

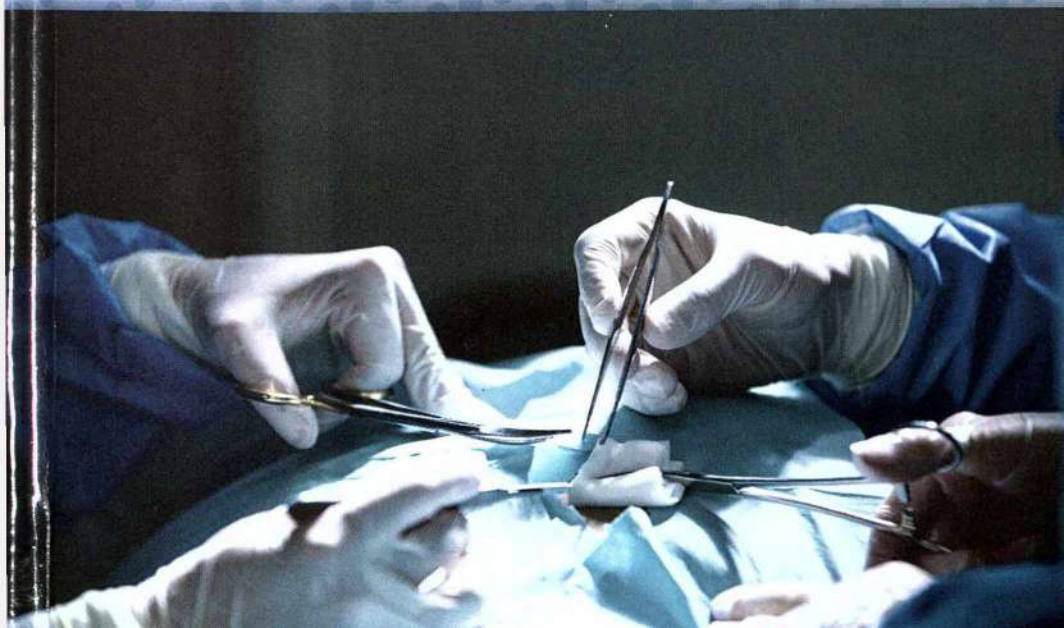
617
C45

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



CHIRURGIA

ÎN TESTE



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCHI ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”

Catedra CHIRURGIE nr.2

CHIRURGIA

ÎN TESTE

*Redacție științifică de Vl. Hotineanu, dr. hab. șt. med.,
profesor universitar, Om Emerit, Laureat al Premiului Național,
academician al Academiei de Științe din Republica Moldova*

*Ediția a II-a,
revăzută și completată*



762950

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”

Biblioteca Științifică Medicală

SPS

Chișinău • 2020
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*

Aprobat de Consiliul de management al Calității al USMF
„Nicolae Testemițanu”; proces-verbal nr. 6 din 24.02.2020

Colectivul de autori:

- Vladimir Hotineanu** – profesor universitar, doctor habilitat în științe medicale, academician al Academiei de Științe din Republica Moldova;
- Adrian Hotineanu** – profesor universitar, doctor habilitat în științe medicale, șef catedră
- Vladimir Cazacov** – profesor universitar, doctor habilitat în științe medicale;
- Alexandru Iliadi** – conferențiar universitar, doctor în științe medicale;
- Alexandru Ferdohleb** – conferențiar universitar, doctor în științe medicale;
- Gheorghe Musteață** – conferențiar universitar, doctor în științe medicale;
- Vasile Tiron** – conferențiar universitar, doctor în științe medicale;
- Anatol Cazac** – conferențiar universitar, doctor în științe medicale;
- Zinaida Caragaș** – conferențiar universitar, doctor în științe medicale;
- Valentin Bendelic** – conferențiar universitar, doctor în științe medicale;
- Toader Timiș** – conferențiar universitar, doctor în științe medicale;
- Lucian Palli** – conferențiar universitar, doctor în științe medicale;
- Eduard Bortă** – asistent universitar, doctor în științe medicale;
- Serghei Burgoci** – asistent universitar;
- Mariana Bujac** – cercetător științific superior, doctor în științe medicale.

Redactor: Lidia Serghienco – Ciobanu

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Chirurgia în teste / Vladimir Hotineanu, Adrian Hotineanu, Vladimir Cazacov [et al.];
redacție științifică de Vl. Hotineanu; Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al
Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Catedra Chirurgie nr. 2. – Ed. a 2-a, rev. și compl. – Chișinău: Medicina, 2020 (Tipogr.
„Print-Caro”). – 468 p.: tab.

