul Padalca pozitiv
15. Selectați testele paraclinice utile pentru diagnosticul diferențial al salmonelozei cu escherichioza la sugari:
- A. Analize bacteriologice ale materiilor fecale și maselor vomitive
  - B. Hemocultura
  - C. Examenul imunofluorescent
  - D. Hematocritul
  - E. Ionograma
16. Focare de portaj îndelungat al salmonelilor:
- A. Articulațiile
  - B. Pulmonii
  - C. Vezica biliară
  - D. Splina
  - E. Ganglionii limfatici
17. Scaunele în salmoneloza tipică la copii sunt:
- A. Frecvente
  - B. Sărace
  - C. Abundente
  - D. Lichide, verzui, cu miros fetid, cu mucozități
  - E. Cantitatea scaunelor se reduce treptat, apar picături de sânge
18. Precizați afirmațiile corecte privind forma gastritică în salmoneloză la copii:
- A. Se întâlnește frecvent la sugari
  - B. Debut acut, simptome de intoxicație moderată
  - C. Dureri în epigastru, vome repetate, limba saburală, apetit scăzut
  - D. Hepatosplenomegalie
  - E. Semne de deshidratare moderată
19. Precizați afirmațiile corecte privind forma gastroenteritică în salmoneloză la copii:
- A. Este mai frecventă la copiii mari
  - B. Semne de intoxicație și deshidratare pronunțate
  - C. Dureri abdominale difuze, meteorism, gurguisme
  - D. Scaune lichide, abundente, spumoase, verzui, fetide
  - E. Defans muscular, simptomul Școtkin-Blumberg pozitiv
20. Precizați afirmațiile corecte privind forma gastroenterocolitică în salmoneloză la copii:
- A. Este caracteristică la copiii mici
  - B. Debut cu sindrom gastroenteritic, în a 2-a–a 3-a zi – colită

- C. Hepatosplenomegalie pronunțată din debut
  - D. Dureri spastice abdominale, scaune sărace, cu mult mucus, verzui
  - E. Dureri abdominale „în centură”
21. Precizați afirmațiile corecte privind forma tifoidică în salmoneloză la copii:
- A. Debut acut, febră (39–40,0°C), intoxicație pronunțată
  - B. Abdomenul ușor balonat, disfuncție intestinală moderată sau lipsește
  - C. Hepatomegalie din primele zile, splenomegalie – din a 4-a –a 6-a zi
  - D. Meningită purulentă
  - E. Bronhopneumonie bilaterală
22. Precizați afirmațiile corecte privind forma septică în salmoneloză la copii:
- A. Se întâlnește la nou-născuți, prematuri, sugari
  - B. Semnele de intoxicație lipsesc
  - C. Febra nu este caracteristică
  - D. Focare purulent-distructive în diferite organe
  - E. Semnele gastrointestinale lipsesc sau apar pe parcursul bolii
23. În salmoneloză la copii, durerile sunt localizate în:
- A. Epigastru
  - B. Regiunea ombilicală
  - C. Regiunea ileocecală
  - D. Hipocondrul drept
  - E. Hipocondrul stâng
24. Care organe sunt afectate în salmoneloză, forma gastrointestinală, la copii?
- A. Tractul respirator
  - B. Sistemul nervos central
  - C. Stomacul
  - D. Intestinul subțire
  - E. Intestinul gros (mai rar)
25. Diagnosticul diferențial al salmonelozei include:
- A. Holera, escherichioze
  - B. Toxiinfecții alimentare de altă etiologie
  - C. Boli chirurgicale abdominale
  - D. Meningita purulentă sau cu lichid clar
  - E. Oreion
26. Complicațiile specifice în salmoneloză la copii sunt:
- A. Pneumonia
  - B. Pancreatita acută

- C. Dismicrobismul intestinal
  - D. Otita medie
  - E. Perforația intestinului, cu peritonită
27. Salmonellele pot fi depistate în:
- A. Materii fecale, mase vomitive, spălături gastrice
  - B. Sânge, urină
  - C. Resturi de alimente contaminate
  - D. Lapte matern
  - E. Secreții orofaringiene
28. Tratamentul formelor ușoare și medii în salmoneloză include:
- A. Spălătura gastrică
  - B. Rehidratarea orală sau perfuzională (la necesitate), dieta nr. 4a
  - C. Tratament simptomatic
  - D. Antidiareice
  - E. Microclisme rectale
29. Principii de tratament, forme generalizate, în salmoneloză:
- A. Antidiareice
  - B. Antivomitive
  - C. Tratamentul antibacterian conform antibiogramei
  - D. Tratamentul de detoxicare și rehidratare
  - E. Imunoterapia (plasmă, imunoglobuline)
30. Precizați afirmațiile corecte privind particularitățile salmonelozii la sugari:
- A. Predomină forma gastroenterocolitică
  - B. Sindromul diareic și febra se mențin timp îndelungat
  - C. Abdomenul balonat, hepatosplenomegalie, scaune cu mucus și striuri de sânge
  - D. Testul serologic confirmă diagnosticul
  - E. Evoluție ușoară, fără complicații

## ESCHERICHIOZELE

### *Complement simplu*

1. În escherichioze cu Esch. coli enteropatogene scaunele sunt:
  - A. Lichide, apoase, albicioase
  - B. Apoase, nedigerate, de culoare galben-aprins
  - C. Lichide, cu mucus și sânge
  - D. Semilichide, cu mucus
  - E. Lichide, voluminoase, verzui, cu mucus
2. În microflora intestinală la sugari predomină:
  - A. Escherichii
  - B. Lactobacterii
  - C. Candida
  - D. Bacteroizi
  - E. Bac. Dederlein
3. În escherichioze cu Esch. coli enteroinvazive mai frecvent este afectat:
  - A. Stomacul
  - B. Duodenumul
  - C. Intestinul subțire
  - D. Partea distală a intestinului subțire, cecum
  - E. Intestinul rectosigmoid
4. Escherichiozele la sugari se caracterizează prin:
  - A. Vome repetate, persistente
  - B. Convulsii
  - C. Semne meningiene pozitive
  - D. Abdomen excavat
  - E. Scaune cu mucus și sânge
5. Aplicarea corectă a rehidratării orale la copiii cu diarei acute:
  - A. Contribuie la prevenirea decesului
  - B. Minimalizează numărul de injecții intravenoase
  - C. Previne infecțiile nozocomiale
  - D. Contribuie la economisirea valorilor materiale
  - E. Toate cele enumerate mai sus sunt adevărate

6. Hipokaliemia la sugar se manifestă prin:
- A. Febră
  - B. Meteorism pronunțat
  - C. Bombarea fontanelei anterioare
  - D. Convulsii
  - E. Sete
7. Tratatamentul infecțiilor intestinale acute la copiii mici va include neapărat:
- A. Preparate antidiareice (Imodium, Lopedium)
  - B. Cărbune activat
  - C. Antivomitiv
  - D. Rehidratare orală
  - E. Antivirale
8. Alegeți semnul-cheie al deshidratării la sugari:
- A. Febra
  - B. Setea
  - C. Elasticitatea pielii scăzută
  - D. Limba saburală
  - E. Starea generală gravă
9. Indicați cel mai frecvent simptom în escherichioze la sugari:
- A. Scaune diareice, sangvinolente
  - B. Scaune lichide, cu mucus, de culoare verzuie
  - C. Convulsii
  - D. Semne de deshidratare
  - E. Tenesme
10. Escherichiozele la sugari sunt provocate, aproape în exclusivitate, de:
- A. Esch. coli enteropatogenă
  - B. Esch. coli enteroinvazivă
  - C. Esch. coli enterotoxigenă
  - D. Esch. coli enterohemoragică
  - E. Esch. coli enteroadherentă
11. Deshidratarea severă este caracteristică pentru copiii cu:
- A. Shigeloze
  - B. Botulism
  - C. Escherichioze
  - D. Dismicrobism intestinal subcompensat

- E. Febră tifoidă
12. În escherichioze cu Esch. coli enterotoxigenă scaunele sunt:
- A. Lichide, apoase, cu aspect de „fiertură de orez”, fără miros
  - B. Sărace, frecvente, cu mult mucus și striuri de sânge
  - C. Abundente, apoase, spumoase, de culoare galbenă
  - D. Lichide, abundente, verzui, cu miros fetid
  - E. Formate cu mucozități și sânge
13. Una din afirmațiile privind escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică nu este corectă:
- A. Debut acut, dureri în abdomen, grețuri, vomă repetată, scaune lichide, frecvente.
  - B. Starea se ameliorează peste 2–4 zile.
  - C. Starea se agravează mult în ziua a 2-a–a 4-a: durerile abdominale se intensifică, apar scaune sangvinolente.
  - D. Apare insuficiența renală acută.
  - E. Apare anemia hemolitică.
14. Voma în escherichioze:
- A. După fiecare alimentare
  - B. De tip „zaț de cafea”
  - C. Periodică
  - D. Repetată, persistentă
  - E. După tuse
15. Notați semnele clinice comune în escherichioze și infecția intestinală cu stafilococi la copii, cu excepția:
- A. Debutul bolii acut, semne progresive de intoxicație
  - B. Febră îndelungată
  - C. Anorexie, vomă repetată, scaune lichide, frecvente, cu mucozități
  - D. Evoluție trenantă
  - E. Focare secundare de infecție
16. Una dintre afirmațiile privind escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă nu este corectă:
- A. Poarta de intrare este tractul digestiv
  - B. Esch. coli enterotoxigenă afectează numai intestinul subțire
  - C. Scaunele sunt lichide, frecvente, cu mucozități și striuri de sânge
  - D. Sunt prezente semnele de toxicoză și deshidratare
  - E. Hepatosplenomegalie moderată

17. Una dintre afirmațiile privind escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă la sugari nu este corectă:
- A. Boala debutează treptat.
  - B. Semnele de intoxicație sunt pronunțate.
  - C. Scaunele sunt apoase, abundente, nedigerate, de culoare galbenă.
  - D. Sunt prezente anus beant, tenesme.
  - E. Apar semne de toxicoză și de deshidratare severă.
18. Sindromul hemolitico-uremic (sindromul Gasser) apare în:
- A. Escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă
  - B. Escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă
  - C. Escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă
  - D. Escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică
  - E. Escherichioza cu Esch. coli enteroadherentă
19. Date decisive pentru diagnosticul confirmat în escherichioze:
- A. Date epidemiologice
  - B. Date clinice
  - C. Semne de deshidratare
  - D. Evoluția bolii
  - E. Coproculturi pozitive
20. Tratamentul escherichiozelor la copii include următoarele, cu excepția:
- A. Rehidratarea orală sau perfuzională
  - B. Antidiareice, antivomitice
  - C. Antibiotice, în caz de diaree tip invaziv și în forma septică
  - D. Eubiotice
  - E. Enzime

### *Complement multiplu*

1. Pentru escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică sunt caracteristice:
- A. Debut acut cu dureri abdominale
  - B. Vome repetate
  - C. Scaune sangvinolente
  - D. Sindrom hemolitico-uremic
  - E. Sindrom respirator

2. Particularitățile escherichiozei cu Esch. coli enterohemoragică sunt:
  - A. Evoluția severă
  - B. Sindromul hemolitico-uremic frecvent
  - C. Colita pseudomembranoasă
  - D. Evoluția subacută
  - E. Colita hemoragică
3. Escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă se manifestă prin:
  - A. Scaune diareice, cu mucus, sangvinolente
  - B. Meteorism pronunțat
  - C. Colici abdominale, chemări false
  - D. Scaune lichide, apoase, de culoare galben-închis, nedigerate
  - E. Deshidratare pronunțată
4. Complicații mai frecvent întâlnite în escherichioze la sugari:
  - A. Dismicrobism intestinal
  - B. Hidrocefalie
  - C. Ileus paralytic
  - D. Pneumonie
  - E. Pneumatoză intestinală
5. Indicați factorii ce contribuie la apariția escherichiozelor la sugari:
  - A. Vârsta mică
  - B. Alimentația artificială
  - C. Alimentația naturală
  - D. Sezonul vară-toamnă
  - E. Dismicrobismul intestinal
6. Escherichiozele la copii evoluează mai frecvent cu sindroame de:
  - A. Gastrită
  - B. Gastroenterită
  - C. Enterocolită
  - D. Colită
  - E. Hipokaliemie
7. Spre deosebire de shigeloza tipică, escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă poate evolua cu:
  - A. Afebrilitate
  - B. Fără semne de intoxicație pronunțată
  - C. Scaune colitice de scurtă durată
  - D. Hepatosplenomegalie
  - E. Neurotoxicoză

8. Diareea secretorie este caracteristică pentru:
- A. Shigeloze
  - B. Salmoneloze
  - C. Escherichioza cu Esch. enteropatogenă
  - D. Escherichioza cu Esch. enterotoxigenă
  - E. Holeră
9. Pentru escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă sunt caracteristice:
- A. Vome repetate, insistente
  - B. Sindrom de deshidratare pronunțată
  - C. Meteorism, scaune lichide, apoase, gălbui
  - D. Abdomen excavat
  - E. Anus beant sau rezilent
10. Conduita tratamentului escherichiozelor de forme ușoare la copii include:
- A. Antibioterapie
  - B. Pauza hidrică, fără alimentare
  - C. Rehidratarea orală
  - D. Tratamentul simptomatic
  - E. Eubiotice în perioada de reparație
11. Precizați afirmațiile corecte privind escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă:
- A. Este infecție spitalicească
  - B. Sunt înregistrate cazuri sporadice și în grup
  - C. Se îmbolnăvesc copiii după 1 an de viață
  - D. Scaunele apoase, cu aspect „fiertură de orez”
  - E. Evoluție gravă cu deces
12. Pentru escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă sunt caracteristice:
- A. Debut acut cu febră (38,0–39,0°C), frisoane
  - B. Dureri abdominale, tenesme, chemări false
  - C. Scaune voluminoase, nedigerate, de culoare galben-aprins
  - D. Scaune lichide, cu mucus și striuri de sânge
  - E. Hepatosplenomegalia
13. Precizați afirmațiile corecte privind escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă:
- A. Este similară dizenteriei
  - B. Are loc invazia celulelor epiteliale ale ileonului și colonului
  - C. Morfologic: inflamația eroziv-ulceroasă a mucoasei intestinale
  - D. Deseori deshidratare severă

- E. Este caracteristic sindromul hemolítico-urémic
14. Escherichioza cu *Esch. coli* enterotoxigenă se manifestă prin:
- A. Debut acut cu văome repetate și sindrom diareic
  - B. Semne de intoxicație pronunțată, convulsii
  - C. Dureri în epigastru, gurguism intestinal
  - D. Scaune apoase, cu aspect de „fiertură de orez”
  - E. Tenesme, chemări false
15. Escherichioza cu *Esch. coli* enterotoxigenă la copii evoluează cu următoarele modificări morfopatologice:
- A. Detașarea vilozităților intestinale cu bacterii
  - B. Leziuni cataral-descuamative
  - C. Pneumatoză intestinală
  - D. Modificări necrotico-hemoragice
  - E. Enterită catarală
16. Diagnosticul diferențial al diareii acute infecțioase la copii va include următoarele maladii:
- A. Gastroduodenita
  - B. Colecistita acută
  - C. Invaginația intestinală
  - D. Apendicita acută
  - E. Colita ulceroasă nespecifică
17. Cauzele deceselor în escherichioze:
- A. Prolapsul rectal
  - B. Neurotoxicoza
  - C. Deshidratarea severă
  - D. Boli asociate cu complicații
  - E. Splenomegalia
18. Diagnosticul escherichiozei la copii se axează pe:
- A. Examinarea ultrasonoră a organelor abdominale
  - B. Date anamnestice
  - C. Date clinice
  - D. Coproculturi pozitive
  - E. Hemoculturi

19. Date de laborator în escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică:
- A. Anemie, trombocitopenie
  - B. Bilirubinemie pe contul fracțiunii neconjugate
  - C. Ureea, creatinina crescute
  - D. Glucoza sângelui crescută
  - E. Diastaza urinei crescută
20. În care escherichioze sunt indicate antibioticele?
- A. Escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă, forme grave
  - B. Escherichioza cu Esch. coli enterotoxigenă
  - C. Escherichioza cu Esch. coli enteroinvazivă
  - D. Escherichioza de formă generalizată
  - E. Escherichioza cu Esch. coli enteroadezivă
21. Precizați afirmațiile corecte privind escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă:
- A. Se îmbolnăvesc copiii în primul an de viață
  - B. În intestinul subțire apare o inflamație eritematoasă
  - C. Sunt caracteristice sindroamele toxic și de deshidratare
  - D. Chemări false, tenesme
  - E. Scaune sărace, cu mucozități și striuri de sânge
22. Precizați afirmațiile corecte privind escherichioza cu Esch. coli enterohemoragică:
- A. Elimină exotoxină
  - B. Sunt frecvente erupțiile în colectivități
  - C. Sunt afectați sugarii
  - D. Este caracteristic sindromul hemolítico-uremic
  - E. Scaune lichide, abundente, verzui, cu miros fetid
23. În escherichioză la sugar, antibioticele se vor administra în:
- A. Forme ușoare și medii
  - B. Forme severe
  - C. Forma septică
  - D. Forme ușoare și medii cu complicații
  - E. Diarei secretorii
24. Tratatamentul escherichiozelor în perioada de convalescență (de reparație) include:
- A. Antivirale
  - B. Antifungice
  - C. Enzime
  - D. Eubiotice
  - E. Vitamine

25. Caracteristica generală a dietoterapiei în bolile diareice acute la copii:
- A. Reducerea glucidelor și grăsimilor
  - B. Limitarea proteinelor
  - C. Limitarea proteinelor, lipidelor, glucidelor
  - D. Se exclud excitanții mecanici, chimici și termici
  - E. Se exclud alimentele ce produc balonarea intestinelor
26. Diagnosticul confirmat în escherichioze la copiii mari include:
- A. Metoda bacteriologică (coprocultura)
  - B. Metoda de imunofluorescență
  - C. Metoda serologică (RHAI – creșterea titrului de anticorpi)
  - D. Coprocitograma
  - E. Hemoleucograma
27. Escherichiozele pot fi diferențiate de rotaviroze prin:
- A. Datele leucogramei
  - B. Debutul bolii
  - C. Vome persistente, scaune lichide, apoase, de culoare galben-intens
  - D. Scaune apoase, albicioase, spumoase
  - E. Semne catarale
28. Precizați afirmațiile corecte despre escherichioza cu Esch. coli enteropatogenă la nou-născuți și prematuri:
- A. Apare ca infecție intraspitalicească
  - B. Deseori apar forme generalizate septice
  - C. Sindromul diareic apare foarte rar
  - D. Sindromul diareic apare frecvent, la debutul bolii
  - E. Evoluție ușoară, fără consecințe
29. Terapia etiologică în escherichioze la copii poate fi efectuată cu:
- A. Ampicilină
  - B. Co-trimoxazol
  - C. Amoxicilină
  - D. Penicilină
  - E. Eritromicină