200 ex.

ISBN 978-9975-82-189-6.

617(079)

C 45

CUPRINS

Prefață	4
Notă explicativă	5
Curriculumul la disciplina „Boli chirurgicale”	7
Patologia chirurgicală a glandei tiroide	43
Patologia chirurgicală endocrină.....	55
Patologia chirurgicală a mediastinului.....	68
Afecțiunile pleuro-pulmonare supurative (Abcesul pulmonar, Boala bronșiectatică, Gangrena pulmonară, Pleureziile purulente nespecifice)	76
Afecțiunile nesupurative pleuro-pulmonare	96
Cardiopatiile congenitale și dobândite.....	107
Afecțiunile chirurgicale ale diafragmului	115
Patologia chirurgicală a esofagului.....	124
Arteriopatiile periferice	137
Chirurgia bolii ulceroase. Boala stomacului operat.....	158
Patologia chirurgicală a ficatului	172
Hemoragiile digestive	184
Pancreatita cronică.....	195
Sindromul postcolecistectomie	218
Patologia chirurgicală a intestinului subțire.....	226
Sindromul de hipertensiune portală	238
Afecțiunile chirurgicale ale splinei	250
Afecțiunile chirurgicale ale colonului.....	256
Afecțiunile chirurgicale ale rectului.....	282
Transplantologia	294
Herniile	308
Fistulele intestinale	319
Abdomenul acut. Apendicita acută.....	334
Abdomenul acut. Colecistita acută	352
Abdomenul acut. Pancreatita acută.....	369
Tromboza enteromezenterică.....	394
Abdomenul acut. Ulcerul perforat	400
Abdomenul acut. Peritonitele.....	408
Traumatismul abdominal	436
Traumatismul toracic	448
Anexă. Prezentare de caz clinic	459

PREFAȚĂ

Ediția a II-a

Medicina este o știință în continuă schimbare, ce necesită revizuirea periodică a practicilor existente cu privire la tratamentul medico-chirurgical și arsenalul diagnostic.

Anume acest deziderat argumentează necesitatea reactualizării programelor de studii la disciplina „Boli chirurgicale”, cât și asigurarea studenților cu manuale și compendii ce ar reflecta viziunile contemporane în domeniul chirurgiei.

Culegerea „*Chirurgia în teste*” (ediția a II-a), prin denumirea sa, reflectă actualitățile diagnosticului și tratamentului referitoare la unele capitole din chirurgie, care constituie obiectul de studiu la anii V și VI în cadrul Facultății de Medicină.

Conținutul culegerii este axat pe implementarea planului de studii și a Curriculumului la disciplina „Boli chirurgicale” pentru studenți și rezidenți la compartimentele studiate. În culegere autorii au inclus un material didactic amplu și date considerate utile sub aspectul teoriei și practicii clinice.

Materialele expuse au drept scop pregătirea logică, sistematică și complexă a studenților, verificarea și estimarea cunoștințelor asimilate de studenți la etapele de pregătire pentru lucrările practice, examenele de promovare și de absolvire la disciplina de studii „Boli chirurgicale”.

Sperăm că lucrarea „*Chirurgia în teste*” va fi utilă nu numai studenților Facultății de Medicină, dar și rezidenților, chirurgilor practicieni.

Nu pretindem la o expunere absolut perfectă a materiei, conștientizând faptul că perfecțiunea nu are limite, de aceea vom fi recunoscători observațiilor critice venite din partea Dumneavoastră, dragi colegi.

Autorii

NOTĂ EXPLICATIVĂ

Planul tematic al disciplinei de studii „Boli chirurgicale” pentru studenții anului V, Facultatea de Medicină, prevede în total 240 de ore. Pentru fiecare temă, prelegerile cuprind noțiuni anatomo-fiziologice, etiologia, patogenia, anatomia patologică, clasificarea, tabloul clinic, diagnosticul, diagnosticul diferențial, tratamentul medical și chirurgical, complicațiile și profilaxia acestora.

Studierea cursului „Boli chirurgicale” are drept scop dezvoltarea gândirii clinice la studenți – formularea diagnosticului preventiv și definitiv, aprecierea tacticii chirurgicale, acumularea deprinderilor practice manuale, cunoașterea tehnicilor operatorii de bază. Lecțiile practice le oferă studenților în Medicină o sinteză a cunoștințelor de bază acumulate la studierea acestei discipline, metode de examinare clinice, participarea la intervenții chirurgicale, la manipulații și pansamente în secția de internare, în policlinică.

Curația bolnavilor prevede lucrul în secția de internare, în blocul operator și în sala de pansamente. Pe tot parcursul anului de studii, semestrial se efectuează controlul oral și prin testare a cunoștințelor teoretice și practice.

Condiția obligatorie de studii este însușirea programei de studii și a deprinderilor practice, ce permit viitorului medic să se orienteze în situația de urgență, elaborând un algoritm adecvat de examinare și tratament de urgență.

După terminarea cursului de Chirurgie la anul V, studentul trebuie să cunoască:

- Problema social-economică a patologiilor chirurgicale.
- Frecvența, etiologia și patogenia bolilor chirurgicale abdominale, cât și a traumatismelor abdominale.
- Metodele contemporane de investigare (de urgență și programate) a patologiilor chirurgicale.
- Diagnosticul pozitiv și diagnosticul diferențial al bolilor chirurgicale ale organelor abdominale.
- Metodele contemporane de tratament al bolilor chirurgicale intraabdominale și al traumatismelor abdominale.
- Metodele de profilaxie a afecțiunilor chirurgicale acute și cronice.
- Expertiza bolnavilor chirurgicali, prezentarea documentației medicale.

După terminarea cursului de Chirurgie la anul V, studentul trebuie să posede:

- Deprinderi de stabilire a diagnosticului clinic al afecțiunilor chirurgicale.
- Deprinderi de alcătuire a algoritmului de investigație a bolnavului chirurgical atât în urgențe, cât și programat.
- Deprinderi practice necesare la examinarea pacientului și stabilirea diagnosticului.
- Deprinderi de determinare a indicațiilor metodelor clasice de tratament al celor mai frecvente patologii chirurgicale.
- Deprinderi de acordare a ajutorului medical de urgență în patologia chirurgicală urgentă și în traumatisme.
- Deprinderi practice necesare pentru îngrijirea bolnavului chirurgical pre- și postoperator.
- Deprinderi de asistare la operații, de lucru în sala de pansamente, în secția de internare.

CURRICULUMUL LA DISCIPLINA

BOLI CHIRURGICALE

S.10.O.09 Studii integrate

PRELIMINARII

• **Prezentarea generală a disciplinei: locul și rolul disciplinei în formarea competențelor specifice ale programului de formare profesională / specialității.**

Disciplina „Boli chirurgicale” este o ramură a medicinei ce se ocupă cu studierea anatomiei clinice, fiziologiei, etiopatogeniei bolilor cavității abdominale, tabloului clinic al afecțiunilor organelor, cavității abdominale, cu clasificarea, tratamentul și profilaxia acestor afecțiuni.

Procesul didactic se efectuează în 2 moduri principale: prelegeri și lucrări practice.

Prelegerile au scopul de a explica studenților mai simplu și mai aprofundat acele chestiuni și probleme care sunt mai puțin elucidate în manualul de specialitate. Totodată, ele sunt menite să trezească la fiecare student necesitatea de a studia materialele din cursul de Urologie și de a folosi cunoștințele obținute în viața cotidiană de medic.

Lecțiile practice au scopul de a-l ajuta pe student să însușească în limitele posibilităților metodele de examinare în urologie și aplicarea lor în practica medicală.

• **Importanța (scopul) curriculumului în formarea profesională.**

Programa de studii la chirurgie include informațiile de bază, reperatele cu privire la formarea specialistului de calificare înaltă cu studii de licență în domeniul sănătății.

Scopul disciplinei „Boli chirurgicale”: studierea etiopatogeniei, clasificărilor, tabloului clinic, diagnosticului, inclusiv a celui diferențial, și tratamentului afecțiunilor chirurgicale; însușirea materialului teoretic și a deprinderilor practice, care vor permite viitorului medic de a se orienta în situațiile de urgență, cu elaborarea unui algoritm adecvat de examinare și tratament de urgență; însușirea metodelor de diagnostic, a tacticii medicale în diverse afecțiuni chirurgicale; acordarea ajutorului de urgență pacienților în diverse afecțiuni chirurgicale.