# INFECȚII INTESTINALE CU ENTEROBACTERII CONDIȚIONAT PATOGENE (ECP)

## *Complement simplu*

1. În caz de toxiinfecție alimentară, urgent se va efectua:
  - A. Radiografia abdominală
  - B. Spălătura gastrică
  - C. Hemoleucograma
  - D. Proteinograma
  - E. Sumarul urinei
2. Enterocolita stafilococică primară mai frecvent se întâlnește la copiii de vârstă:
  - A. Preșcolară
  - B. Școlară
  - C. Sub 6 luni
  - D. Adolescenți
  - E. Adulți
3. Enterocolita stafilococică secundară apare în:
  - A. Meningocemie
  - B. Septicemia cu stafilococi
  - C. Mononucleoza infecțioasă
  - D. Streptodermie
  - E. Tusea convulsivă
4. Agenți patogeni ai toxiinfecției alimentare la copii sunt, cu excepția:
  - A. Staphylococcus aureus
  - B. Klebsiella
  - C. Proteus
  - D. Salmonella
  - E. Streptococcus pneumoniae
5. Toxiinfecția alimentară la copii depinde în special de:
  - A. Dozele infectante ale produsului alimentar contaminat
  - B. Vârstă
  - C. Tratamentul cu antibiotice
  - D. Premorbidul nefavorabil
  - E. Tratamentul antiviral

6. Multiplicarea bacteriană în campilobacterioză are loc în:
- A. Mucoasa gastrică
  - B. Mucoasa nazofaringiană
  - C. Sistemul nervos central
  - D. Rinichi
  - E. Ileon
7. Manifestarea clinică cea mai frecventă a campilobacteriozei la copiii de vârstă fragedă este:
- A. Gastrita acută
  - B. Enterocolita acută
  - C. Gastroenterita acută
  - D. Enterita acută
  - E. Gastroenterocolita acută
8. Campilobacterioza la copii are următoarele perioade, cu excepția:
- A. Prodromală
  - B. De stare
  - C. De convalescență
  - D. De incubație
  - E. Spasmodică
9. În perioada de convalescență a campilobacteriozei la copii persistă unul din semnele clinice:
- A. Subfebrilitate
  - B. Vome repetate
  - C. Dureri abdominale
  - D. Scaune sangvinolente
  - E. Erupecii cutanate
10. Campilobacterioza perinatală mai frecvent este provocată de:
- A. Campylobacter coli
  - B. Campylobacter intestinalis
  - C. Campylobacter jejuni
  - D. Campylobacter piloridis
  - E. Esch. coli
11. Diagnosticul etiologic în campilobacterioză se bazează în special pe:
- A. Reacții serologice
  - B. Coproculturi
  - C. Hemoleucogramă
  - D. Coprocitogramă
  - E. Ultrasonografia organelor abdominale

### *Complement multiplu*

1. Toxiinfecția alimentară cu stafilococi la copii apare mai frecvent la:
  - A. Nou-născut
  - B. Sugarul mic
  - C. Copilul în vârstă de 1–3 ani
  - D. Preșcolari
  - E. Școlari
  
2. Toxiinfecția alimentară cu stafilococi la copii debutează:
  - A. Brusca
  - B. Cu dureri tăioase în epigastru
  - C. Cu vome repetate
  - D. Cu hepatosplenomegalie
  - E. Cu icter
  
3. Enterocolita stafilococică primară la copil se caracterizează prin:
  - A. Debut lent
  - B. Subfebrilitate
  - C. Regurgitație, uneori vome
  - D. Scaune tip „suișat rectal”
  - E. Scădere ponderală
  
4. Disfuncția intestinală în enterocolita stafilococică secundară la copil se caracterizează prin:
  - A. Evoluție lentă
  - B. Evoluție îndelungată ondulantă
  - C. Dispare odată cu tratarea altor focare
  - D. Evoluție acută
  - E. Evoluție cronică
  
5. Dismicrobismul intestinal stafilococic la copil se caracterizează prin:
  - A. Febră nu prea înaltă
  - B. Angină foliculară
  - C. Vome repetate
  - D. Diaree
  - E. Semne meningiene pozitive

6. Indicați metodele de diagnostic în boala diareică acută infecțioasă la copii:
- A. Examen bacteriologic
  - B. Examen serologic
  - C. Coprocitograma
  - D. Radiografia abdominală
  - E. Ultrasonografia abdominală
7. Care dintre prelevatele indicate se folosesc pentru examenul bacteriologic în enterocolita stafilococică secundară?
- A. Materiile fecale
  - B. Sânge (hemocultura)
  - C. Bila
  - D. Secrețiile din focarele secundare
  - E. Secrețiile rinofaringiene
8. Rolul germenilor condiționat patogeni în apariția bolii diareice acute la copii poate fi determinat prin:
- A. Izolarea lor din materiile fecale în peste 40% din cazuri
  - B. Colonizarea masivă a intestinului cu unul și același germene
  - C. Apariția anticorpilor specifici în titre mari
  - D. Modificări hematologice
  - E. Modificări urinare
9. Porțile de intrare în BDA la copii, provocată de *Proteus mirabilis*, sunt:
- A. Tractul gastrointestinal
  - B. Căile urinare
  - C. Conjunctivele
  - D. Leziunile tegumentare
  - E. Nazofaringele
10. Manifestările clinice în infecția cu *Proteus* la copii pot avea următoarele variante:
- A. Proces inflamator-purulent al tegumentelor
  - B. Rinofaringită
  - C. Amigdalită purulentă
  - D. Afectarea tractului gastrointestinal
  - E. Infecția căilor urinare
11. Boala diareică acută, provocată de *Proteus*, evoluează la copil cu:
- A. Debut acut
  - B. Dureri la deglutiție
  - C. Scaun lichid, apos, galben-verzui

- D. Semne respiratorii
- E. Vome

12. Indicați manifestările sindromului de deshidratare la sugari în boala diareică acută provocată de Proteus:

- A. Scăderea ponderală
- B. Plica cutanată se reface până în 2 secunde
- C. Copil agitat, irascibil
- D. Bea lacom
- E. Bea obișnuit

13. În BDA cu Proteus la copil pot surveni următoarele complicații:

- A. Pielonefrită
- B. Pneumonie
- C. Urosepsis
- D. Nazofaringită
- E. Gastroduodenită

14. Evoluția bolii diareice la copii, provocată de Proteus, poate fi:

- A. Acută
- B. Ondulantă
- C. Cronică
- D. Recidivantă
- E. Lentă

15. La nou-născuți, BDA provocată de Proteus are următoarele particularități:

- A. Deseori debut brusc
- B. Afebrilitate
- C. Deshidratare severă frecventă
- D. Complicații septice frecvente
- E. Herpes labialis

16. Infecția intestinală acută la sugari, cauzată de Proteus, necesită diferențiere de:

- A. Salmoneloză
- B. Pneumonie
- C. Escherichioză
- D. Shigeloză
- E. Enteroviroză

17. Factorii ce provoacă declanșarea infecției cu Klebsiella la sugari sunt:
- A. Prematuritatea
  - B. Imunodeficiența
  - C. Hipertensiunea intracraniană
  - D. Malnutriția severă
  - E. Alimentația naturală
18. De obicei, infecția intestinală cauzată de Klebsiella debutează cu:
- A. Febră (38–39°C)
  - B. Hepatosplenomegalie
  - C. Regurgitații, vome
  - D. Scaune diareice
  - E. Convulsii
19. Caracterul scaunului în infecția intestinală cu Klebsiella la copii este:
- A. Nedigerat
  - B. Sărac
  - C. Abundent
  - D. Frecvent, cu sânge
  - E. Apos, galben-verzui
20. Particularitățile infecției intestinale cu Klebsiella la nou-născuți sunt:
- A. Debut brusc și acut
  - B. Semne meningiene pozitive
  - C. Sindrom intestinal pronunțat
  - D. Splenomegalie
  - E. Modificări hemodinamice
21. În infecția intestinală cu Klebsiella la nou-născuți scaunele pot fi:
- A. Riziforme
  - B. Lichide, apoase
  - C. Galben-verzui
  - D. Fără incluziuni patologice
  - E. Mucosangvinolente
22. Diareea acută invazivă la sugari deseori apare în:
- A. Shigeloză
  - B. Rotaviroză
  - C. Klebsielloză
  - D. Infecția stafilococică

- E. Holeră
23. Diareea acută secretorie la sugari deseori apare în:
- A. Shigeloză
  - B. Rotaviroză
  - C. Escherichioză cu Esch. coli enterotoxigenă
  - D. Klebsielloză
  - E. Holeră
24. Campilobacterioza la copii este provocată de:
- A. Campylobacter jejuni
  - B. Campylobacter coli
  - C. Campylobacter pylori
  - D. Campylobacter foetus
  - E. Campylobacter intestinalis
25. Indicați modificările histomorfologice ale intestinului în campilobacterioză la copii:
- A. Alterarea celulelor epiteliale
  - B. Edemul mucoasei
  - C. Colita ulcerosă
  - D. Abcese cu necroze în criptele mucoasei intestinale
  - E. Tumefierea foliculilor solitari și a plăcilor Payer
26. Indicați perioadele clinice în campilobacterioză la copii:
- A. Prodromală
  - B. Catarală
  - C. De stare
  - D. Eruptivă
  - E. De convalescență
27. Manifestările clinice în perioadă prodromală a campilobacteriozei la copii sunt:
- A. Accese de tuse
  - B. Scaune sangvinolente
  - C. Febră, frisoane
  - D. Cefălee
  - E. Mialgii, artralgii
28. Perioada de stare în campilobacterioză la copii se manifestă clinic prin:
- A. Erupecii cutanate
  - B. Dureri abdominale pronunțate
  - C. Limfadenopatie generalizată

- D. Scaune diareice
  - E. Intoxicație generală pronunțată
29. Criteriile de gravitate în campilobacterioză la copii sunt:
- A. Gradul manifestărilor intestinale
  - B. Subfebrilitatea
  - C. Simptomele extraintestinale
  - D. Semnele respiratorii pronunțate
  - E. Invaginația intestinală
30. Leziunile cele mai importante produse de *Campylobacter foetus* sunt situate în:
- A. Jejun
  - B. Hepatocite
  - C. Ileon
  - D. Stomac
  - E. Colon
31. Diagnosticul diferențial al campilobacteriozei la copii se face cu:
- A. Shigeloza
  - B. Boala Crohn
  - C. Apendicita acută
  - D. Pancreatita acută
  - E. Infecția enterovirală
32. Numiți complicațiile posibile în campilobacterioză la copii:
- A. Hemoragii gastrice
  - B. Abces cerebral
  - C. Artrită reactivă
  - D. Peritonita
  - E. Invaginație intestinală
33. Infecția intestinală cauzată de *Klebsiella* de obicei debutează cu:
- A. Gastroenterocolită
  - B. Enterocolită
  - C. Limfadenopatie generalizată
  - D. Sindrom respirator
  - E. Gastroenterită
34. Indicați manifestările clinice ale klebsielozei, forma generalizată, la nou-născuți și sugari:
- A. Febră persistentă
  - B. Focare septice

- C. Sindrom de coagulare intravasculară diseminată
- D. Scaune apoase, albicioase, fără incluziuni patologice
- E. Tulburări de conștiință, convulsii în toate cazurile

## INFECȚIA ROTAVIRALĂ

### *Complement simplu*

1. Creșterea morbidității prin infecția rotavirală la copii se înregistrează:
  - A. În lunile reci ale anului („diaree de iarnă”)
  - B. Primăvara
  - C. În perioada vară-toamnă
  - D. Vara
  - E. Tot anul
2. Rotavirusurile afectează preponderent:
  - A. Mucoasa intestinului gros
  - B. Mucoasa intestinului subțire
  - C. Colonul sigmoid
  - D. Ganglionii limfatici mezenterici
  - E. Mucoasa esofagului
3. Rotavirusurile provoacă:
  - A. Alterarea celulelor epiteliale ale intestinului subțire și înlocuirea lor cu celule nediferențiate
  - B. Inflamație fibrinoidă la nivelul rectosigmoidului
  - C. Inflamație difterică a mucoasei intestinului gros
  - D. Inflamație ulceroasă și fibrinoido-necrotică în straturile submucos și muscular ale intestinului gros
  - E. Colită catarală
4. Cei mai receptivi la infecția rotavirală sunt:
  - A. Nou-născuții
  - B. Copiii de după 5 ani
  - C. Copiii în vârstă de 6–36 luni
  - D. Adulții
  - E. Vârstnicii

5. Diareea virală la copii mai frecvent este provocată de:
- A. Enterovirusuri
  - B. Adenovirusuri
  - C. Coronavirusuri
  - D. Astrovirusuri
  - E. Rotavirusuri
6. Indicați caracterul scaunelor în infecția rotavirală la copii:
- A. Frecvente, sărace, mucosangvinolente, tenesme, chemări false
  - B. Lichide, frecvente, spumoase, de culoare verzuie, cu mucozități
  - C. Frecvente, apoase, spumoase, nedigerate, de culoare galben-aurie sau albicioase
  - D. Sangvinolente (sânge lichid), sindrom hemolítico-uremic, șoc toxiinfecțios
  - E. Scaune lichide, dureri abdominale, urmate de paralizii flasce, hipotone, asimetrice.
7. Pentru diagnosticul etiologic al infecției rotavirale este necesară să se facă:
- A. Puncția lombară
  - B. Examenul biochimic al sângelui
  - C. Hemocultura
  - D. Depistarea antigenului rotaviral în materii fecale prin reacția de aglutinare
  - E. Colectarea anamneșticului bolii și examenul obiectiv minuțios
8. Tratamentul infecției rotavirale la copii va include:
- A. Preparate antibacteriene
  - B. Rehidratare orală
  - C. Probiotice cu conținut sporit de lacto- și bifidobacterii
  - D. Spasmolitice
  - E. Corticoterapie

### *Complement multiplu*

1. Principalele mecanisme patogenetice în infecția rotavirală sunt:
- A. Inflamația ulceroasă și fibrinoïdo-necrotică în straturile submucos și muscular ale intestinului gros
  - B. Insuficiența de dizaharidaze
  - C. Dereglarea transportului ileal de apă și sodiu și diminuarea absorbției
  - D. Inflamația fibrinoasă a mucoasei intestinului gros
  - E. Distrugerea epitelioșitelor intestinului subțire

2. Tabloul clinic al infecției rotavirale la copii se caracterizează prin:
  - A. Eruptii maculopapuloase confluențe, răspândite pe tot corpul
  - B. Debut acut, cu febră, vome, dureri abdominale periombilicale, moderate, permanente
  - C. Scaune frecvente, apoase, spumoase, de culoare galben-aprins sau albicioase
  - D. Tuse ușoară, hiperemie discretă a arcelor vestibulului faringian și a uvulei
  - E. Icter al pielii și mucoaselor
3. Pentru infecția rotavirală la copii sunt caracteristice sindroamele:
  - A. Enterită
  - B. Gastrită
  - C. Enterocolită
  - D. Gastroenterită
  - E. Gastroenterocolită
4. Evoluția infecției rotavirale la copii poate să se complice prin:
  - A. Deshidratare severă
  - B. Insuficiență hepatică acută
  - C. Stare de șoc hipovolemic
  - D. Invaginație intestinală
  - E. Edem cerebral
5. Diagnosticul diferențial al infecției rotavirale la copii se va face cu:
  - A. Salmoneloză (forme gastroenteritice)
  - B. Escherichioză cu Esch. coli enteropatogenă
  - C. Dizenteria acută, formă tipică
  - D. Diareile virale cu enterovirusuri, adenovirusuri
  - E. Invaginația intestinală
6. Tratamentul infecției rotavirale la copii va include:
  - A. Rehidratarea orală
  - B. Preparate fermentative
  - C. Preparate antibacteriene
  - D. Tratament sindromal
  - E. Corticosteroizi
7. Formele clinice ale infecției rotavirale la copii sunt:
  - A. Gastritică
  - B. Subclinică
  - C. Enteritică
  - D. Gastroenteritică
  - E. Gastroenterocolitică

8. Diagnosticul de laborator al infecției rotavirale la copii include metode orientate spre depistarea:
- A. Antigenului rotaviral în materiile fecale
  - B. Anticorpilor antirotavirali în sânge
  - C. Nivelului crescut de glucoză în sânge
  - D. Virionilor și ARN-ului rotaviral în materiile fecale
  - E. Modificărilor peisajului microbiologic intestinal
9. Criteriile de gravitate ale infecției rotavirale la copii sunt:
- A. Gradul de deshidratare
  - B. Intensitatea icterului scleral și tegumentar
  - C. Frecvența și caracterul scaunelor
  - D. Modificările lichidului cefalorahidian
  - E. Febra, dereglările neurovegetative și circulatorii
10. Apariția erupțiilor nozocomiale de infecție rotavirală este favorizată de următoarele:
- A. Rezistența rotavirusului față de dezinfectante
  - B. Utilizarea frecventă a intervențiilor parenterale
  - C. Aglomerarea bolnavilor în saloane
  - D. Eliminarea în cantități mari a rotavirusurilor cu materiile fecale
  - E. Manoperele invazive aplicate în staționare

## TRATAMENTUL BOLILOR DIAREICE ACUTE

### *Complement simplu*

1. Un pachet de sare pentru rehidratare orală trebuie dizolvat în:
  - A. 200 ml apă
  - B. 500 ml apă
  - C. 1000 ml apă
  - D. 1500 ml apă
  - E. Într-un volum de apă corespunzător gradului de deshidratare
2. Sarea pentru rehidratarea orală (SRO, Rehidron) este:
  - A. Remediu medical pentru rehidratarea și menținerea funcțiilor organismului în diaree
  - B. Alimentație în caz de diaree
  - C. Terapie medicamentoasă
  - D. Remediu folositor numai în caz de diaree ușoară
  - E. Substituentul lichidelor perfuzionale în caz de deshidratare severă
3. Soluția preferată în terapia prin perfuzii a unui copil cu deshidratare severă este:
  - A. Reopoliglucina
  - B. Plasma
  - C. Soluția isotonică de clorură de sodiu
  - D. Soluția Ringer lactat
  - E. Soluția de glucoză (5–10 %)
4. Copilul de 1,5 ani cu diaree acută, cu deshidratare pronunțată, necesită tratament:
  - A. Rehidratare orală cu SRO – 100–200 ml după fiecare scaun lichid
  - B. Rehidratare orală cu SRO – 600–800 ml în 4 ore
  - C. Perfuzii i/v cu soluție Ringer lactat – 100 ml/kg
  - D. Perfuzii i/v cu soluție glucoză, soluție de clorură de sodiu, reopoliglucină
  - E. Pauza hidrică – 6 ore
5. Tratamentul sugarului cu diaree acută la domiciliu include neapărat:
  - A. Lichid în cantități mai mari ca de obicei
  - B. Alimentație corectă; antidiareice
  - C. Alimentație cu lapte matern
  - D. Cât mai mult lichid; de continuat alimentația naturală și de observat semnele, la apariția cărora trebuie să ne adresăm medicului
  - E. De adăugat în meniu alimente consistente