- **Limba/limbile de predare a disciplinei:** română, rusă, engleză.
- **Beneficiari:** studenții anului V, Facultatea de Medicină, specialitatea Chirurgie.

I. ADMINISTRAREA DISCIPLINEI

Codul disciplinei		S.10.O.093	
Denumirea disciplinei		BOLI CHIRURGICALE	
Responsabil (i) de disciplină		dr. hab. șt. med., prof. univ. A. Hotineanu; dr. hab. șt. med., prof. univ. V. Cazacov; dr. hab. șt. med., prof. univ. P. Bujor; dr. șt. med., conf. univ. A. Iliadi	
Anul	V	Semestrul/Semestrele	IX-X
Numărul de ore total, inclusiv:			240
Curs	40	Lucrări practice	50
Seminare	50	Lucrul individual	56
Stagiu practic (total ore)			44
Forma de evaluare	E	Numărul de credite	8

II. OBIECTIVELE DE FORMARE ÎN CADRUL DISCIPLINEI

La finele studierii disciplinei studentul va fi capabil:

- **la nivel de cunoaștere și înțelegere:**
 - să recunoască afecțiunile chirurgicale la pacienți;
 - să cunoască particularitățile debutului și evoluției diverselor afecțiuni chirurgicale;
 - să înțeleagă metodologia și particularitățile examinării pacienților cu diverse afecțiuni chirurgicale;
 - să cunoască indicațiile și modul de transfer al pacienților în servicii specializate;
 - să cunoască frecvența, etiologia și patogenia bolilor chirurgicale abdominale, cât și ale traumatismelor abdominale;
 - să cunoască metodele contemporane de investigație (urgente și programate) ale patologiei chirurgicale;
 - să cunoască metodele contemporane de tratament ale bolilor chirurgicale abdominale și ale traumatismelor abdominale;
 - să cunoască metodele de profilaxie ale patologiilor cronice și acute ale organelor abdominale.

- **la nivel de aplicare:**
 - să efectueze colectarea și estimarea corectă a datelor de anamneză;
 - să efectueze examinarea corectă a pacienților cu diferite afecțiuni chirurgicale;
 - să poată stabili diagnosticul preventiv;
 - să aprecieze gravitatea stării generale a pacientului;
 - să acorde ajutor urgent în stările critice.
- **la nivel de integrare:**
 - să aprecieze importanța disciplinei „Boli chirurgicale” în contextul Medicinii;
 - să abordeze creativ problemele medicinei fundamentale;
 - să deducă interrelații între „Bolile chirurgicale” și alte discipline fundamentale;
 - să posede abilități de implementare și integrare a cunoștințelor obținute la disciplina „Boli chirurgicale” cu disciplinele fundamentale;
 - să fie apt de a evalua și autoevalua obiectiv cunoștințele în domeniu;
 - să fie apt de a asimila noile realizări în domeniul bolilor chirurgicale și a le integra cu alte discipline medicale.

III. CONDIȚIONĂRI ȘI EXIGENȚE PRELABILE

Bolile chirurgicale reprezintă disciplina chirurgicală ce stabilește diagnosticul și tratează prin manevre operatorii și non-operatorii afecțiunile chirurgicale ale maturilor.

Predarea disciplinei „Boli chirurgicale” viitorilor medici este necesară și indiscutabilă, reieșind din particularitățile organismului uman și problemelor social-economice ale patologiilor chirurgicale. Importanța cunoașterii afecțiunilor chirurgicale este deosebită, deoarece medicul generalist este primul care vede bolnavul și de cunoștințele lui depinde diagnosticul precoce al afecțiunilor chirurgicale, tratamentul precoce și adecvat cu supraviețuirea ulterioară a pacientului. Necunoașterea elementelor de bază ale bolilor chirurgicale pentru medicii generaliști poate avea consecințe grave pentru pacient, familie, societate. Pentru buna însușire a disciplinei sunt necesare cunoștințe temeinice în domeniile biologiei, chimiei, anatomiei, histologiei, biochimiei, farmacologiei, morfopatologiei, fiziopatologiei etc. obținute în primii trei ani de studii.