6. La un copil sub 5 ani cu diaree acută, deshidratarea severă se vă produce în caz de scădere ponderală bruscă cu:
- A. 2–3%
  - B. 4–5 %
  - C. 6–9 %
  - D. 10–15 %
  - E. 1–2%
7. Dacă urmează tratamentul dintre reacțiile adverse la nitrofurane una este gravă și ireversibilă:
- A. Tulburări digestive
  - B. Erupecii cutanate
  - C. Febră
  - D. Polinevrite periferice
  - E. Icter colestatic
8. Următoarele antivirale acționează asupra virusurilor ARN, cu o excepție:
- A. Amantadina
  - B. Remantadina
  - C. Idoxuridina
  - D. Ribavirina
  - E. Interferonii
9. Preparatele antibacteriene în infecțiile intestinale acute la copii se vor administra:
- A. Intramuscular
  - B. Intravenos
  - C. Subcutanat
  - D. Peroral
  - E. Intrarahidian
10. Tratamentul diareilor acute virale la copii nu se va face cu:
- A. Soluție pentru rehidratare orală
  - B. Preparate antivirale
  - C. Preparate antimicrobiene
  - D. Eubiotice
  - E. Enzime
11. Câte ore durează rehidratarea orală în caz de deshidratare moderată?
- A. 2
  - B. 3
  - C. 4

- D. 5–6
- E. 7–8

12. Terapia perfuzională în diareea acută la sugar este indicată în caz de:

- A. Deshidratare pronunțată, febră
- B. Deshidratare pronunțată, angină, febră
- C. Diaree, vomă, fără semne clinice de deshidratare
- D. Deshidratare severă, vome repetate, ileus paralytic
- E. Diaree sangvinolentă

13. Terapia antibacteriană este indicată în:

- A. Rotaviroze
- B. Diareea cu Esch. coli enterotoxigenă
- C. Dismicrobism intestinal subcompensat
- D. Schigeloză
- E. Giardiază (lambliază)

14. În boala diareică acută cu semne de deshidratare moderată, i copilului de 4 luni se indică:

- A. 400–600 ml rehidron în primele 4 ore, fracționat
- B. 80 ml rehidron după fiecare scaun lichid
- C. Antibiotice per os
- D. Pauză hidrică
- E. Eubiotice

### *Complement multiplu*

1. Terapia cu antibiotice a diareii acute cu Campylobacter la copii se va efectua cu:

- A. Penicilină
- B. Gentamicină
- C. Cloramfenicol
- D. Eritromicină
- E. Cefalosporine

2. Terapia perfuzională în diareea acută la sugar este indicată în caz de:

- A. Deshidratare pronunțată, febră
- B. Deshidratare pronunțată, pneumonie, febră
- C. Deshidratare pronunțată, vomă incoercibilă
- D. Diaree persistentă, deshidratare pronunțată
- E. Deshidratare severă, ileus paralytic

3. Cotrimoxazolul (trimetoprim + sulfametoxazol) poate fi utilizat în tratamentul copilului cu:
- A. Holeră
  - B. Dizenterie
  - C. Diaree acută cu Esch. coli enteroinvazivă
  - D. Salmoneloză dizenteriformă
  - E. Infecție rotavirală
4. Terapia antibacteriană este indicată în:
- A. Infecția rotavirală
  - B. Diareea cu Esch. coli enteroinvazivă
  - C. Dismicrobism intestinal subcompensat
  - D. Shigeloză
  - E. Holeră
5. Mama unui copil mic cu diaree, tratat la domiciliu, se va adresa imediat la medic, dacă el:
- A. Bea lacom sau nu poate bea
  - B. Are poftă de mâncare scăzută
  - C. Are scaune sangvinolente
  - D. Are vome repetate
  - E. Are febră (38°C)
6. Terapia dismicrobismului intestinal decompensat la copii va include:
- A. Bacteriofagi
  - B. Preparate enzimatice
  - C. Antibiotice
  - D. Preparate antiparazitare
  - E. Medicație antivirală
7. Tratamentul antibacterian al unui copil cu holeră poate include:
- A. Cotrimoxazol
  - B. Furazolidon
  - C. Tetracilină
  - D. Gentamicină
  - E. Eritromicină
8. Indicații de spitalizare a copiilor cu boli diareice vor fi:
- A. Diareea acută cu semne de deshidratare severă
  - B. Diareea acută cu semne de deshidratare moderată la copii cu malnutriție severă
  - C. Diareea acută fără semne de deshidratare, cu febră (38°C)
  - D. Diareea persistentă, fără semne de deshidratare la copii de după 1 an
  - E. Diareea sangvinolentă

9. Rehidratarea orală în tratamentul diareii acute la copii nu va contribui la:
- A. Stoparea diareii
  - B. Prevenirea deshidratării
  - C. Micșorarea duratei diareii
  - D. Reducerea frecvenței scaunelor
  - E. Micșorarea gradului de deshidratare
10. Care sunt regulile de tratament al diareii acute la copii la domiciliu?
- A. Administrarea lichidelor în cantități mai mari ca de obicei
  - B. Administrarea antibioticelor per oral
  - C. Continuarea alimentării copilului
  - D. Administrarea eubioticelor
  - E. Adresarea la medic în cazul în care starea copilului se agravează: nu poate să bea sau să sugă piept; apare scaun cu sânge
11. Spectrul antimicrobian al cloramfenicolului include:
- A. Neisseria meningitidis
  - B. Haemophilus influenzae
  - C. Streptococul B hemolitic grup A
  - D. Salmonella
  - E. Pneumocistis carinii
12. Metronidazolul este indicat copiilor în:
- A. Infecțiile cu bacili Gram-negativi anaerobi
  - B. Amebiază
  - C. Infecția stafilococică
  - D. Giardiază (lambliază)
  - E. Toxiinfecțiile alimentare
13. Spectrul antimicrobian al co-trimoxazolului cuprinde:
- A. Escherichia coli
  - B. Shigella
  - C. Salmonella
  - D. Pseudomonas aeruginosa
  - E. Giardia lamblia
14. Posedă sensibilitate la cefalosporine de generația a II-a:
- A. Escherichia coli
  - B. Pseudomonas aeruginosa
  - C. Shigella

- D. Haemophilus influenzae
  - E. Enterococci
15. Tratamentul antibacterian în infecțiile intestinale acute la copii are următoarele scopuri:
- A. Grăbirea vindecării clinice
  - B. Micșorarea gradului de deshidratare
  - C. Reducerea frecvenței vomelor
  - D. Diminuarea contagiozității
  - E. Reducerea duratei de eliminare a germenilor
16. Medicamentele cu acțiune antidiareică (Loperamid, Imodium) nu sunt indicate copiilor în:
- A. Shigeloze
  - B. Salmoneloze
  - C. Diarei neinfecțioase (colon iritat)
  - D. Campilobacterioză
  - E. Dismicrobismul intestinal
17. Tratamentul antimicrobian se va face în toxiinfecțiile alimentare la copii:
- A. Cu stafilococi
  - B. Cu salmonelle la nou-născut
  - C. Cu salmonelle la sugari
  - D. În forme severe
  - E. Cu Bacillus cereus, forma medie
18. Volumul soluției pentru rehidratarea orală a copilului cu diaree acută depinde de:
- A. Vârsta
  - B. Gradul de deshidratare
  - C. Etiologia bolii
  - D. Febră
  - E. Masa corporală
19. Rehidratarea orală nu se va indica unui copil cu diaree acută și:
- A. Vomă incoercibilă
  - B. Deshidratare moderată
  - C. Febră (39–40°C)
  - D. Ileus paralic (pareză intestinală)
  - E. Deshidratare severă

20. Prioritățile rehidratării orale față de rehidratarea perfuzională în tratamentul diareii acute la copii sunt:
- A. Costul mai mic
  - B. Reducerea febrei
  - C. Participarea activă a părinților în acest proces
  - D. Posibilitatea de a continua alimentarea
  - E. Micșorarea duratei diareii
21. Rehidratarea perfuzională la copiii cu diaree acută se poate complica cu:
- A. Pneumonie
  - B. Septicemie
  - C. Flebită
  - D. Traumă psihică
  - E. Pielonefrită
22. Rehidratarea endovenoasă la copiii cu diaree acută se va indica în caz de:
- A. Deshidratare moderată
  - B. Deshidratare severă
  - C. Copii sugari
  - D. Ileus paralytic
  - E. Vome incoercibile
23. Rehidratarea orală, efectuată corect în caz de diaree acută la copil, permite:
- A. Prevenirea decesului în infecțiile intestinale la copii
  - B. Micșorarea numărului de infecții intravenoase
  - C. Prevenirea infecțiilor intraspitalicești
  - D. Stoparea diareii
  - E. Mărirea costului tratamentului
24. Care preparate antimicrobiene pot fi recomandate copiilor cu boli diareice acute (scaune sangvinolente)?
- A. Co-trimoxazol (Bactrim, Biseptol)
  - B. Furazolidonă
  - C. Amoxicilină
  - D. Lincomicină
  - E. Penicilină



## DISMICROBISMUL INTESTINAL

### *Complement simplu*

1. La nou-născuți, microflora intestinală este reprezentată preponderent de:
  - A. Bacillus bifidus
  - B. Enterococcus
  - C. Proteus
  - D. Klebsiella
  - E. Esch. coli hemolizantă
2. La nou-născutul alimentat natural bifidoflora se stabilește evident dominantă în:
  - A. 1-a–a 2-a zi
  - B. A 5-a– a 7-a zi
  - C. A 2-a– a 3-a săptămână
  - D. 1-a lună
  - E. A 6-a lună
3. Flora rezidentară (permanentă) intestinală din colon la copiii de vârstă școlară este reprezentată de:
  - A. Stafilococcus aureus
  - B. Candida albicans
  - C. Bacteroides și bifidus Bacterium
  - D. Clostridium perfringens
  - E. Enterobacter cloacae
4. Rolul decisiv în diagnosticul dismicrobismului intestinal la copii îi revine:
  - A. Hemoleucogramei
  - B. Proteinogramei
  - C. Coproculturii
  - D. Probelor hepatice
  - E. Investigațiilor serologice
5. Numiți cea mai eficientă metodă de corecție a tulburărilor microflorei intestinale la copilul mic este:
  - A. Alimentația corectă
  - B. Antibioterapie
  - C. Vitaminele
  - D. Bacteriofagii
  - E. Fermenții

6. Diagnosticul dismicrobismului intestinal poate fi stabilit numai în baza:
- A. Biliculturii
  - B. Hemoculturii
  - C. Coproculturii
  - D. Culturii din nazofaringe
  - E. Uroculturii
7. Dismicrobismul intestinal la sugari se manifestă mai frecvent prin sindromul:
- A. Cataral
  - B. Meningian
  - C. Dispeptic
  - D. Eruptiv
  - E. Limfadenopatie

### *Complement multiplu*

1. Flora intestinală obligatorie (concomitentă florei rezidentare) la copii este reprezentată de:
- A. Esch. coli  $2-4 \cdot 10^8$
  - B. Enterococcus  $10^5-10^6$
  - C. Lactobacterii facultativ anaerobe  $10^5-10^8$
  - D. Candida  $0-10^5$
  - E. Klebsiella  $0-10^6$
2. Flora intestinală tranzitorie (ocazională) este reprezentată de:
- A. Stafilococcus
  - B. Candida albicans
  - C. Enterobacterii condiționat patogene
  - D. Lactobacterii
  - E. Bifidobacterii
3. Microflora intestinală normală la copii, calitativ și cantitativ, depinde mult de următorii factori:
- A. Sezonul anului
  - B. Terapia antivirală
  - C. Vârsta copilului
  - D. Rehidratarea orală
  - E. Tipul de alimentație
4. Cauzele declanșării și evoluției dismicrobismului intestinal la copiii mici sunt:

- A. Utilizarea antibioticelor deseori nerațională
  - B. Maladii infecțioase digestive repetate
  - C. Alimentația naturală
  - D. Encefalopatia perinatală
  - E. Alimentația artificială
5. Dismicrobismul intestinal compensat la sugari se manifestă prin:
- A. Scăderea poftei de mâncare
  - B. Hipertermie
  - C. Scăderea ponderală
  - D. Pusee subfebrile
  - E. Diaree
6. Dismicrobismul intestinal subcompensat la copii se manifesta clinic prin:
- A. Subfebrilitate stabilă
  - B. Inapetență
  - C. Regurgitații, vome, diaree
  - D. Hemocolită
  - E. Semne meningiene pozitive
7. Dismicrobismul intestinal decompensat la copii se manifestă clinic prin:
- A. Semne de intoxicație generală
  - B. Vome repetate
  - C. Diaree cu scaune cu mucus, uneori și cu striuri de sânge
  - D. Scaune normale
  - E. Constipații
8. Diagnosticul dismismicrobismului intestinal se bazează pe:
- A. Anamneza bolii
  - B. Radiografia abdominală
  - C. Tabloul clinic și evoluția bolii
  - D. Corpoculturi
  - E. Electrocardiogramă
9. Factorii predispozanți la dismismicrobismul intestinal al nou-născutului sunt:
- A. Acutizarea maladiilor cronice în timpul sarcinii la gravidă
  - B. Alimentația artificială precoce
  - C. Prematuritatea
  - D. Alimentația naturală
  - E. Născut de mamă purtătoare de HbsAg

10. Simptomatologia clinică a dismicrobismului intestinal la nou-născut include:
- A. Meteorism
  - B. Scaune lichide frecvente
  - C. Subfebrilitate
  - D. Febră
  - E. Icter
11. Tratatamentul dismicrobismului intestinal la copii include:
- A. Corticosteroizi
  - B. Imunocorecția
  - C. Restabilirea microbiocenozei intestinale
  - D. Recuperarea funcțională a intestinului
  - E. Antibioterapie
12. Tratatamentul dismicrobismului intestinal decompensat la copii include:
- A. Corticosteroizi
  - B. Imunoglobuline
  - C. Eubiotice
  - D. Antibiotice
  - E. Antivirale
13. Tratatamentul dismicrobismului intestinal subcompensat va include:
- A. Lactate acidulate
  - B. Eubiotice
  - C. Antibiotice
  - D. Corticosteroizi
  - E. Fermenți
14. Diagnosticul diferențial al dismicrobismului intestinal la copii se face cu:
- A. Infecții intestinale acute cu ECP
  - B. Mononucleoza infecțioasă
  - C. Hepatita virală
  - D. Shigeloza
  - E. Escherichioza

## HEPATITELE VIRALE

### *Complement simplu*

1. Hepatita virală A forma anicterică la copii este caracterizată prin:
  - A. Icter slab pronunțat
  - B. Bilirubinemie ușoară, cu predominarea fracției conjugate
  - C. Valorile ALAT crescute
  - D. Semne catarale majore
  - E. Eruptii cutanate
2. În hepatita virală A la copii, forma frustă, se va înregistra unul din următoarele semne:
  - A. Intoxicație pronunțată
  - B. Icter pronunțat
  - C. Eruptii hemoragice
  - D. Artralgi
  - E. Hepatomegalie
3. Care semn clinic nu este caracteristic pentru forma malignă a hepatitei virale la copii?
  - A. Adinamie, agitație, convulsii
  - B. Hepatomegalie pronunțată
  - C. Vomă repetată, regurgitații
  - D. Icter pronunțat
  - E. Sindrom hemoragic
4. Care afirmație referitor la hepatita virală congenitală nu este corectă?
  - A. Semne de intoxicație moderate
  - B. Hepatomegalie neînsemnată
  - C. Sindrom hemoragic frecvent
  - D. Hiperbilirubinemie cu predominarea fracției neconjugate
  - E. Activitatea ALAT, F-1-fosfat aldolazei ușor crescute
5. Forma malignă în hepatita virală la copii se întâlnește cel mai frecvent în caz de:
  - A. HVA
  - B. HVC
  - C. HVB
  - D. HVE
  - E. Hepatita în infecția cu citomegalovirus

6. Markerul important al contagiozității copilului bolnav de HVB este:
- A. HBsAg
  - B. HBcAg
  - C. HBeAg
  - D. Anticorpi anti-Hbe Ag
  - E. Anticorpi anti-Hbc Ag
7. Encefalopatia hepatică acută în hepatita virală la copii are, de regulă, consecința:
- A. Însănătoșire
  - B. Însănătoșire incompletă
  - C. Hepatită cronică
  - D. Sfârșit letal
  - E. Ciroză hepatică postnecrotică
8. Encefalopatia hepatică acută în hepatita virală se întâlnește mai frecvent la:
- A. Nou-născuți
  - B. Sugari
  - C. Preșcolari
  - D. Adulți
  - E. Școlari
9. În caz de encefalopatie hepatică acută la copii, nu lipsesc:
- A. Convulsii tonicoclonice
  - B. Vome cu sânge
  - C. Conștiința clară
  - D. Tahipnee
  - E. Oligurie
10. Cel mai informativ test biochimic în encefalopatia hepatică acută la copii este:
- A. Hipertransaminazemia
  - B. Hiperbilirubinemia
  - C. B-lipoproteide valori mari
  - D. Protrombinemia sub 40%
  - E. Testul cu timol valori mici

### *Complement multiplu*

1. Hepatitele virale la sugari sunt produse, de obicei, de:
- A. Virusul hepatic A
  - B. Virusul hepatic B
  - C. Virusul hepatic C

- D. Virusul hepatic D
  - E. Virusul hepatic E
2. În hepatita virală B, forma gravă, la copii pot fi:
- A. Icter progresiv
  - B. Manifestări hemoragice
  - C. Hepatomegalie, ficat dur
  - D. Intoxicație moderată
  - E. Convulsii repetate
3. Criteriile clinice majore de gravitate în hepatita virală la copiii mici sunt:
- A. Intoxicație pronunțată
  - B. Icter progresiv
  - C. Hepatomegalie moderată
  - D. Exantem
  - E. Sindrom hemoragic
4. În perioada de prodrom a HVA la copii, diagnosticul diferențial se face cu:
- A. IRVA
  - B. Stări alergice
  - C. Toxiinfecții alimentare
  - D. Reumatism
  - E. Apendicită
5. Consecințele HVB la copii pot fi:
- A. Vindecarea completă
  - B. Cronicizarea
  - C. Letalitatea
  - D. Pancreatita acută necrozantă
  - E. Insuficiența renală cronică
6. Perioada de prodrom în HVA la copii se distinge prin:
- A. Durata de 3–5 zile
  - B. Febră în 60% din cazuri
  - C. Artralgi
  - D. Dureri abdominale
  - E. Erupții cutanate
7. Care sunt particularitățile HBA la copii față de adulți?
- A. Evoluție mai severă
  - B. Adenopatii frecvente