Acest scop va fi atins prin:

- a) explicarea morbidității gastroduodenale;
- b) lămurirea particularităților examenului gastroduodenal și însemnătatea lui pentru diagnosticarea precoce a bolilor abdominale;
- c) însușirea de către studenți a metodelor de examinare din sfera gastrochirurgiei;
- d) aducerea la cunoștința studenților a noilor aspecte despre etiologia, mecanismul de dezvoltare a bolilor, precum și profilaxia lor;
- e) formarea la studenți a unui complex de deprinderi practice, însușirea metodelor de examinare a aparatului gastroduodenal;
- f) folosirea largă a rețelei tehnico-materiale din sfera gastroduodenală, cabinetele din secția de chirurgie hepato-bilio-pancreatică, secțiile viscerală abdominală și endocrină, colo-rectală, chirurgie septică;
- g) participarea studenților în procesul de tratament al bolnavilor, participarea studenților în activitatea cercului științific.

IV. TEMATICA ȘI REPARTIZAREA ORIENTATIVĂ A ORELOR

Cursuri (prelegeri), lucrări practice/ lucrări de laborator/seminare și lucru individual

Nr. d/o	TEMA	Numărul de ore		
		Prelegeri	LP/S	Lucru individual
1.	Istoria Catedrei de chirurgie nr.2. Curația bolnavilor.	2	5	2
2.	Patologia chirurgicală a glandei tiroide. Gușa endemică, gușa sporadică. Gușa tireotoxică. Tiroidite și strumite. Gușa Riedel și Hashimoto. Chisturile glandei tiroide.	2	5	4
3.	Patologia chirurgicală endocrină (glandelor paratiroide, suprarenalelor, timusului, pancreasului). Tulburări sistemice endocrine multiple.	2	5	2
4.	Afecțiuni pleuro-pulmonare supurative. Boala bronșiectatică. Abscesul pulmonar. Gangrena pulmonară. Afecțiunile pleurei. Empiemul acut și cronic.	2	5	4
5.	Afecțiunile nesupurative pleuro-pulmonare. Chistul neparazitar pulmonar. Hidatidoza pulmonară. Pneumotoraxul spontan.	2	5	4

Nr. d/o	TEMA	Numărul de ore		
		Prelegeri	LP/S	Lucru individual
6.	Cardiopatiile valvulare dobândite (mitrale, aortice, tricuspidiene și pulmonare). Boala ischemică a cordului. Aneurismul miocardic postinfarct. Pericarditele.	2	5	2
7.	Cardiopatiile congenitale (defectul septului atrial, defectul septului ventricular, persistența canalului arterial, tetralogia Fallot, stenoza arterei pulmonare, stenoza aortică, coarctația de aortă.	2	5	2
8.	Patologia chirurgicală a mediastinului (tumori, chisturi, sindromul cavei superioare). Patologia chirurgicală a diafragmului.	2	5	2
9.	Arteriopatiile periferice. Sindromul de ischemie cronică. Ateroscleroza obliterantă, endarterita obliterantă. Boala Raynaud. Aneurismele vasculare.	2	5	4
10.	Insuficiența vasculară acută (periferică, tromboza entero-mezenterică). Patologia chirurgicală a aortei.	2	5	2
11.	Patologia chirurgicală a esofagului. Achalazia, diverticulul esofagian. Coroziile și stricturile de esofag. Tumorile benigne de esofag.	2	5	2
12.	Boala stomacului operat: ulcerul peptic recidivant, fistula gastrocolică, sindromul ansei aferente, sindromul dumping.	2	5	2
13.	Hemoragiile digestive.	2	5	2
14.	Patologia chirurgicală a ficatului: supurativă – abcese hepatice; nesupurativă – chisturile parazitare și neparazitare. Tumorile benigne ale ficatului.	2	5	4
15.	Sindromul postcolecistectomie – aspecte de diagnostic și tratament contemporan. Diagnosticul și tratamentul contemporan al icterului mecanic și angiolitei.	2	5	2
16.	Hipertensiunea portală. Patologia chirurgicală a splinei.	2	5	4
17.	Pancreatita cronică.	2	5	2
18.	Patologia chirurgicală a intestinului subțire și gros.	2	5	4
19.	Patologia chirurgicală a rectului. Fistulele intestinale.	2	5	2
20.	Abdomenul acut chirurgical. Falsul abdomen acut.	2	5	4
		40	50/50	56
Total		240		