- C. Hepatomegalie mai pronunțată
  - D. Forme anicterice frecvente
  - E. Durata icterului este mai scurtă
8. Care dintre parametrii clinici și paraclinici enumerați mai jos sunt indici de pronostic sever imediat în evoluția hepatitei virale acute?
- A. Hepatomegalia importantă
  - B. Splenomegalia
  - C. Micșorarea progresivă a ficatului
  - D. Prezența sindromului hemoragic
  - E. Scăderea rapidă a titrului de AgHBs
9. Terapia cu corticosteroizi nu este indicată copiilor cu hepatită virală acută în:
- A. Forma severă a HVB la sugari
  - B. Forma severă a HVE
  - C. Forma malignă a HVB
  - D. Forma severă a HVA
  - E. Hepatita virală B forma medie+varicela
10. Testul cu timol, valori crescute vor fi în:
- A. HVA
  - B. HVB
  - C. HVC
  - D. HVD
  - E. HVE
11. Alfa-interferoni sunt indicați în formele severe de:
- A. HVB
  - B. HVE
  - C. HVC
  - D. HVA
  - E. HVD
12. Hepatosplenomegalia la nou-născuți se înregistrează în:
- A. Rubeola congenitală
  - B. Toxoplasmoza congenitală
  - C. HVB congenitală
  - D. Sindromul Jilbert
  - E. Icterul hemolitic

13. Bilirubinemie cu predominarea fracției conjugate la nou-născuți va fi în:
- A. Icterul fiziologic
  - B. Icterul hemolitic
  - C. HVB congenitală
  - D. Atrezia căilor biliare
  - E. Sindromul Crigler-Najjar
14. Alegeți 3 indici ce caracterizează citoliza hepatică:
- A. Bilirubina serică
  - B. ALAT
  - C. ASAT
  - D. Gamaglobuline
  - E. Fructozo-1-fosfat aldolaza
15. În forma malignă a HVB la copii cele mai frecvente complicații sunt:
- A. Edemul cerebral
  - B. Deshidratarea severă
  - C. Insuficiența renală
  - D. Insuficiența respiratorie
  - E. Hemoragii digestive masive
16. Cele mai caracteristice teste biochimice în encefalopatia hepatică acută în HVB la copii sunt:
- A. Bilirubinemia (200 mmol/l și mai mult)
  - B. Protrombinemia 50–60%
  - C. Protrombinemia sub 40%
  - D. Testul cu sublimat redus
  - E. Hipertransaminazemia
17. Semnele clinice de bază în encefalopatia hepatică acută la copii sunt:
- A. Miros hepatic („ficat crud”)
  - B. Vome de tip „zaț de cafea”
  - C. Oligurie
  - D. Splenomegalie
  - E. Intoxicație moderată
18. Pentru forma malignă a HV la copii este caracteristic:
- A. Este provocată mai frecvent de virusurile hepatice B și D
  - B. Apare mai des în hepatita virală C
  - C. Mai frecvent o făceau sugarii pînă la vaccinarea anti HVB

- D. Se manifestă în primele 2 săptămâni de la debutul bolii
  - E. Pronosticul este favorabil
19. Pentru hepatita virală B la copii, formă gravă, sunt caracteristice:
- A. Icter progresiv
  - B. Manifestări hemoragice
  - C. Hepatomegalie, ficat dur
  - D. Intoxicație slab pronunțată
  - E. Convulsii repetate, status convulsiv
20. Criteriile clinice majore de gravitate în hepatita virală B la copiii mici sunt:
- A. Splenomegalia
  - B. Icterul progresiv
  - C. Diareea
  - D. Tulburarea somnului, vomela repetate
  - E. Sindromul hemoragic
21. Consecințele HVB la copii pot fi:
- A. Vindecare completă
  - B. Cronicizare
  - C. Deces
  - D. Abces hepatic
  - E. Pareze și paralizii flasce
22. Ce markeri serologici puteți solicita pentru confirmarea infecției cu virusul hepatite C?
- A. Anticorpi anti-HCV
  - B. ARN HCV
  - C. Anticorpi anti-HCV IgM
  - D. Determinarea de anticorpi antimușchi neted
  - E. ALAT, ASAT
23. Indicați manifestările extrahepatice în hepatita virală B:
- A. Pneumonie interstițială
  - B. Glomerulonefrită membranoasă
  - C. Poliartrită nodoasă
  - D. Laringită stenozantă
  - E. Anemie aplastică
24. Markerii infecției cu virusul hepatitei B:
- A. Ag HBs
  - B. Ag HBe

- C. Anti-CMV
- D. Anti-HBc IgM
- E. Anti- HCV

25. În HVA la copii, perioada preicterică, poate avea loc:
- A. Sindrom digestiv
  - B. Sindrom pseudoreumatic
  - C. Sindrom eruptiv
  - D. Sindrom pseudogripal
  - E. Manifestări atipice, simulând abdomen acut
26. Sindromul hepatopriv (insuficiență celulară hepatică) se pronunță prin:
- A. Hipoprotrombinemie
  - B. Hipofibrinogenemie
  - C. Hipoalbuminemie
  - D. Hipertransaminazemie
  - E. B-lipoproteide serice cu valori crescute
27. Eruptii alergice în perioada preicterică pot fi în:
- A. HVA
  - B. HVB
  - C. HVC
  - D. HVD
  - E. HVE
28. Tratamentul HVA la copii, formă gravă, se efectuează cu:
- A. Repaos la pat în perioada de stare
  - B. Regim alimentar, dietă
  - C. Terapie perfuzională
  - D. Corticosteroizi
  - E. Antivirale
29. Consecințele hepatitei virale A la copii pot fi:
- A. Vindecare completă cu restabilirea funcției hepatice
  - B. Vindecare cu un mic defect histomorfologic – „fibroza hepatică”
  - C. Cronicizare
  - D. Ciroză hepatică
  - E. Complicații ale căilor biliare și gastroduodenite

30. Vi-feronul este indicat în:
- A. HVB forma severă
  - B. HVB forma malignă
  - C. HVC forma cronică activă
  - D. HVB forma cronică activă
  - E. HVE
31. Particularitățile HVD-coinfecție la copii sunt:
- A. Până la vaccinarea anti HVB se înregistra frecvent la sugari
  - B. Pronosticul frecvent favorabil
  - C. Forme severe și maligne frecvente
  - D. Letalitate înaltă
  - E. Risc major de cronicizare
32. Evoluția HVA la copii se caracterizează prin:
- A. Deseori, forme ușoare
  - B. Rareori, forme severe
  - C. Forme fulminante excepționale
  - D. Letalitate înaltă
  - E. Pronostic nefavorabil
33. Particularitățile HVB la sugari:
- A. Perioada preicterică scurtă sau absentă
  - B. Hepatosplenomegalia e mai pronunțată decât la copiii mari
  - C. Formele severe și medii – mai frecvente
  - D. Semnele de intoxicație – slabe
  - E. Convalescența – scurtă

# MONONUCLEOZA INFECȚIOASĂ

## *Complement simplu*

1. Indicați unul din sindroamele cardinale ale mononucleozei infecțioase la copii:
  - A. Artrita
  - B. Encefalita
  - C. Limfadenopatia generalizată
  - D. Pancreatita
  - E. Orhita
2. Precizați ce manifestări clinice se depistează, de regulă, în mononucleoza infecțioasă la copii:
  - A. Eruptia rubeoliformă
  - B. Edemul palpebral
  - C. Icterul sclero-tegumentar
  - D. Angina, limfadenopatia, hepatosplenomegalia
  - E. Hematuria
3. În mononucleoza infecțioasă, evidențierea anticorpilor heterofili (de tip Ig M) se face prin:
  - A. Testul Șic
  - B. Testul Dick
  - C. Testul Paul-Bunnel-Davidsohn
  - D. Testul ELIZA
  - E. Testul Widal
4. Tratamentul etiotrop al mononucleozei infecțioase la copii se face cu:
  - A. Prednisolon
  - B. Ampicilină
  - C. Ribavirină
  - D. Aciclovir
  - E. Lamivudină
5. În mononucleoza infecțioasă la copii, tipurile de angină pot fi următoarele, cu excepția:
  - A. Eritematoasă
  - B. Foliculară
  - C. Lacunară
  - D. Membranoasă
  - E. Necrotică

6. La copil, boala infecțioasă care se manifestă cu poliadenopatie este:
- A. Hepatita virală acută
  - B. Paragripa
  - C. Salmoneloza
  - D. Mononucleoza infecțioasă
  - E. Pertussis
7. Tratamentul formelor severe ale mononucleozei infecțioase la copii va include următoarele, cu excepția:
- A. Repaos la pat
  - B. Antiinflamatoare nesteroidiene
  - C. Igiena riguroasă a cavității bucale
  - D. Corticoterapia
  - E. Ampicilina pentru suprainfecții bacteriene
8. Precizați în care cazuri de mononucleoză infecțioasă la copii nu se administrează corticosteroizi:
- A. Forme severe (febră, adenopatii enorme, hepatite etc.)
  - B. Complicații nervoase
  - C. Cazuri de anemie hemolitică autoimună
  - D. Forme comune (tipice, necomplicate)
  - E. Cazuri cu purpură trombocitopenică
9. Precizați afirmația incorectă privind mononucleoza infecțioasă la copii:
- A. Nu există un tratament antiviral.
  - B. Suprainfecțiile bacteriene se tratează cu ampicilină.
  - C. Există vaccin anti-EBV.
  - D. Este o boală cu declarare obligatorie numeric.
  - E. Pronosticul este cel mai frecvent favorabil.
10. Pentru mononucleoza infecțioasă la copii sunt caracteristice următoarele sindroame, cu excepția:
- A. Angina
  - B. Poliadenopatia
  - C. Febra
  - D. Modificările caracteristice hematologice
  - E. Diareea

11. Care din complicațiile specifice enumerate nu este caracteristică infecției cu virusul Epstein-Barr la copii?
- A. Nevrita nervului facial
  - B. Anemia hemolitică
  - C. Purpura trombocitopenică
  - D. Agranulocitoza
  - E. Insuficiența hepatică acută
12. Pentru mononucleoza infecțioasă la copii, forma medie, sunt caracteristice următoarele sindroame, cu o excepția:
- A. Semne de intoxicație cu febră (38,5–39°C)
  - B. Tirajul cutiei toracice
  - C. Limfadenopatia generalizată
  - D. Amigdalita supurativă
  - E. Hepatosplenomegalia
13. În mononucleoza infecțioasă virusul Epstein-Barr are drept „țintă” limfocitele B, cu excepția:
- A. Țesutul limfatic al mucoasei orofaringiene și faringelui posterior
  - B. Țesutul limfatic al mucoasei amigdalelor
  - C. Țesutul limfatic din splină, ficat
  - D. Ganglionii limfatici periferici
  - E. Plăcile Payer și foliculii solitari din intestinul subțire
14. Agentul etiologic al mononucleozei infecțioase este:
- A. Virusul citomegalic
  - B. Virusul Epstein-Barr
  - C. Virusul Herpes simplex-I
  - D. Virusul Herpes simplex-II
  - E. Virusul varicelo-zosterian (VZV)
15. Virusul Epstein-Barr face parte din familia:
- A. Picornaviridae
  - B. Hepadnaviridae
  - C. Herpesviridae
  - D. Togaviridae
  - E. Paramyxoviridae
16. Profilaxia specifică a mononucleozei infecțioase include:
- A. Gamma-globuline standart
  - B. Levamizol

- C. Interferon
- D. Vaccin
- E. Nu există nici o metodă specifică de profilaxie

### *Complement multiplu*

1. Selectați infecțiile virale la copii, care pot evolua cu sindrom mononucleozic:
  - A. Infecția cu virusul respirator sincițial
  - B. Infecția cu virusul citomegalic
  - C. Rubeola
  - D. Oreionul
  - E. Infecția cu virusul Epstein-Barr
2. Care din afirmațiile enumerate caracterizează febra în mononucleoza infecțioasă la copii?
  - A. Are caracter bifazic
  - B. Durează 7–28 zile și mai mult
  - C. Se întâlnește în 80% din cazuri
  - D. Durează 1–3 zile
  - E. Cu oscilații între 38 și 40°C
3. În mononucleoza infecțioasă la copii, adenopatia deseori poate fi:
  - A. Laterocervicală
  - B. Occipitală
  - C. Generalizată
  - D. Cu evoluție spre fistulizare
  - E. Cu ganglioni limfatici aderenți, dureroși
4. Limfadenita cervicală acută la copii are drept cauză:
  - A. Amigdalita acută
  - B. Scarlatina
  - C. Tuberculoza
  - D. Mononucleoza infecțioasă
  - E. Intoxicația cu digitalice
5. Care simptome indică afectarea nazofaringelui în mononucleoza infecțioasă la copii?
  - A. Respirația nazală dificilă
  - B. Tumefierea amigdalelor retronazale
  - C. Tusea frecventă
  - D. Respirația zgomotoasă cu gura deschisă
  - E. Eliminări nazale purulene

6. În mononucleoza infecțioasă la copii se pot declanșa următoarele complicații:
- A. Anemia hemolitică (mecanism autoimun)
  - B. Emfizemul subcutanat
  - C. Ruptura splinei
  - D. Hemoragii pulmonare
  - E. Abcese periamigdalene
7. Mononucleoza infecțioasă se mai numește:
- A. Boala sărutului
  - B. Boala ghearelor pe pisică
  - C. Angina monocitară
  - D. Febra ganglionară
  - E. Boala Lyme
8. Afectarea sistemului reticulo-endotelial în mononucleoza infecțioasă la copii se manifestă prin:
- A. Mononucleare atipice în sângele periferic
  - B. Hepatosplenomegalie
  - C. Poliadenopatie
  - D. Afectarea bronhiilor și bronșiolelor
  - E. Artralgi tranzitorii
9. Morbiditate maximă prin mononucleoza infecțioasă se înregistrează la:
- A. Sugari
  - B. Preșcolari
  - C. Adolescenți
  - D. Maturi
  - E. Adultul tânăr
10. Tabloul clinic al mononucleozei infecțioase la copii include:
- A. Febra persistentă
  - B. Angina pseudomembranoasă
  - C. Poliadenopatie și hepatosplenomegalie
  - D. Descuamația în lambouri pe palme și plante
  - E. Dermografism alb
11. Variantele de evoluție a mononucleozei infecțioase la copii sunt:
- A. Ciclică, fără complicații
  - B. Cu complicații
  - C. Fulminante
  - D. Cu sechele

E. Cronică

12. Principalele cauze ale sindromului mononucleozic la copii sunt:

- A. Virusurile (EBV, CMV, adenovirus etc.)
- B. Regenerările medulare după agranulocitoza toxică
- C. Protozoarele (*Toxoplasma gondii* etc.)
- D. Bacteriile intracelulare
- E. Intoleranța la gluten

13. Care sunt particularitățile hepatitei mononucleozice la copii, comparativ cu hepatita virală B?

- A. Evoluție mai severă
- B. Splenomegalie pronunțată
- C. Febră durabilă
- D. Prezența mononuclearelor atipice în sânge
- E. Icter scleral și tegumentar pronunțat

14. Biopsia ganglionară în mononucleoza infecțioasă la copii prezintă histomorfologic:

- A. Zone de necroze cu micro- și macroabcese
- B. Hiperplazie simplă
- C. Proliferare histiocitară cu formarea de mononucleare
- D. Infiltrație de celule epiteliale, limfocite, celule gigante
- E. Prezența celulelor hiperbazofile

15. În mononucleoza infecțioasă la copii erupțiile cutanate, în 10–15 % din cazuri, pot fi de tip:

- A. Variceliform
- B. Scarlatiniform
- C. Rubeoliform
- D. Rujeoliform
- E. Hemoragic

16. Identificați afirmațiile incorecte despre mononucleoza infecțioasă la copii.

- A. Angina apare în 80% din cazuri.
- B. O complicație frecventă este anemia aplastică.
- C. Perioada de incubație durează 2–3 zile.
- D. Hepatita mononucleozică are un procent ridicat de cronicizare.
- E. Tabloul hematologic evidențiază limfocite atipice.

17. Modificările hematologice în mononucleoza infecțioasă la copii sunt:

- A. Leucocitoza moderată

- B. Leucocitoza cu neutrofilie
  - C. Leucocitoza cu limfocitoză
  - D. Limfomonocitoză cu limfocite „atipice”
  - E. Trombocitopenia
18. Diagnosticul serologic al mononucleozei infecțioase la copii se bazează pe:
- A. Evidențierea anticorpilor heterofili nespecifici de tip Ig M (aglutinine)
  - B. Evidențierea anticorpilor anti-HB cor sumar
  - C. Determinarea anticorpilor serici anti-VCA IgM
  - D. Determinarea anticorpilor serici anti-VCA IgG
  - E. Determinarea anticorpilor anti-HCV
19. Reacția Paul-Bunnell-Davidsohn în diagnosticul mononucleozei infecțioase:
- A. Este o reacție de aglutinare a hematiilor de cal.
  - B. Este considerată pozitivă la titrul mai mare de 1:28 sau 1:40, în funcție de sistemul de deluție.
  - C. Se pozitivează după a 7-a zi de boală, uneori după 2–3 săptămâni.
  - D. Se negativează după 2–3 luni.
  - E. În 10–20% din cazuri de mononucleoza infecțioasă, reacția rămâne negativă.
20. Selectați anticorpii considerați markeri de replicare virală în mononucleoza infecțioasă la copii:
- A. Anticorpi IgM anti-VCA (Viral-Capsid-Antigen)
  - B. Anticorpi anti-EA (Early Antigen)
  - C. Anticorpi anti-EBNA (Epstein-Barr Nuclear Antigen)
  - D. Anticorpi antiviral Herpes simplex-1
  - E. Anticorpi IgG antiviral citomegalic
21. Precizați afirmațiile corecte privind manifestările cutaneo-mucoase în mononucleoza infecțioasă la copii.
- A. 5% din bolnavi prezintă o erupție cutanată cu aspect maculos.
  - B. Administrarea ampicilinei sau amoxicilinei determină apariția unei erupții maculopapuloase pruriginoase în 90–100% din cazuri.
  - C. Erupția maculopapuloasă poate apărea și după întreruperea administrării ampicilinei.
  - D. 5% din bolnavi prezintă icter sclero-tegmentar.
  - E. În 25–60% din cazuri apar peteșii multiple de 1–2 mm în diametru pe palatul moale.