V. OBIECTIVE DE REFERINȚĂ ȘI UNITĂȚI DE CONȚINUT

Obiective	Unități de conținut
Pentru fiecare temă prevăzută de curriculum se va urmări scopul ca studentul:	
<ul style="list-style-type: none"> • să definească sindromul pus în discuție la fiecare temă; • să cunoască: <ul style="list-style-type: none"> – detalierea sindromului, care cuprinde fiziopatologia, semiologia, metodele moderne de investigații, semnificația sindromului pentru diagnosticul nosologic; – maladiile ce se manifestă prin sindromul în cauză; – incidența, aspectele moderne de etiologie și patogenie ale bolilor discutate la fiecare temă; – diagnosticul clinic și paraclinic (de laborator și instrumental) al fiecărei entități nosologice cu argumentarea lui; • să demonstreze abilitatea: <ul style="list-style-type: none"> – de a efectua diagnosticul clinic și paraclinic (de laborator și instrumental) al fiecărei entități nosologice cu argumentarea lui; – de a efectua diagnosticul diferențial și argumentarea lui; – de a întocmi diagnosticul clinic desfășurat (boala de bază, complicațiile și comorbiditățile); – de a întocmi planul de examinare paraclinică cu argumentarea lui; – de a întocmi planul de tratament personalizat (al bolii de bază și al comorbidităților) cu argumentarea lui; • să aplice: <ul style="list-style-type: none"> – cunoștințele și deprinderile practice acumulate; – algoritmul de diagnostic, diagnostic diferențial și de tratament în eventualele stări de urgență; – cunoștințele ce țin de întocmirea documentației medicale (fișa de observație, epicriza de etapă, de transfer și de externare; extras din fișa de observație; fișa statistică). • să integreze cunoștințele în domeniile disciplinelor fundamentale, preclinice și ale celor clinice. 	
Tema 1. Istoria catedrei. Curația bolnavilor	
<ul style="list-style-type: none"> – să cunoască schema fișei de observație a bolnavului chirurgical; – să îndeplinească documentele medicale: fișa de observație, extrasele și certificatele pentru policlinică; – să prezinte fișa de observație a pacientului la finalul cursului practic. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proba clinică combină pregătirea teoretică a studentului cu pregătirea practică dobândită printr-o experiență personală, care are mari variații individuale. Sunt necesare pregătirea teoretică temeinică, experiența clinică în examinarea și îngrijirea bolnavilor, cunoașterea tehnicilor de explorare a bolnavilor. 2. Proba clinică include examinarea completă a bolnavului, stabilirea diagnosticului, analiza cazului și indicarea tratamentului efectuate în condiții de lucrări practice ori examen de promovare. Particularitățile examenului clinic general și local al bolnavului chirurgical, în condiții diverse, impun o anamneză atentă pentru stabilirea factorilor genetici și de mediu incriminați în apariția bolii, un examen clinic complet, stabilirea unui diagnostic etiologic, topografo-anatomic, anatomo-morfologic, complicațiilor de stadializare. Opțiunile terapeutice și decizia individualizată de tratament vor fi completate de aprecierea prospectivă a calității vieții și de evaluarea răspunsului terapeutic.