22. Indicați maladiile produse de virusul Epstein-Barr:

- A. Limfomul Burkitt
- B. Carcinomul nazofaringian
- C. Limfoame cu celule T
- D. Carcinomul de col uterin
- E. Mononucleoza infecțioasă

23. Virusul Epstein-Barr prezintă:

- A. Potențial oncogen
- B. Medulotropism
- C. Limfotropism
- D. Enterotropism
- E. Dermatropism

24. Virusul Epstein-Barr se transmite:

- A. Prin sărut cu saliva
- B. Prin picături fluide
- C. Prin transfuzii de sânge sau plasmă
- D. Prin transplant de organe
- E. Pe cale fecal-orală

# NEUROTOXICOZA

## *Complement simplu*

1. Neurotoxicoza are o evoluție:
  - A. Lentă
  - B. Acută
  - C. Cronică
  - D. Recidivantă
  - E. Ondulantă
2. Sindromul de neurotoxicoză se întâlnește cel mai frecvent la copiii din grupa de vârstă:
  - A. Nou-născuți
  - B. Sugari
  - C. Preșcolari
  - D. Școlari
  - E. Adolescenți
3. Neurotoxicoza la copiii mici apare în:
  - A. Infecții intestinale acute
  - B. Viroze respiratorii
  - C. Anemii
  - D. Hepatite virale
  - E. Tuse convulsivă
4. Debutul și evoluția neurotoxicozei la sugari se află în deplină dependență de:
  - A. Starea generală a organismului
  - B. Particulațiile anatomico-fiziologice ale tractului digestiv
  - C. Starea SNC în perioada precedentă
  - D. Etiologia bolii
  - E. Statutul imun
5. Neurotoxicoza se dezvoltă intensiv la copiii cu:
  - A. Patologii renale
  - B. Patologii cardiovasculare
  - C. Patologii cerebrale perinatale
  - D. Patologii pulmonare
  - E. Patologii hepatice

6. Edemul cerebral acut la sugar se caracterizează prin:
- A. Febră
  - B. Inapetență
  - C. Somn inversat
  - D. Febră persistentă, malignă, agitație psihomotorie, țipăt encefalic
  - E. Vome repetate
7. Lichidul cefalorahidian în neurotoxicoză prezintă:
- A. Albuminorahie crescută
  - B. Presiune mărită
  - C. Pleiocitoză neutrofilică
  - D. Glucorahie scăzută
  - E. Lichid tulbure
8. Care simptom nu este caracteristic pentru neurotoxicoză, forma gravă?
- A. Convulsii
  - B. Hipertermie
  - C. Agitație psihomotorie
  - D. Obnubilare
  - E. Angina ulcero-membranoasă
9. Neurotoxicoza la sugari este caracterizată prin semne meningiene disociate. Care semn este prezent permanent?
- A. S. Lesage
  - B. Redoarea cefei
  - C. S. Kernig
  - D. S. Brudzinski
  - E. S. Babinski
10. Care sindrom indică un pronostic nefavorabil în neurotoxicoză?
- A. Hipertermic
  - B. Meningian
  - C. De coagulare intravasculară diseminată (SCID)
  - D. Insuficiență respiratorie
  - E. Convulsiv
11. Evoluția neurotoxicozei la copii depinde de:
- A. Particularitățile morfo-fiziologice ale sistemului nervos central
  - B. Complicațiile tardive în IRA
  - C. Tratamentul antibacterian
  - D. Infecțiile urinare asociate

- E. Terapia antivirală
12. Histomorfologic, neurotoxicoza prezintă:
- A. Necroze ale foliculilor solitari și plăcilor Peyer
  - B. Necroze ale țesutului cerebral
  - C. Edem cerebral extra- sau/și intracelular
  - D. Hipertensiune a lichidului cefalorahidian
  - E. Empiem subdural
13. În neurotoxicoză, faza hiperdinamică se caracterizează prin:
- A. Debut brusc
  - B. Debut lent
  - C. Erupții pe tegumente
  - D. Areflexie
  - E. Hipotonie musculară
14. Hipersensibilitatea SNC față de dereglările circulației sanguine, diminuarea aportului de glucoză și oxigen în neurotoxicoză se explică prin:
- A. Rezerva de glicogen mărită
  - B. Reducerea rezervei de glicogen
  - C. Mielinizarea suficientă a căilor nervoase
  - D. Insuficiență imunologică
  - E. Hiperbilirubinemie
15. Neurotoxicoza poate avea evoluție malignă în caz de predominarea:
- A. SCID (sindrom de coagulare intravasculară diseminată)
  - B. Manifestărilor neurologice
  - C. Insuficienței respiratorii
  - D. Hipertermiei
  - E. Hipertransaminazemiei
16. În neurotoxicoză LCR prezintă:
- A. Hipertensiv, clar, incolor
  - B. Tulbure, albicios
  - C. Citorahie crescută
  - D. Proteinorahie crescută
  - E. Glicorahie mult scăzută
17. Cu care maladii are mai multe particularități clinico-morfologice comune neurotoxicoza?
- A. Meningite seroase
  - B. Meningite purulente

- C. Encefalite
- D. Poliomielită
- E. Mielită transversă

18. Pericolul de dislocare a creierului în neurotoxicoză în caz de:

- A. Edem cerebral acut
- B. Sindrom trombo-hemoragic
- C. Sindrom de insuficiență suprarenală
- D. Sindrom hipertermic
- E. Sindrom de hiperventilație

19. O evoluție malignă caracterizează neurotoxicoza cu predominarea insuficienței:

- A. Respiratorii
- B. Cardiovasculare
- C. Renale
- D. Hepatice
- E. Microcirculatorii (SCID)

20. Diferențierea neurotoxicozei de encefalită va fi posibilă prin:

- A. Puncția lombară
- B. Hemoleucogramă
- C. Evidența bolnavului în dinamică
- D. Cons. neurologului
- E. Cons. neurochirurgului

21. Disfuncția centrului cardiovascular în neurotoxicoza de gradul I se caracterizează prin:

- A. Bradicardie
- B. Aritmie
- C. Tahicardie pronunțată
- D. Hipertensiune arterială
- E. Hipotensiune arterială

22. În neurotoxicoza gr. III, tulburările senzoriale se manifestă prin:

- A. Hiperestezie
- B. Hipostezie
- C. Anestezie
- D. Parestezie
- E. Fotofobie

23. În neurotoxicoza gr.II la sugar, fontanela anterioară este:
- A. Tensionată
  - B. Tensionată sau/și bombată
  - C. Bombată
  - D. Nemodificată
  - E. Excavată
24. Care din grupele de vârstă enumerate prezintă o susceptibilitate crescută la convulsii în condițiile unei ascensiuni termice?
- A. Sugarul și copilul mic (până la 2 ani)
  - B. 2–5 ani
  - C. 5–10 ani
  - D. > 10 ani
  - E. Adolescenții
25. Convulsiile febrile pot fi întâlnite la copiii cu:
- A. Spasmodie
  - B. Epilepsie
  - C. Neurotoxicoză
  - D. Tuse convulsivă
  - E. Tetanos

### *Complement multiplu*

1. Medicația de prevenție a neurotoxicozei la sugari este necesară la instalarea:
- A. Febrei ( $37,5^{\circ}$  și mai mare)
  - B. Infecției respiratorii acute
  - C. Infecției intestinale acute
  - D. Otitei acute
  - E. Meningitei purulente
2. Care din următoarele virusuri produc lezarea toxică a sistemului nervos central?
- A. Gripal
  - B. RS-virus
  - C. Adenovirusul
  - D. Rotavirusul
  - E. Virusul hepatitic A
3. Care dintre antecedentele enumerate favorizează declanșarea neurotoxicozei la copii?
- A. Maladii și intoxicații în perioada perinatală
  - B. Hipoxia fetală intrauterină

- C. Trauma craniocerebrală natală
  - D. Dismicrobismul intestinal
  - E. Diarei acute repetate
4. Alegeți sindroamele întâlnite în neurotoxicoză:
- A. Hipertermic
  - B. Encefalic
  - C. Meningian
  - D. Hepatosplenomegalie
  - E. Stenoza laringiană
5. Simptomele clinice de bază ale edemului cerebral acut sunt:
- A. Hipertermie
  - B. Convulsii
  - C. Agitație psihomotorie
  - D. Paralizii acute flasce
  - E. Hematemeză
6. Particularitățile clinice ale sindromului meningian în neurotoxicoză la sugari sunt:
- A. Debut acut, agitație, febră, vome repetate
  - B. Semne meningiene disociate
  - C. Convulsii frecvente
  - D. Fontanela anterioară excavată
  - E. Tuse spasmodică
7. În edemul cerebral acut terapia de urgență la etapa prespitalicească include:
- A. Antibiotice
  - B. Diuretice
  - C. Antivirale
  - D. Corticosteroizi
  - E. Anticonvulsive
8. Diagnosticul diferențial în neurotoxicoză se va face cu următoarele boli grave:
- A. Encefalita
  - B. Meningita, meningoencefalita
  - C. Spasmofilia
  - D. Oreionul
  - E. Apendicita
9. Numiți elementele de pronostic nefavorabil în neurotoxicoză:
- A. Diagnostic și tratament tardiv (fazele a 2-a și a 3-a)

- B. Prezența sindromului de coagulare intravasculară diseminată
  - C. Tahipnee
  - D. Coma profundă
  - E. Anemia
10. Care investigații și consultații ale specialiștilor se vor efectua de urgență în caz de neurotoxicoză?
- A. Analiza generală și biochimică a LCR
  - B. Radiografia cutiei toracice
  - C. Hematocritul, hemoleucograma, timpul de coagulare, numărul de trombocite, protrombina, ureea
  - D. Consultații neurolog, oftalmolog
  - E. Consultații neurochirurg, ORL
11. La instalarea primelor semne clinice de neurotoxicoză se vor administra urgent:
- A. Antipiretice
  - B. Bronhodilatatoare
  - C. Anticonvulsive
  - D. Antivirale
  - E. Corticosteroizi
12. Neurotoxicoza la copiii de vârstă fragedă evoluează în următoarele faze:
- A. Hiperdinamică
  - B. Hipodinamică
  - C. Comă cerebrală profundă
  - D. Spasmodică
  - E. Prodromală
13. În caz de convulsii la copii, este necesar să se excludă următoarele maladii:
- A. Infecția respiratorie virală acută cu sindrom de neurotoxicoză
  - B. Meningita, meningoencefalita
  - C. Trauma craniocerebrală
  - D. Hepatita virală
  - E. Apendicita acută
14. Care din termenii de mai jos sunt sinonime cu „neurotoxicoza”?
- A. Reacție encefalică
  - B. Encefalopatie toxiinfecțioasă
  - C. Encefalomielită
  - D. Toxicoză infecțioasă primară

- E. Encefalopatie hepatică
15. Sindromul de neurotoxicoză apare mai frecvent în:
- A. Infecții respiratorii virale acute (IRVA)
  - B. Mononucleoză infecțioasă
  - C. IRVA asociate cu infecții bacteriene
  - D. Infecții intestinale acute
  - E. Angină necrotică
16. Consecințele neurotoxicozei la sugari pot fi:
- A. Însănătoșire completă
  - B. Deces
  - C. Sechele neurologice importante
  - D. Limfadenopatie persistentă
  - E. Paralizii flasce
17. Examenul fundului de ochi, în caz de edem cerebral acut în neurotoxicoză, determină:
- A. Edem papilar
  - B. Spasme arteriolare
  - C. Dilatație venoasă
  - D. Hemoragii vasculare multiple
  - E. Fără modificări
18. Criteriile clinice de dislocație cerebrală sunt:
- A. Dispnee progresivă
  - B. Bradipnee, bradiaritmie
  - C. Hipotensiune arterială
  - D. Tahicardie
  - E. Hipertensiune arterială
19. Semne clinice foarte importante în faza iritativă a neurotoxicozei:
- A. Hipertermie (39–40°C)
  - B. Agitație psihomotorie
  - C. Diaree, dureri abdominale
  - D. Cefalee stabilă
  - E. Dizurie
20. Faza hipodinamică în neurotoxicoză se caracterizează prin:
- A. Hipertermie stabilă, malignă
  - B. Adinamie, hipotonie musculară
  - C. Convulsii generalizate

- D. Comă cerebrală profundă
- E. Deshidratare severă

21. Faza terminală în neurotoxicoză se caracterizează prin:

- A. Hipotermie
- B. Hipertermie malignă
- C. Hipertensiune arterială
- D. Comă cerebrală profundă
- E. Respirație aritmică

22. La baza tratamentului neurotoxicozei sunt puse următoarele tipuri de tratament:

- A. Preventiv
- B. De urgență
- C. Patogenetic, terapie intensivă
- D. Antiviral
- E. Antibacterian

### ASOCIERE SIMPLĂ

**Pentru fiecare afirmație din coloana 1–5 găsiți varianta corectă din coloana A–E.**

1. Elemente eruptive:

- 1. Elemente hemoragice cu necroză în centru, stelate, pe alocuri macule-papule
- 2. Macule-papule polimorfe, confluențe, abundente pe tot corpul
- 3. Macule, papule, vezicule, cruste
- 4. Macule mici (rozeole) pe fond hiperemiat al pielii, mai abundente în pliurile cutanate
- 5. Macule discrete, mai abundente pe părțile extensorii ale corpului, pe fese

Sunt caracteristice pentru:

- A. Varicelă
- B. Scarlatină
- C. Rubeolă
- D. Rujeolă
- E. Infecția meningococică

2. Virusurile:

- 1. Urticant
- 2. Rujeolic

3. Rubeolic
4. Varicelo-zosterian
5. Gripal

Posedă tropism către:

- A. Sistemele limforeticular, endotelial, respirator, mai puțin către sistemul gastrointestinal și sistemul nervos central
- B. Sistemul limfatic
- C. Dermatotropism, neurotropism
- D. Sistemul glandular și sistemul nervos central
- E. Sistemul respirator și sistemul nervos central

**3.**

1. Edem cervical răspândit până la clavicule
2. Edem cervical răspândit până la prima plică cutanată a gâtului
3. Edem cervical răspândit mai jos de clavicule
4. Edem și tumefacție laterocervicală cauzată de ganglionii limfatici
5. Edem și tumefacție submaxilară

Este (sunt) caracteristic(e) pentru:

- A. Oreion
- B. Difteria faringiană toxică gr.I
- C. Difteria faringiană toxică gr.II
- D. Difteria faringiană toxică gr.III
- E. Mononucleoza infecțioasă

**4.** Lichidul cefalorahidian este:

1. Tulbure, albicios; pleiocitoză mare (mii în 1 ml) neutrofilică; albuminorahie moderată; clorurorahia – normă; glucorahia – uneori scăzută.
2. Transparent, clar; pleiocitoză moderată (sute în 1 ml) limfocitară; albuminorahie neînsemnată; clorurorahia – normă; glucorahia – normă.
3. Transparent, rareori opalescent; pleiocitoză însemnată (mii), limfocitară; clorurorahia, glucorahia – normă.
4. Transparent, clar; pleiocitoză neînsemnată (zeci, sute), limfocitară; clorurorahia, glucorahia – normă.
5. Opalescent; pleiocitoză moderată (sute), mixtă, limfocitară; albuminorahie pronunțată; clorurorahia, glucorahia – scăzute.

În:

- A. Meningita urliană
- B. Meningita enterovirală
- C. Coriomeningita limfocitară benignă
- D. Meningita tuberculoasă
- E. Meningita meningococică

5.

1. Eruptii hemoragice (echimoze) (0,2–1 cm, 3 x 5 cm și mai mari) pe trunchi și membre

- 2. Eruptii hemoragice stelate cu necroze pe fese și membrele inferioare
- 3. Eruptii hemoragice (peteșii) pe față și gât
- 4. Eruptii hemoragice (peteșii) pe față și gât, hemoragii pe conjunctive și sclere
- 5. Eruptii hemoragice (peteșii, hemoragii) pe trunchi și membre

Apar în:

- A. Infecția meningococică
- B. Gripă
- C. Septicemie
- D. Pertussis
- E. Vasculita hemoragică

6. Afectări ale sistemului nervos central și sistemului nervos periferic posibile:

- 1. Meningita purulentă primară
- 2. Meningita purulentă secundară
- 3. Meningita, meningoencefalita seroasă primară
- 4. Meningoencefalita seroasă (complicație)
- 5. Polinevrita toxică

Se înregistrează în:

- A. Oreion
- B. Infecția meningococică
- C. Rujeolă
- D. Difterie
- E. Scarlatin

7. Modificări ale mucoasei orofaringiene:

- 1. Stomatita catarală discretă, rareori enantem
- 2. Stomatită, gingivită, enantem, semnul Filatov-Koplik
- 3. Vezicule, eroziuni

4. Semnul Mursou
5. Angina delimitată, dureroasă, „în flăcări”

Apar în:

- A. Scarlatină
- B. Oreion
- C. Varicelă
- D. Rujeolă
- E. Rubeolă

**8. Erupțiile:**

1. Hemoragice
2. Rozeoloase
3. Maculo-papuloase confluyente
4. Veziculopapuloase
5. Micromaculoase

Apar în:

- A. Infecția meningococică
- B. Rujeolă
- C. Rubeolă
- D. Scarlatină
- E. Varicelă

**9. Următoarele simptome:**

1. Voce răgușită
2. Afonie
3. Tuse lătrătoare
4. Tuse lătrătoare, apoi afonică
5. Respirație zgomotoasă din momentul nașterii

Se înregistrează în:

- A.** Difteria laringiană
- B.** Viroza respiratorie
- C.** Difteria laringiană, perioada stenonică
- D.** Stridor congenital
- E.** Stenoza laringiană în infecții respiratorii acute

**10. Afectarea glandelor salivare:**

1. Unilaterală, dură, dureri la masticăție

2. Bilaterală, foarte dură, dureroasă, eliminări purulente din canalul stemon
3. Bilaterală, dur elastică, sensibilă, semnul Mursou pozitiv, dureri la masticatie
4. Bilaterală, elastică, stare generală gravă
5. Bilaterală, elastică, nedureroasă, crepitație

Se observă în:

- A. Parotidita toxică
- B. Parotidita urliană
- C. Parotidita supurată (purulentă)
- D. Litiata urliană
- E. Emfizemul parotidian

**11.** Evoluția următoarelor tipuri de elemente eruptive:

1. Semnul Pastia, descumare
2. Pigmentare, descumare
3. Cruste, depigmentare
4. Necroze, defecte adânci ale dermei
5. Erupția nu lasă urme

Este caracteristică următoarelor maladii:

- A. Rujeola
- B. Scarlatina
- C. Rubeola
- D. Infecția meningococică cu meningocemie
- E. Varicela

**12.** Următoarele simptome:

- A. Inspirație îngreunată
- B. Tuse, dispnee, cianoza tegumentelor
- C. Expirație îngreunată
- D. Convulsii, pierderea cunoaști, somnolență, vome repetate
- E. Dureri abdominale, vome repetate, scaune lichide frecvente sau constipații
- F. Hemorajii nazale, hemorajii punctiforme pe față, gât

Sunt caracteristice sindroamelor în gripă:

- A. Neurotoxicoză
- B. Crup**
- C. Sindrom obstructiv sau astmatic**
- D. Edem pulmonar segmentar**
- E. Sindrom abdominal**

## F. Sindrom hemoragic

### 13. Următoarele modificări orofangiene:

1. Depuneri alb-gălbui pe amigdale și în lacune
2. Depuneri gălbui-murdar ce se detașează ușor pe amigdale, uvulă, pilieri
3. Membrane fibrinoase ce acoperă amigdalele și se detașează cu greu, lăsând mucoasa sângerândă
4. Depuneri albe pe amigdale și mucoasa bucală ce se detașează ușor
5. Foliculi proeminenți, roșii și eroziuni pe mucoasa hiperemiată a amigdalelor, pe uvulă, pilieri

Sunt caracteristice pentru:

- A. Difteria faringiană
- B. Angina lacunară
- C. Angina necrotică
- D. Angina herpetică
- E. Candidoza orofaringiană

### 14. Afecțiunile ganglionilor limfatici:

1. Adenopatie cervicală
2. Adenopatie absentă
3. Adenopatie generalizată moderată
4. Adenopatie generalizată și hepatosplenomegalie
5. Adenopatie generalizată cu predominarea nodulilor laterocervicali și occipitali

Apar în:

- A. Rujeolă
- B. Rubeolă
- C. Scarlatină
- D. Oreion
- E. Mononucleoza infecțioasă

### 15. Următoarele semne clinice:

1. Febră de 3 zile, semne catarale slab pronunțate. Neurotoxicoză, faza hipodinamică
2. Febră persistentă. Semne catarale pronunțate. Conjunctivită
3. Edem palpebral, membrane false pe conjunctive, febră
4. Scaune lichide voluminoase, frecvente, cu mucozități. Febră moderată
5. Angină, adenopatie. Limfocitoză, limfocite atipice

Apar în:

- A. Adenoviroze
- B. Gripă
- C. Difteria conjunctivală
- D. Mononucleoza infecțioasă
- E. Enterocolita acută

**16.** Modificările mucoaselor la copii:

- 1. Angina lacunară
- 2. Angina membranoasă
- 3. Limba „zmeurie”
- 4. Faringită, conjunctivită
- 5. Herpangină

Sunt caracteristice următoarelor maladii infecțioase:

- A. Infecția adenovirală
- B. Difteria
- C. Mononucleoza infecțioasă
- D. Scarlatina
- E. Infecția enterovirală

**17.** Respirația este accelerată:

- 1. 40 resp/min. și mai mult
- 2. 50 resp/min. și mai mult
- 3. 60 resp/min. și mai mult

La copilul în vârstă de:

- A. Până la 2 luni
- B. 2–12 luni
- C. 1–5 ani

**18.** Cele mai frecvente complicații la copii:

- 1. Miocardita toxică
- 2. Pneumonia
- 3. Glomerulonefrita
- 4. Otita
- 5. Edemul cerebral acut

Se întâlnesc în maladiile:

- A. Infecții respiratorii virale acute

- B. Scarlatină
- C. Difterie
- D. Meningită
- E. Viroze respiratorii, gripă, scarlatină

**19.** Caracteristica clinică a crupului (stenoza laringeană) în infecțiile respiratorii acute după gradul de severitate:

1. Gradul I
2. Gradul II, laringotraheită
3. Gradul III, laringotraheogronșită
4. Gradul IV

A. Cunoștință clară, neliniștit. Dispnee cu tiraj intercostal în stare de repaos.

Inspirație îngreuiată. Cianoză periorală

B. Periodic neliniștit. Inspirație îngreuiată

C. Tirajul cutiei toracice maximal sau respirație superficială. Ușor se epuizează.

Respirație zgomotoasă, se aude la distanță

D. Fără cunoștință. Respirație aritmică, superficială. Cianoză totală

**20.** Spectrul serologic (markerii) în hepatita virală B:

	HBsAg	anti-HBs	anti-HBc	AgHBe	anti-HBe
1.	+	-	+ IgM	+	-
2.	+	-	+ IgG	+	-
3.	+	-	+ IgG	-	+
4.	-	-	+ IgM	+/-	+/-
5.	-	+	-	-	-

Corespunde următoarelor forme clinice:

A. Hepatita virală B acută

B. Hepatita B trenantă sau cronică (contagiozitate minimală)

C. Hepatita cronică B (contagiozitate mare)

D. Perioada de convalescență după hepatita virală B sau perioada postvaccinală  
contra HVB

E. Hepatita virală B acută (contagiozitate majoră)

**21.** Terapia în HVB acută la copii:

1. Interferon alfa
2. Substanțe lipotrope
3. Vitamine B,C
4. Glucocorticoizi
5. Colestiramină

Are următoarele efecte:

- A. Influențează favorabil, de scurtă durată manifestările clinice și biologice, dar nu și cele histomorfologice
- B. Scăderea ADN polimerazei și efect imunomodulator
- C. Intervin în metabolismul deficitar hepatic, în special glucidic
- D. Se folosește în forme cu icter prelungit
- E. Indicat în cazuri de hepatită virală B la pacienții cu steatoză hepatică

22. Următoarele simptome:

- A. Tuse în acces
- B. Catar respirator pronunțat
- C. Erupții hemoragice
- D. Vome repetate, diaree
- E. Febră, erupții rozeoloase

Apar la copii în:

- A. Infecția adenovirală
- B. Infecția intestinală acută
- C. Pertussis
- D. Scarlatină
- E. Infecția meningococică

23. Indicați maladiile în care cel mai frecvent se întâlnește:

1. Hepatosplenomegalia
  2. Splenohepatomegalia
- A. Icter hemolitic
  - B. Hepatita virală B acută
  - C. Mononucleoza infecțioasă
  - D. Malaria
  - E. Hepatita toxică

24. Următoarele semne clinice:

- A. Tulburări de deglutiție, voce nazonată, insuficiență respiratorie
- B. Asimetria feței, pleoapele nu se închid
- C. Infecția asiptomatică, cu formare de imunitate specifică
- D. Tulburări de cunoștință, nistagm, dereglări vestibulare, semne de focar cerebral
- E. Febră, cefalee, vome, semne meningiene pozitive, pleiocitoză limfocitară

Sunt caracteristice pentru:

- A. Poliomielită, forma pontină
- B. Poliomielită, forma bulbară
- C. Poliomielită, forma inaparentă
- D. Poliomielită, forma encefalitică
- E. Poliomielită, forma meningiană

25.

- A. Scaune sărace, cu mucus și striuri de sânge
- B. Scaune abundente, afecaloide, apoase
- C. Scaune lichide, nedigerate, galbene aprinse, abundente
- D. Scaune lichide, nedigerate, albicioase
- E. Scaune abundente, lichide, verzui, cu mult mucus

Sunt caracteristice pentru:

- A. Dizenterie
- B. Salmoneloză
- C. Escherichioză cu Esch. enteropatogenă
- D. Rotaviroză
- E. Holeră

26.

- A. Poziția bolnavului în pat, pe o parte, cu capul în retroflexie și picioarele aduse la abdomen
- B. Poziția copilului în pat, pe o parte, cu picioarele aduse la abdomenul încordat
- C. Poziția sugarului: opistotonus, mâinile încordate întinse de-a lungul trunchiului și pumnii strânși în retroversie, piciorușele încordate și încrucișate la nivelul gambelor
- D. Poziția copilului pe spate, mâinile active, picioarele întinse, neîncordate, atonice, nemișcate
- E. Poziția copilului: opistotonus, trismus masticator.

Pentru care boli este caracteristică fiecare poziție?

- A. Poliomielită, forma spinală
- B. Meningită
- C. Ependimatită
- D. Tetanus

## E. Boala chirurgicală abdominală

**27.**

1. Leziunile apar pe piele și/sau pe mucoasă unilateral, în teritoriul de distribuire a nervilor trigemen și intercostali

2. Buchet de vezicule care apar mai frecvent la joncțiunea tegument-mucoasă a buzelor, cu cruste în convalescență, cu durata de 7 zile

3. Localizarea la nivelul mucoasei orale, faringiene, genitale; durează câteva săptămâni și poate recidiva

4. Pe un fond de eritem apar papule, vezicule, cu dimensiuni de 1–2 mm, care, de obicei, ulcerează. Apar mai ales pe arcurile palatine, uvulă și, uneori, pe amigdale, fiind însoțite de fenomene generale importante

5. Vezicule uniloculare, cu aspect de „picături de rouă”, localizate pe tegumente și mucoase la nivelul cavității bucale; acoperișul fragil al veziculei se rupe ușor, lăsând o ulcerăție cu aspect de aftă, cu dureri la masticăție și sialoree.

Sunt caracteristice pentru:

A. Herpes simplu labial recurent

B. Herpes simplu primar (tip II)

C. Herpangină

D. Varicelă

E. Herpes zoster

**28.** Sindroamele clinice în salmoneloză:

1. Toxic

2. De deshidratare

3. Hepatolienal

4. Hemocolită

Corespund următoarelor forme clinice:

A. Gastroenteritică

B. Gastroenterocolitică

C. Tifoidică

D. Septică

**29.** Aspectul faciesului la copilul bolnav:

1. Față cu obraji congestionați, sclerele injectate („ochi de iepure”)

2. Față cu obraji congestionați, buzele carminate și paliditate circumorală

3. Față palidă, edemată, cianoză periorală, hemoragii ale sclerelor

4. Obraji congestionați, în contrast cu paloarea și nuanța subicterică; buzele carminate („buzes vopsite”)

5. Față palidă, mușchii masețeri contractați („rîz sardonîc”)

Sugerează diagnosticul:

- A. Hepatita virală (facies hepatică)
- B. Pertussis
- C. Scarlatina
- D. Tetanosul
- E. Meningita

**30.** Elementele cutanate secundare:

- 1. Pigmentarea erupțiilor și descuamarea târâtoasă
- 2. Descuamarea în lamouri pe palme și tălpi
- 3. Pigmentarea erupțiilor fără descuamare
- 4. Cruste
- 5. Pigmentarea și descuamarea lipsesc

Sunt caracteristice pentru:

- A. Scarlatină
- B. Rubeolă
- C. Varicelă
- D. Rujeolă
- E. Enteroviroze cu exantem

**31.** Copiii bolnavi de salmoneloză, forme:

- 1. Gastroenteritică
- 2. Gastroenterocolitică
- 3. Tifoidică
- 4. Septică

Se vor trata cu:

- A. Antibiotice intravenos, imunoterapie, simptomatice, perfuzii endovenoase
- B. Antibiotice per os, rehidratare perorală cu SRO
- C. Fără antibiotice, rehidratare perorală cu SRO
- D. Antibiotice intramuscular, perfuzii endovenoase în scop de detoxicare

**32.**

- 1. Vome repetate (incoercibile uneori) în debut
- 2. Vome cu sânge
- 3. Vome 1–2 pe zi, 5–7 zile

4. Vome absente sau 1–2 în primele 1–2 zile de boală
5. Vome cu resturi de hrană

Sunt caracteristice pentru:

- A. Toxiinfecție alimentară
- B. Dizenterie
- C. Escherichioză cu Esch. enteropatogenă și Esch. enterotoxigenă
- D. Nu se înregistrează în infecții intestinale acute la copii
- E. Holeră

**33.** În poliomielită, formele clinice:

1. Spinală
2. Meningiană
3. Bulbară
4. Pontină
5. Encefalitică

Necesită să fie diferențiate de:

- A. Botulism, paralizii postdifterice
- B. Meningita enterovirală, tuberculoasă
- C. Nevrita n. facial, paralizii faciale
- D. Meningoencefalite, encefalite virale
- E. Nevrita traumatică, fracturi, polineuropatii toxice, osteomielită

**34.** Sindroamele clinice:

1. Gastroenteritic
2. Enterocolitic
3. Enteritic
4. Hemolitico-uremic
5. Neurotoxic

Sunt înregistrate în escherichioza cu:

- A. Esch. enteroinvazivă
- B. Esch. enterotoxigenă
- C. Esch. enterohemoragică
- D. Esch. enteropatogenă
- E. În toate escherichiozele este posibil

**35. Markerii HVB:**

1. Antigen HBs
2. Anticorpi anti-HBc IgM
3. Antigen HBe
4. ADN HVB
5. Antigen HBc în hepatocite

pronostic

- A. Este marker pentru diagnosticul pozitiv al hepatitei virale B, infecțiozitate și
- B. Cel mai fidel marker al infecției cu virusul hepatitic B
- C. Antigen care poate fi blocat în complexe antigen-anticorp, lipsind temporar din

ser

- D. Poate fi decelat chiar în situația unor reacții serologice negative
- E. Marker de infecție actuală și activă

## PREZENTARE DE CAZ SIMPLU

1. Copilul în vârstă de 5 ani prezintă febră, cefalee, vomă (2 ori), fotofobie timp de 2 zile: conștient, răspunde la întrebări corect. Obrajii congestionați, sclerele injectate. Poziția în pat – cu capul în retroflexie și picioarele aduse la abdomen. Redoarea cefei, semnele Kernig și Brudzinski pozitive. Reflexele abdominale absente. Mucoasele orofaringiene hiperemiate, secreții nazale seroase.

Care este cea mai importantă investigație pentru stabilirea diagnosticului clinic?

- A. Tomografia computerizată a craniului
- B. Ecografia craniului
- C. Radiografia craniului
- D. Examenul bacteriologic al secrețiilor nazale
- E. Puncția lombară și examenul lichidului cefalorahidian

2. Copilul în vârstă de 3 ani, cu rujeolă (ziua a 3-a–a 4-a a bolii), prezintă conjunctivită, rinită, gingivită.

Pentru prevenirea suprainfecțiilor bacteriene acțiunea corectă va fi:

- A. Îngrijirea mucoaselor, igiena
- B. Administrarea imunoglobulinei antirujeolice
- C. Administrarea preparatelor antivirale
- D. Administrarea preparatelor antibacteriene
- E. Vitaminele A, C

3. Copilul în vârstă de 5 luni prezintă febră moderată, rinită cu eliminări nazale seroase abundente, tuse umedă, lacrimare. La examinare – conjunctivită foliculară, mucoasa orofaringelui hiperemiată, granuloasă, fără depuneri. În a 2-a zi a bolii au apărut scaune lichide (5 ori) fără mucozități. Vome nu a avut.

Diagnosticul poate fi:

- A. Gripă
- B. Pneumonie
- C. Adenoviroză cu sindrom diareic
- D. Difterie conjunctivală
- E. Enterocolită acută

4. Copilul în vârstă de 2 ani, cu rujeolă, în ziua a 4-a a bolii prezintă dispnee și cianoză, insuficiență cardiorespiratorie.

Conduita corectă va fi:

- A. Examenul radiologic al cutiei toracice
- B. Preparate antivirale, cardiace
- C. Antibiotice

- D. Spitalizare urgentă, preparate antibacteriene, cardiace, terapie intensivă
- E. Observare în dinamică la domiciliu

5. Copilul în vârstă de 5 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră (37,5°C), slăbiciune. Acuză dureri la masticăție. Se observă tumefacție în fosa retromandibulară stângă. Glanda parotidiană mărită, dur-elastică, ușor dureroasă, culoarea pielii – neschimbată.

Conduita corectă este:

- A. Spitalizarea copilului
- B. Tratament antibacterian
- C. Tratament antiviral
- D. Tratament simptomatic la domiciliu și supravegherea medicului de familie
- E. Corticoterapia

6. Copilul în vârstă de 10 luni s-a îmbolnăvit brusc: febră (38,5°C), agitație, vărsături, insomnie. Fața congestionată, buzele uscate, sclerele injectate, redoarea cefei. Pe membrele inferioare și pe fese – erupții hemoragice stelate.

Conduita corectă este:

- A. Administrarea de antipiretice la domiciliu și supravegherea medicului de familie (zilnic)
- B. Indicații de tratament la domiciliu, supravegherea medicului de familie (zilnic)
- C. Acordarea asistenței medicale de urgență și supravegherea la domiciliu (la fiecare 1–2 ore).
- D. Acordarea asistenței medicale prespitalicești și spitalizarea
- E. Tratamentul în staționarul de zi

7. Pacientul A., în vârstă de 3 ani, s-a îmbolnăvit acut: are febră (39°C), dureri la deglutiție, cefalee, erupții cutanate punctiforme, enantem, limfadenită cervicală.

Stabiliți diagnosticul preliminar:

- A. Rujeolă
- B. Rubeolă
- C. IRVA
- D. Scarlatină
- E. Mononucleoza infecțioasă

8. Copilul în vârstă de 10 ani s-a adresat la medic în ziua a 2-a a bolii, cu acuze la: cefalee, febră, catar respirator, conjunctivită.

Diagnosticul de rujeolă a fost stabilit în prezență de:

- A. Enantem, erupții maculoase discrete pe tot corpul
- B. Enantem, stomatită, gingivită, semnul Filatov-Koplik
- C. Angină catarală, poliadenopatie, splenomegalie
- D. Erupții maculopapuloase confluențe, pruriginoase pe tot corpul

E. Stomatită cu depuneri albicioase care se detașează ușor

**9.** Pacientul S., în vârstă de 8 ani, s-a îmbolnăvit acut: febră (40,2°C), vome repetate, convulsii. A doua zi, au apărut erupții punctiforme (rozeole și peteșii) pe corp. În istm – hiperemie aprinsă, delimitată. Semnele meningiene slab pronunțate. Oligurie.

Stabiliți diagnosticul preliminar:

- A. Gripă
- B. Infecție meningococică
- C. Infecție enterovirală, meningită seroasă
- D. Scarlatină, forma toxică
- E. Pseudotuberculoză

**10.** Copilul în vârstă de 2 ani, bolnav de 2 zile, prezintă tuse, febră (39,5°C). Frecvența respirației – 36 pe min. Tirajul cutiei toracice lipsește. Fără stridor. Are respirație astmoidă (prima dată). Semnele generale de pericol lipsesc.

Ce maladie se poate suspecta?

- A. Pneumonie
- B. IRA. Sindrom obstructiv (astmatic)
- C. IRA. Sindrom de crup
- D. Astm bronșic
- E. Pertussis

**11.** Un copil în vârstă de 6 ani s-a adresat la medic în a 3-a zi a bolii cu acuze: t° 38°C, dureri moderate la deglutiție, inapetență, stare generală rea. Examenul fizic a depistat: angină cu depuneri de culoare albă (cu nuanță galbuie) pe amigdale, luetă, pilieri, care se detașau greu, lăsând suprafața sângerândă, erau dur-elastice și nu se striveau între două lame. A fost suspectată difteria faringiană răspândită (edem cervical absent).

Indicați tratamentul:

- A. Eritromicină (per os)
- B. Penicilină (intramuscular)
- C. Ser antidifteric (intramuscular)
- D. Penicilină (intramuscular); ser antidifteric (intramuscular)
- E. Eritriomicină (per os); ser antidifteric (intravenos)

**12.** Copilul în vârstă de 10 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră, cefalee pronunțată, vome repetate. Semne meningiene pozitive. Leucopenie.

Conduita corectă în acest caz va fi:

- A. Examenul ultrasonor al organelor interne
- B. Observație pe parcurs
- C. Puncția lombară

- D. Tratament antibacterian
- E. Spălături gastrice

13. Copilul în vârstă de 9 luni s-a îmbolnăvit în urmă cu 3 ore: febră (39°C), convulsii, obnubilare, vomă, diaree, tuse. Examenul obiectiv: paliditate, cianoză periorală și periorbitală, tahipnee, tahicardie, redoarea cefei, semnele Brudzinski și Lesage pozitive.

Ce preparate trebuie administrate urgent?

- A. Antipiretice
- B. Anticonvulsive
- C. Corticosteroizi
- D. Diuretice
- E. Toate cele enumerate mai sus

14. Copilul în vârstă de 10 ani cu oreion, forma glandulară medie. În ziua a 7-a a bolii au apărut cefalee, febră (39°C), dureri în epigastru și sub formă de „centură”, constipații.

Diagnosticul suspect va fi:

- A. Apendicită acută
- B. Pancreatită acută
- C. Gastroduodenită acută
- D. Toxiinfecție alimentară
- E. Ocluzie intestinală

15. Copilul în vârstă de 5 ani cu acuze la febră (37,5°C) și rinită timp de 2 zile. La examinare prezintă erupții maculoase, roz-pale, discrete, pe părțile extensorii ale membrelor, față, fese. Enantem. Ganglionii limfatici periferici, mai mult cei cervicali posteriori și occipitali – tumefiați, sensibili la palpare. A fost stabilit diagnosticul de rubeolă.

Indicați modificările hematologice caracteristice:

- A. Leucopenie, limfocitoză
- B. Leucocitoză, neutrofilie cu deviere spre stânga
- C. Leucocitoză, limfocitoză, VSH încetinit
- D. Leucopenie, limfocitoză, celule plasmatiche Türck
- E. Leucopenie, neutropenie, VSH accelerat, anemie

16. Copilul în vârstă de 12 ani s-a îmbolnăvit brusc, cu febră mare, dureri la deglutiție. În ziua a doua a apărut o tumefacție cervicală în partea stângă, în a treia zi – și în dreapta. La examenul fizic: paliditate, respirație îngreunată, hiperemie faringiană, amigdale tumefiate cu depuneri albicioase, dure, compacte. Ganglionii limfatici cervicali – tumefiați.

Diagnosticul posibil va fi:

- A. Angină lacunară
- B. Angină necrotică

- C. Oreion
- D. Mononucleoză infecțioasă
- E. Difterie faringiană

17. Copilul în vârstă de 6 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră (38,5°C), dureri la deglutiție, erupții rozeoloase pe tot corpul, mai cu seamă în plicile cutanate. În ziua a 6-a a apărut adenoflegmul cervical.

Tratamentul medicamentos se va face cu unul din următoarele preparate:

- A. Ampicilina
- B. Cotrimoxazol
- C. Phenoxymethylpenicilină
- D. Benzylpenicilină
- E. Corticosteroizi

18. Copilul în vârstă de 1 an și 6 luni s-a îmbolnăvit: subfebrilitate, tuse, voce răgușită, indispoziție. În ziua a doua a bolii și-a pierdut vocea, tusea a devenit afonică. Tahipnee. A apărut tiraj intercostal și al cutiei toracice. Semne de catar al căilor respiratorii superioare (rinită, faringită) lipsesc. În familie, un copil suferă de angină (a treia zi).

Diagnosticul posibil va fi:

- A. Viroză respiratorie acută
- B. Laringotraheită acută
- C. Laringotraheită stenoizantă acută
- D. Difterie laringiană
- E. Corp străin laringian

19. Copilul în vârstă de 3 luni se îmbolnăvește acut; are febră, vomă repetată, scaune lichide verzui, cu mucus la a 3-a zi și cu conținut sangvinolent, de 8–12 ori pe zi. Cu 5 zile înainte de a se îmbolnăvi, a fost externat din secția pediatrie, unde a fost tratat de pneumonie bilaterală. Din materiile fecale s-a izolat *Salmonella thyphimurium*.

Indicați antibioticul potrivit:

- A. Penicilină
- B. Gentamicină
- C. Eritromicină
- D. Tetracilină
- E. Polimixină

20. Copilul în vârstă de 2 luni a fost spitalizat la a 7-a zi a bolii cu acuze la tuse în accese (15–20 pe zi), vome, convulsii. Date obiective: față edemată, palidă, cianoză periorală, hemoragii în sclere, fontanela anterioară bombată. În plămâni raluri uscate, tahicardie; abdomenul balonat, scaune de 2–3 ori pe zi, terciforme.

Ce trebuie să facem pentru confirmarea diagnosticului etiologic?

- A. Puncția lombară și analiza LCR
- B. Spălături gastrice
- C. Hemoleucograma
- D. Însămânțarea secrețiilor faringiene
- E. Radiograma cutiei toracice

21. Copilul în vârstă de 6 ani prezintă dureri abdominale periodice, de tip spastic, predominant periombilicale și din dreapta, vomă 1–2 ori,  $t^{\circ} 37,3^{\circ}\text{C}$ , scaune diareice 2 ori pe zi. Abdomenul la palpăre – dureros, încordat. Limba – saburală.

Conduita corectă va fi:

- A. Spălături gastrice
- B. Antipiretice
- C. Spasmolitice
- D. Examinarea leucocitozei
- E. Consultația medicului chirurg

22. Copilul în vârstă de 2 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră ( $39,3^{\circ}\text{C}$ ), vome, excitație. S-a tratat de IRA. Temperatura s-a normalizat, însă copilul a încetat să se sprijine pe picioare și a fost spitalizat. La internare – cunoștință clară. În membrele inferioare lipsesc mișcările active. Tonusul muscular – scăzut. Reflexele osteotendinoase la membrele inferioare și cele abdominale lipsesc. Sensorul păstrat. Nu poate șede fără ajutor.

Diagnosticul preventiv:

- A. Mielită traumatică
- B. Nevrită traumatică
- C. Poliomielită, forma spinală
- D. Infecție respiratorie acută, neurotoxicoză
- E. Poliradiculoneuropatie

23. Copilul în vârstă de 3 luni a suportat salmoneloza thyphimurium, formă gravă, care a evoluat lent, ondulant, cu subfebrilitate, vome, scaune terciforme, cu mucus, rareori lichide (3–4 ori pe zi). Se depistează hepatosplenomegalie, pneumonie bilaterală în focare, pielonefrită, otită purulentă, anemie, hipotrofie (gr. II–III).

Selectați forma clinică a salmonelozei:

- A. Gastrointestinală
- B. Tifoidică
- C. Septică

24. Copilul în vârstă de 4 luni s-a îmbolnăvit acut: scaune lichide, nedigerate (4 ori pe zi), de culoare albicioasă, apatie, refuză hrana, peste 3 zile a apărut icterul. La internare, a 4-a

zi de boală, starea generală gravă, cunoștința clară, somnolent, periodic neliniștit, inapetență, regurgitează 1–2 ori în zi. Icterul pielii și al mucoaselor – pronunțat, hemoragii punctiforme pe picioare, ficatul– dur, elastic, cu 4 cm sub rebordul costal, dureros. Splina – la rebordul costal. Reflexele osteotendinoase – exagerate. În contact cu bolnavii de boli infecțioase acute nu a fost.

Diagnosticul prezumtiv:

- A. Hepatita virală A, forma severă
- B. Hepatita virală B, forma severă
- C. Hepatita virală B, forma malignă
- D. Gastroenterita acută și hepatita toxică
- E. Hepatita virală D, forma severă

25. Copilul în vârstă de 3 luni: hiponutriție (gr. II–III), diaree, vomă repetată, regurgitație, colici abdominale, scaune sangvinolente, semne de deshidratare pronunțată.

Conduita corectă va fi:

- A. Tratamentul cu antibiotice la domiciliu
- B. Rehidratarea orală la domiciliu
- C. Spitalizare și perfuzii intravenoase
- D. Administrarea soluțiilor pentru rehidratare orală în timpul transportării, spitalizarea
- E. Administrarea soluțiilor pentru rehidratare orală în timpul transportării, spitalizare + alimentare corectă. Antibiotice

26. Copilul în vârstă de 10 ani se tratează în secția de boli infecțioase cu diagnosticul hepatită virală B. În a treia săptămână de boală, i s-a ridicat temperatura până la 39°C, au apărut prurit, „înțepături”, dureri și hiperemie în regiunea intercostală stângă. A doua zi starea s-a agravat: 39,5°C, cefalee, au apărut vezicule mici în grupuri (0,3–0,5 mm) și conținut transparent în regiunea intercostală stângă.

Conduita corectă va fi:

- A. Izolarea bolnavului în boxă separată
- B. Tratament cu preparate antivirale
- C. Tratament simptomatic
- D. Continuarea tratamentului hepatitei virale
- E. Toate cele enumerate mai sus

27. Copilul în vârstă de 4 luni s-a îmbolnăvit brusc, are febră (38°C), agitație, vome repetate, scaune verzui, lichide, voluminoase, cu mucus și striuri de sânge. Mama a suportat o boală cu tabloul clinic similar. Mama alăptează copilul.

Conduita corectă va fi:

- A. Continuarea alăptării la sân
- B. Antibioticoterapia

- C. Perfuzii endovenoase
- D. Administrarea soluțiilor pentru rehidratare orală
- E. Toate cele enumerate mai sus

28. Copilul în vârstă de 12 ani cu gripă. În ziua a 3-a a bolii au apărut frisoane, durere, senzație de arsură pe cutia toracică din dreaptă. La examinare: eritem, edem cutanat în forma de semicentură. Pe acest fond – erupții, macule, papule, vezicule cu conținut clar, polimorfe, în grupuri. A fost stabilit diagnosticul Herpes zoster.

Aprecierea corectă va fi:

- A. Acest bolnav este sursă de infecție pentru varicelă
- B. Sursă de Herpes simplex genital
- C. Nu este sursă de varicelă
- D. Sursă de infecție Herpes simplex
- E. Nu este sursă de Herpes zoster

29. Copilul în vârstă de 8 ani acuză brusc dureri în gât, cefalee, febră. Obiectiv: hiperemia faringelui, pe pilierii anteriori – 3 eroziuni și o veziculă.

Diagnosticul clinic în acest caz poate fi:

- A. Angina streptococică
- B. Herpangina enterovirală
- C. Stomatita
- D. Varicela
- E. Trauma mucoasei amigdalelor

30. Copilul în vârstă de 1 an și 6 luni s-a îmbolnăvit: are febră (39°C), diaree, refuză hrana. Scaunele repetate (4–5 ori/zi) conțineau mucus și sânge (striuri și picături). Din materiile fecale s-a izolat *Campilobacter coli*.

Conduita corectă va fi:

- A. Prescrierea tratamentului cu antibiotice la domiciliu, rehidratarea orală
- B. Spitalizarea, tratamentul cu antibiotice, rehidratarea orală
- C. Spitalizarea, tratamentul cu antibiotice, perfuzii endovenoase
- D. Tratamentul la domiciliu prin metoda de rehidratare orală, continuarea alimentației
- E. Spitalizarea, rehidratarea orală, alimentația corectă

31. Copilul în vârstă de 1 an și 2 luni a fost spitalizat la a 8-a zi a bolii cu diagnosticul „Dizenterie acută”. Acasă a avut febră, scaune lichide, cu mucus și sânge. I s-a administrat cu cotrimoxazol 5 zile. Temperatura s-a normalizat. Scaunele acum sunt păstoase, de 4–5 ori pe zi, nedigerate. Din materiile fecale s-a izolat în cantități mari *Klebsiella pneumoniae*.

Conduita corectă va fi:

- A. Alimentația conform vârstei
- B. Corticoterapia
- C. Eubiotice
- D. Antibioticoterapia
- E. Furazolidon

32. Copilul în vârstă de 8 ani s-a îmbolnăvit acut: febră (40°C), vome repetate, cefalee, dureri în gât. La examinare – hiperemia tegumentelor, sclerită, hiperemia mucoasei peretelui posterior al faringelui; pe pilierii anteriori se observă 3 afte și o veziculă cu o areolă de hiperemie. Semnele meningiene – pozitive.

Diagnosticul preventiv va fi:

- A. Gripa, neurotoxicoza
- B. Infecția meningococică
- C. Infecția enterovirală, meningită, herpangină
- D. Scarlatina
- E. Pseudotuberculoza

33. Copilul în vârstă de 3 ani are febră moderată, dureri în abdomen, tenesme, scaune lichide cu mucus și striuri de sânge. La examinare: abdomenul exavat, intestinul sigmoid spasmă.

Diagnosticul prezumtiv va fi:

- A. Salmoneloză
- B. Dizenteria
- C. Holera
- D. Infecția stafilococică
- E. Escherichioza cu Esch. enterotoxigenă

34. Copilul în vârstă de 10 ani acuză brusc cefalee pronunțată, vome repetate, febră. Obiectiv: hiperemia tegumentelor, sclerită, redoarea cefei, semnul Kernig pozitiv. LCR: transparent, pleiocitoză – 277/mm<sup>3</sup>, 70% limfocite, 30% neutrofile, albuminorahie – 0,33%, glucoză – 2,7 mmoli/l, clorizii în normă.

Diagnosticul etiologic în acest caz poate fi confirmat prin:

- A. Metoda bacteriologică
- B. Investigații biochimice
- C. Metoda serologică
- D. Electroencefalogramă
- E. Tomografie computerizată

35. Copilul în vârstă de 6 luni prezintă  $t^{\circ} 37,5^{\circ}\text{C}$ , vomă, diaree cu scaune de 3–5 ori/zi, abundente, cu mucus. Activ, vioi, ochii nu sunt înfundați. Plica cutanată se reface imediat.  
Terapia corectă este:
- A. Antibiotice
  - B. Pauză hidrică de 6–8 ore
  - C. Pauză alimentară de 6–8 ore
  - D. Rehidratare orală
  - E. Rehidratare perfuzională
36. Copilul în vârstă de 1 an și 6 luni cu salmoneloză a avut vomă, diaree, febră. La examinare este vioi, activ, însă bea cu sete, plica cutanată se reface lent.  
Apreciați gradul de deshidratare:
- A. Deshidratare negativ
  - B. Deshidratare moderată
  - C. Deshidratare severă
37. Copilul în vârstă de 1 an și 6 luni cu varicelă a fost tratat la domiciliu. Boala a avut o evoluție ușoară, spre însănătoșire. În ziua a 8-a a bolii starea copilului s-a agravat: au apărut vome repetate, slăbiciune, somnolență, ataxie, mers nestabil.  
Pentru stabilirea diagnosticului clinic este necesar în primul rând:
- A. Examenul virusologic
  - B. Examenul serologic
  - C. Consultația medicului neurochirurg
  - D. Puncția lombară cu examinarea lichidului cefalorahidian
  - E. Radiografia craniană
38. La un copil în vârstă de 6 luni, din scaun s-a izolat *Sh. sonnei*. Acuze nu prezintă. Starea generală satisfăcătoare. Afebril, poftă de mâncare bună. Abdomenul moale, indolor. Scaunul normal. Reacția de hemaglutinare indirectă cu diagnosticul *sonnei* pozitivă 1:200 și în dinamică – 1:800.  
Indicați forma clinică a schigelozei *sonnei*:
- A. Dispeptică
  - B. Frustă
  - C. Inaparentă
  - D. Portaj
  - E. De tip toxiinfecție alimentară
39. Copilul în vârstă de 3 luni a fost internat în ziua a 9-a a bolii cu diagnosticul „Hepatita virală B, forma malignă, precomă. IRA, bronhopneumonie bilaterală”.  
Tratamentul corect va fi:

A. Terapia de detoxicare e.v (sol. glucoză 5–10%), sol albumină 10%, dextran 40) + antibiotice

B. Terapia de detoxicare e.v (sol. glucoză 5–10%), sol albumină 10%, dextran 40)+ antibiotice + inhibitori de proteaze (contrical, hordox), inhibitori ai fibrinolizei (ac. aminocapronic sol. 5%)

C. Terapia de detoxicare e/v (sol. glucoză 5–10%, sol albumină 10%, dextran 40)+ antibiotice + inhibitori de proteaze (contrical, hordox), inhibitori ai fibrinolizei (ac. aminocapronic sol. 5%) + terapia antivirală cu preparate de interferon alfa

D. Terapia de detoxicare e/v (sol. glucoză 5–10%, sol albumină 10%, dextran 40) + antibiotice + inhibitori de proteaze (contrical, hordox), inhibitori ai fibrinolizei (ac. aminocapronic sol. 5%) + corticoterapia (prednisolon 5–10 mg/kg/24 ore)

E. Antibiotice, interferon alfa

40. Copilul în vârstă de 10 ani acuză brusc cefalee pronunțată, vomă repetată, febră.

Semnele meningiene – pozitive. Leucocitoză. Conduita corectă va fi:

A. Examenul ultrasonor al organelor abdominale

B. Observație la domiciliu

C. Spitalizare și puncția lombară

D. Tratament antibacterian la domiciliu

E. Spălătura gastrică

41. Un copil în vârstă de 1 an din centrul de plasament s-a îmbolnăvit acut: febră (39,5°C) și erupții cutanate veziculare. La examinare s-a constatat varicelă.

Conduita corectă va fi:

A. Izolarea copilului. Antipiretice

B. Corticosteroizi

C. Antihistamine

D. Antibiotice

E. Izolarea bolnavului în boxă, antipiretice prelucrarea elementelor eruptive cu substanțe dezinfectante, observare

## RĂSPUNSURI

### Difteria

#### *Complement simplu*

1. B
2. B
3. C
4. D
5. D
6. A
7. C
8. E
9. B
10. A
11. E
12. D
13. B
14. D
15. D
16. A
17. D
18. A
19. D
20. B

#### *Complement multiplu*

1. ABC
2. BDE
3. ABE
4. ACE
5. BDE
6. ABC
7. ABC
8. ACD
9. ACD
10. BCD
11. BCD
12. ABD
13. CDE
14. BCD
15. BDE
16. BCE
17. BDE
18. BDE
19. ABE
20. ABD

## Angina

### *Complement simpli*

1. E
2. B
3. C
4. A
5. E
6. C
7. B
8. B
9. C
10. D
11. D
12. E
13. E
14. C

### *Complement multiplu*

1. ABC
2. ABC
3. ABC
4. BCD
5. ACD
6. BCD
7. BCE
8. ABC
9. CDE
10. BCD
11. CDE
12. ABC
13. ADE
14. BDE
15. BCE
16. BCE
17. ACE
18. ABC
19. ADE
20. CDE
21. ADE
22. ABE
23. ABD
24. ADE
25. ABC
26. ABC

## Scarlatina

### *Complement simplu*

1. D
2. B
3. D
4. C
5. D
6. B
7. B
8. E
9. D
10. B
11. D
12. B
13. C
14. D
15. B
16. B
17. B
18. B
19. C
20. D
21. B
22. B

### *Complement multiplu*

1. BCD
2. CDE
3. BDE
4. ABC
5. ACD
6. BDE
7. BDE
8. ACE
9. BDE
10. BDE
11. BCD
12. ABC
13. ABC
14. ABC
15. ACD
16. CDE
17. BCE
18. BCD
19. BCE
20. BDE
21. ACE
22. BCE
23. ACD
24. BDE
25. ACE
26. ACD
27. BCE
28. ACE
29. BCE
30. ABD
31. BDE

## Rujeola

### *Complement simpliu*

1. B
2. D
3. B
4. B
5. D
6. D
7. D
8. D
9. D
10. D
11. E
12. D
13. A
14. D
15. D
16. B
17. E
18. D
19. A
20. C
  
21. C

### *Complement multiplu*

1. BCD
2. ABE
3. ACE
4. BCD
5. BCE
6. ABC
7. BCD
8. ABD
9. ACE
10. BCE
11. CDE
12. ABE
13. BDE
14. ABE
15. BCE
16. ABC
17. BCD
18. CDE
19. ABC
20. ABC
21. ABE
22. ACD
23. BDE
24. ADE
25. ABE
26. BCD
27. BCE
28. ACE
29. CDE
30. ADE
31. ABD
32. ACE
33. ABE
34. CDE
35. ABE

## Rubeola

### *Complement simplu*

1. C
2. B
3. B
4. A
5. C
6. B
7. B
8. D
9. D
10. E
11. E
12. C
13. D
14. A
15. B
16. E
17. B
18. A
19. C
20. B
21. C
22. B
23. A
24. B
25. A
26. B

### *Complement multiplu*

1. ABE
2. ABC
3. ABD
4. BCD
5. ABC
6. ADE
7. ACD
8. BCD
9. ACDB
10. ABD
11. CDE
12. ABD
13. ACD
14. ACE
15. BDE
16. ABD
17. ADE
18. BCD
19. ACD
20. ADE
21. ABC
22. BCE
23. ABC
24. ABD
25. CDE
26. ACD
27. ACD
28. BCE

## Infecția herpetică

### *Complement simplu*

1. B
2. E
3. E
4. B
5. C
6. E
7. B
8. B
9. D
10. E
11. E
12. C
13. C
14. D
15. E
16. B

### *Complement multiplu*

1. ABC
2. ABE
3. ABC
4. ABC
5. CDE
6. ABC
7. ABD
8. CDE
9. BDE
10. ABC
11. ABC
12. BCE
13. ACD
14. ABC
15. BDE
16. BCD
17. BDE
18. BCE
19. ACE
20. BCE
21. BCD
22. ACD
23. ABD
24. BCE
25. ACD
26. ADE
27. ACD

## Varicela

### *Complement simplu*

1. E
2. B
3. A
4. B
5. B
6. E
7. C
8. E
9. A
10. C
11. E
12. D
13. E
14. A
15. E
16. B
17. D
18. D
19. E
20. D
21. C
22. C

### *Complement multiplu*

1. ADE
2. ADE
3. BCE
4. ACD
5. ABC
6. CDE
7. ABE
8. ABE
9. ACD
10. ACE
11. ABC
12. BCD
13. ACE
14. BDE
15. CDE
16. ACE
17. ACD
18. ABD
19. ABE
20. ABE
21. ADE
22. ADE
23. ABE

## Oreionul

### *Complement simplu*

1. D
2. E
3. C
4. E
5. E
6. D
7. B
8. D
9. E
10. D
11. E
12. C
13. A
14. E
15. C
16. E
17. E
18. B

### *Complement multiplu*

1. BCD
2. BCD
3. BCD
4. ACD
5. CDE
6. BDE
7. BCD
8. BCD
9. ABE
10. BCD
11. ABC
12. BCE
13. ACD
14. CDE
15. ACB
16. ABC
17. ADE
18. CDE
19. ABC
20. ADC
21. ACD
22. ABC
23. ABC
24. ABD
25. ABD
26. BDE
27. ADE

## Pertussis

### *Complement simpli*

1. D
2. E
3. A
4. B
5. E
6. D
7. C
8. E
9. B
10. D
11. B
12. C
13. B
14. C
15. C
16. C
17. D

### *Complement multiplu*

1. BDE
2. ABE
3. CDE
4. ADE
5. BCD
6. ACD
7. ABD
8. BCD
9. ABC
10. ABD
11. BCD
12. ABD
13. ADE
14. BDE
15. ACE
16. ABD
17. ACE
18. BDE
19. ABE
20. ACD
21. BDE
22. ACE
23. BCD
24. ACE
25. BCE
26. ABC
27. BDE
28. ABD
29. BCE
30. ABD
31. BCD

## Infecția meningococică

### *Complement simplu*

1. D
2. C
3. C
4. B
5. B
6. A
7. C
8. C
9. E
10. D
11. B
12. B
13. C
14. C
15. E
16. C
17. A
18. B
19. B
20. C

### *Complement multiplu*

1. ACD
2. ADE
3. ABC
4. ACD
5. ABC
6. ABD
7. ABD
8. CDE
9. CDE
10. ACE
11. ACD
12. ACD
13. BCD
14. ACE
15. BCE
16. ACE
17. ACE
18. BCD
19. CDE
20. ACD
21. ABD
22. ABC
23. BDE
24. ABE
25. ABD
26. ABC
27. BCD
28. BDE
29. ABC
30. BDE
31. ABD
32. ABE

## Gripa

### *Complement simplu*

1. B
2. B
3. D
4. C
5. D
6. C
7. D
8. C
9. A
10. E
11. B
12. B
13. C
14. B
15. B
16. B
17. B

### *Complement multiplu*

1. ABC
2. ABC
3. ABD
4. BCD
5. ABE
6. ABC
7. ABD
8. ACE
9. ACE
10. ABE
11. ABC
12. ABC
13. ADE
14. BCD
15. BCE
16. ABD
17. BCE
18. ABD
19. ACD
20. ABC
21. ACD
22. BCD
23. ADE
24. ABE
25. ABD
26. ACD
27. BDE
28. BCE
29. ACE

## Paragripa

### *Complement simplu*

1. D
2. B
3. C
4. B
5. D

### *Complement multiplu*

1. ACD
2. ABC
3. ABC
4. CDE
5. ADE
6. ABC
7. ABC

## Adenovirozele

### *Complement simplu*

1. C
2. D
3. B
4. E
5. E
6. E

### *Complement multiplu*

1. BCE
2. ABC
3. ACD
4. ACD
5. BCD
6. ACD
7. ABE
8. ABC
9. BCE
10. ABC

## Infecția cu virusul sincițial respirator

### *Complement simplu*

1. A
2. B
3. C
4. B
5. D
6. C
7. B

### *Complement multiplu*

1. BCD
2. BDE
3. ABC
4. BCE
5. BDE
6. CDE
7. ACD
8. ACD
9. ABD
10. ABC
11. ADE

## Enterovirozele

### *Complement simplu*

1. D
2. C
3. C
4. B
5. C
6. B
7. C
8. A
9. E
10. D
11. D
12. E
13. D
14. A
15. C
16. E
17. A
18. E
19. C

### *Complement multiplu*

1. ABC
2. ABE
3. BDE
4. ACE
5. BDE
6. BCD
7. CDE
8. CDE
9. BCD
10. BDE
11. ABC
12. BDE
13. ABC
14. ABC
15. ABE
16. BCE
17. ABC
18. ABC
19. ACD
20. ABC
21. ABC
22. BCD
23. ABC
24. BCD
25. ABC
26. ADE
27. CDE
28. ABC
29. BCD

## Poliomielita

### *Complement simplu*

1. E
2. B
3. E
4. D
5. D
6. E
7. B
8. C
9. B
10. C
11. D
12. D
13. E
14. C
15. D
16. A

### *Complement multiplu*

1. ACE
2. ABD
3. ACE
4. CDE
5. ACD
6. BCD
7. ABC
8. ABC
9. ABD
10. ABC
11. ABC
12. BCD
13. ACD
14. BCE
15. ACD
16. ABC
17. ABC
18. ABC
19. ABC
20. ACD
21. BCD
22. ABC

## Shigeloza

### *Complement simplu*

1. A
2. C
3. B
4. C
5. C
6. A
7. D
8. D
9. C
10. E
11. C
12. B
13. A
14. A
15. B
16. B
17. D
18. E
19. C
20. A

### *Complement multiplu*

1. BCD
2. BCD
3. ABE
4. BCE
5. CDE
6. ABD
7. BCD
8. BCD
9. ABC
10. BCE
11. CDE
12. CDE
13. ABC
14. BCD
15. ACD
16. BCE
17. ABD
18. CDE
19. BCD
20. ACE
21. BCD
22. ABD
23. ABD
24. ABE
25. ABC
26. BCE
27. ABE
28. BCD
29. ADE
30. CDE

## Salmonelozele

### *Complement simplu*

1. D
2. C
3. A
4. B
5. B
6. B
7. B
8. C
9. B
10. E
11. E
12. E
13. E
14. A
15. E
16. E
17. A
18. B
19. E
20. C

### *Complement multiplu*

1. ABC
2. BDE
3. ABC
4. ABD
5. CDE
6. BCD
7. ABC
8. ABE
9. CDE
10. ABD
11. ADE
12. ABC
13. ABC
14. ACD
15. ABC
16. CDE
17. ACD
18. BCE
19. BCD
20. ABD
21. ABC
22. ADE
23. ABC
24. CDE
25. ABC
26. BCE
27. ABC
28. ABC
29. CDE
30. ABC

## Escherichiozele

### *Complement simplu*

1. B
2. B
3. E
4. A
5. E
6. B
7. D
8. C
9. D
10. A
11. C
12. A
13. B
14. D
15. E
16. C
17. C
18. D
19. E
20. B

### *Complement multiplu*

1. ACD
2. ABE
3. BDE
4. ACE
5. ABE
6. BCE
7. ABC
8. CDE
9. ABC
10. CDE
11. BCD
12. ABD
13. ABC
14. ACD
15. ACE
16. CDE
17. BCD
18. BCD
19. ABC
20. ACD
21. ABC
22. ABD
23. BCD
24. CDE
25. ADE
26. ABC
27. ABC
28. ABD
29. ABC

## Infecții intestinale cu ECP

### *Complement simplu*

1. B
2. C
3. B
4. E
5. A
6. E
7. B
8. E
9. C
10. B
11. B

### *Complement multiplu*

1. CDE
2. ABC
3. ABC
4. ABC
5. ACD
6. ABC
7. ABD
8. ABC
9. ABD
10. ADE
11. ACE
12. BCD
13. ABC
14. ABE
15. ACD
16. ACD
17. ABD
18. ACD
19. ACE
20. ACE
21. BCE
22. ACD
23. BCE
24. ABE
25. BCD
26. ACE
27. CDE
28. BDE
29. ACE
30. ACE
31. ABC
32. CDE
33. ABE
34. ABC

## Infecția rotavirală

### *Complement simplu*

1. A
2. B
3. A
4. C
5. E
6. C
7. D
8. B

### *Complement multiplu*

1. BCE
2. BCD
3. ABD
4. ACD
5. ABD
6. ABD
7. ACD
8. ABD
9. ACE
10. ACD

## Tratamentul BDA

### *Complement simplu*

1. C
2. A
3. D
4. B
5. D
6. D
7. D
8. C
9. D
10. C
11. C
12. D
13. D
14. A

### *Complement multiplu*

1. BCE
2. CDE
3. BCD
4. BDE
5. ACD
6. ABC
7. CDE
8. ABE
9. ACD
10. ACE
11. ABDE
12. ABD
13. ABC
14. ACD
15. ADE
16. ABD
17. ABCD
18. ABE
19. ADE
20. ACD
21. BCD
22. BDE
23. ABC
24. ABC

## Dismicrobismul intestinal

### *Complement simplu*

1. A
2. B
3. C
4. C
5. A
6. C
7. C

### *Complement multiplu*

1. ABC
2. ABC
3. ACE
4. ABE
5. ACD
6. ABC
7. ABC
8. ACD
9. ABC
10. ABC
11. BCD
12. BCD
13. ABE
14. ADE

## Hepatitele virale

### *Complement simplu*

1. C
2. E
3. B
4. D
5. C
6. A
7. D
8. B
9. C
10. D

### *Complement multiplu*

1. BCD
2. ABC
3. ABE
4. ACE
5. ABC
6. ABD
7. CDE
8. CDE
9. BDE
10. ACE
11. ACE
12. ABC
13. CDE
14. BCE
15. ACE
16. ACD
17. ABC
18. ACD
19. ABC
20. BDE
21. ABC
22. ABC
23. BCE
24. ABD
25. ADE
26. ABC
27. BCD
28. ABC
29. ABE
30. ACD
31. ACD
32. ABC
33. ABC

## Mononucleoza infecțioasă

### *Complement simplu*

1. C
2. D
3. C
4. D
5. D
6. D
7. E
8. D
9. B
10. E
11. A
12. B
13. E
14. B
15. C
16. D

### *Complement multiplu*

1. BCE
2. BCE
3. ABC
4. ABD
5. ABD
6. ACE
7. ACD
8. ABC
9. BCE
10. ABC
11. ABE
12. ABC
13. BCD
14. BCE
15. BCD
16. ACD
17. ACD
18. ACD
19. BCE
20. ABC
21. ABC
22. ABE
23. ABC
24. ABC

## Neurotoxicoza

### *Complement simplu*

1. B
2. B
3. B
4. C
5. C
6. D
7. B
8. E
9. B
10. C
11. A
12. C
13. A
14. B
15. A
16. A
17. C
18. A
19. E
20. C
21. C
22. C
23. B
24. A
25. C

### *Complement multiplu*

1. ABC
2. ABC
3. ABC
4. ABC
5. ABC
6. ABC
7. BDE
8. ABC
9. ABD
10. ACD
11. ACE
12. ABC
13. ABC
14. ABD
15. ACD
16. ABC
17. ABC
18. ABC
19. ABD
20. ABC
21. ADE
22. ABC

## Asociere simplă

1. 1E 2D3A 4B 5C
2. 1D 2A 3B 4C 5E
3. 1C 2B 3D 4E 5A
4. 1E 2A 3C 4B 5D
5. 1E 2A 3B 4D 5C
6. 1C 2A 3D 4E 5B
7. 1E 2D 3C 4B 5A
8. 1A 2D 3B 4E 5C
9. 1B 2C 3E 4A 5D
10. 1D 2C 3B 4A 5E
11. 1B 2A 3E 4D 5C
12. 1B 2D 3C 4A 5E 6F
13. 1C 2A 3B 4E 5D
14. 1C 2D 3A 4E 5B
15. 1B 2A 3C 4E 5D
16. 1C 2B 3D 4A 5E
17. 1C 2B 3A
18. 1C 2A 3B 4E 5D
19. 1B 2A 3C 4D
20. YYY
21. 1E 2C 3B 4A 5D
22. 1B 2E 3C 4A 5D
23. 1C 2A 3E 4B 5D
24. 1BCE 2AD
25. 1B 2A 3C 4D 5E
26. 1A 2D 3C 4E 5B
27. 1E 2B 3A 4C 5D
28. 1B 2C 3D 4E 5A
29. 1D 2A 3C 4B
30. 1E 2C 3B 4A 5D
31. 1D 2A 3E 4C 5B
32. 1C 2B 3D 4A
33. 1E 2D 3C 4B 5A
34. 1E 2B 3A 4C 5D
35. 1D 2A 3B 4C 5E
36. 1B 2E 3A 4D 5C

## Prezentare de caz simplu

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. E  | 22. C |
| 2. A  | 23. C |
| 3. C  | 24. C |
| 4. D  | 25. E |
| 5. D  | 26. E |
| 6. D  | 27. E |
| 7. D  | 28. A |
| 8. B  | 29. B |
| 9. D  | 30. B |
| 10. B | 31. C |
| 11. D | 32. C |
| 12. C | 33. B |
| 13. E | 34. C |
| 14. B | 35. D |
| 15. D | 36. B |
| 16. E | 37. D |
| 17. D | 38. C |
| 18. D | 39. E |
| 19. B | 40. C |
| 20. D | 41. E |
| 21. E |       |

## BIBLIOGRAFIE

1. Galina Rusu (redacția). *Boli infecțioase la copii*. Chișinău, 2001.
2. Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин. *Инфекционные болезни у детей*. Медицина, Москва, 1990.
3. Marin G.R. Voiculescu. *Boli infecțioase*. Ed.med., București, 1989, vol.1, 2.
4. Ian Tansanu. *Pediatrie*. Iași, 1995, vol. 1.
5. Șt.M. Dimitriu și coaut. *Boli infecțioase și epidemiologie*. Curs. Iași, 1986.
6. P. Galetchi cu coaut. *Ghid practic de microbiologie medicală*. Chișinău, București, 1977.
7. Mircea Chiotan. *Boli infecțioase*. București, 1998.
8. В.В. Иванова. *Инфекционные болезни у детей*. Москва, 2002, 929 с.
9. В.Ф. Учайкин. *Руководство по инфекционным болезням у детей*. ГЭОТАР, „Медицина”, Москва, 1999, 809 с.
10. E. Pilly. *Maladies infectieuses et tropicales*.
11. Г.А. Тимофеева, Л.А. Антипова. *Инфекционные заболевания детей первого года жизни*. М.,1985.
12. Г.А.Тимофеева. *Стафилококковая инфекция у детей*. Л.,1977.
13. C. Spânu, G. Rusu, L. Vârca. *Infecții clinico-epidemiologice, diagnostic, tratament, profilaxie*. Chișinău, 2005.
14. Л.В. Быстрыкова. *Инфекционные экзантемы у детей*. М.,1982.
15. А.П. Казанцев. *Эпидемический паротит*. М., 1988.
16. А.П. Зинченко. *Острые нейроинфекции у детей*. М., 1986.
17. А.И. Иванов. *Инфекционные болезни с экзантемами*. М., 1970.
18. Н.И. Нисевич, М.О. Гаспарян. *Инфекционный мононуклеоз у детей*. М.,1975.
19. В.И. Покровский, Л.А. Фаворова, Н.Н. Костюкова. *Менингококковая инфекция*. М.,1976.
20. А.И. Швалко. *Коклюш*. М., 1974.
21. Л.А. Фаворова и др. *Дифтерия*. М., 1986.
22. I. Pciuc și coaut. *Encefalopatia toxiiinfecțioasă acută la sugari*. Chișinău, 1996.
23. А.С. Мартынкин. *Коклюш у детей*. Л., 1990.
24. Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин. *Тяжелые и злокачественные формы вирусного гепатита у детей*. М., Медицина, 1982.
25. Petru Galetchi, Galina Rusu și coant “Dismicrobismul intestinal la copii”Chișinău, 2008
26. Protocoale clinice naționale, 2008, 2009, 2010