Obiective	Unități de conținut
	<p>3. Scopul lucrării practice constă în studierea aprofundată a metodelor de explorare clinică și paraclinică, stabilirea diagnosticului prezumtiv și definitiv în baza rezultatelor de explorare, prezentarea planului de tratament medico-chirurgical. Fiecare student este obligat să cureze de la 2 până la 5-6 bolnavi. Către această lecție practică studentul trebuie să cunoască: examinarea clinică a bolnavului chirurgical (interogarea, inspecția, palparea, percuția, auscultarea, explorarea instrumentală).</p>
<p>Tema 2. Patologia chirurgicală a glandei tiroide</p>	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale patologiei glandei tiroide; - să cunoască metodele de cercetare în patologia glandei tiroide; - să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia glandei tiroide; - să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale gușii difuze și nodulare, hipertiroidilor, tiroidilor cronice, cancerului tiroidian și în dereglările ei funcționale; - să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia glandei tiroide și dereglările ei funcționale.</p>	<p>1. Noțiuni de anatomie și fiziologie. Clasificarea patologiei glandei tiroide. Etiopatogenie. Factorii care contribuie la perturbarea sintezei hormonilor tiroidieni – factori de mediu, factori individuali, factori genetici.</p> <p>2. Metode de explorare a glandei tiroide: clinice (anamneza și examenul obiectiv clinic) și paraclinice (imagistice – radiografia cervicală, radiografia toracică, tranzitul baritat esofagian; scintigrafia tiroidiană; explorarea funcției tiroidiene: radiocaptarea, dozarea iodului proteic, dozarea serică a T₃-T₄, dozarea urinară T₃-T₄, metabolismul bazal, proba Werner, proba Querido-Stamburi; investigații ecografice morfologice – trepanația tiroidiană și puncția aspirativă ecoghidată.</p> <p>3. Gușile. Gușa difuză și nodulară (congenitală, sporadică, endemică). Etiologie. Fiziopatologie. Clasificare. Epidemiologie. Noțiunea de zonă endemică. Morfopatologie (gușa parenchimatooasă, gușa difuză, gușa coloidală, gușa nodulară, gușa chistică). Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul profilactic, curativ medicamentos și chirurgical. Indicații la tratamentul chirurgical. Evoluție. Forme clinice evolutive (forma oligosimptomatică, endocrinopatică, neuropatia). Complicații. Prognostic.</p> <p>4. Hipertiroidiile (tireotoxicoza). Etiologie. Fiziopatologie (teoria neuroendocrină, tiroidita autoimună). Clasificare. Morfopatologie (forme difuze, forme nodulare unice, forme nodulare multiple). Simptomatologia. Forme clinice (hipertiroidia primară pură cu hipertrofie tiroidiană difuză, Boala Graves-Basedow, adenomul toxic tiroidian Plummer). Diagnosticul diferențial. Tratamentul profilactic, curativ medicamentos și chirurgical. Indicații la tratamentul chirurgical. Evoluție. Complicațiile imediate și tardive postoperatorii. Profilaxia lor.</p> <p>5. Bolile inflamatorii ale tiroidei. Tiroiditele și strumitele acute. Tiroidita subacută granulomatoasă (tiroidita De Quervain). Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p>

Obiective	Unități de conținut
	<p>6. Tiroiditele cronice. Tiroidita limfomatoasă (boala Hashimoto). Tiroidita cronică fibroasă Riedel. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>7. Cancerul tiroidian. Clasificare. Anatomie patologică. Tabloul clinic și investigații paraclinice. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Tratamentul chirurgical. Evoluție. Complicații. Prognostic.</p>
<p>Tema 3. Patologia chirurgicală endocrină. Patologia chirurgicală a glandelor paratiroidice. Patologia chirurgicală a glandelor suprarenale. Patologia chirurgicală a timusului. Patologia chirurgicală a pancreasului. Tulburări sistemice endocrine multiple</p>	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale patologiei glandei paratiroidice, suprarenale, timusului, pancreasului și tulburărilor sistemice endocrine;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia chirurgicală endocrină;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia chirurgicală endocrină;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii (cancer) ale glandelor paratiroidice, suprarenale, timusului, pancreasului, și dereglărilor lor funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia glandelor endocrine și în dereglările lor funcționale.</p>	<p>1. Patologia chirurgicală a glandelor paratiroidice. Elemente de anatomie și fiziologie a glandelor paratiroidice. Hiperparatiroidismul primar Recklinghausen. Noțiuni de hiperparatiroidism secundar și terțiar. Epidemiologie. Etiopatogeneză. Anatomie patologică. Formele clinice ale hiperparatiroidismului primar. Diagnosticul pozitiv. Investigații clinice și paraclinice, biochimice, radiologice ale scheletului, radioimunologice, angiografia, cateterismul selectiv al venelor gâtului și mediastinului, ultrasonografia, tomografia computerizată, scintigrafia cu ²⁰¹Thalium, rezonanța magnetică nucleară. Indicații pentru tratamentul chirurgical. Complicații. Criza hipercalcemică.</p> <p>2. Patologia chirurgicală a glandelor suprarenale. Hiperadrenocorticismul. Sindromul Cushing. Etiopatogeneză. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Indicații pentru tratamentul terapeutic. Principiile tratamentului chirurgical. Indicații și contraindicații pentru tratamentul chirurgical.</p> <p>Hiperaldosteronismul primar (sindromul Conn). Etiopatogeneză. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Indicații pentru tratamentul terapeutic. Principiile tratamentului chirurgical. Indicații și contraindicații pentru tratamentul chirurgical.</p> <p>Feocromocitomul. Etiopatogeneză. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Indicații pentru tratamentul terapeutic. Principiile tratamentului chirurgical. Indicații și contraindicații pentru tratamentul chirurgical.</p> <p>3. Patologia chirurgicală a timusului. Miastenia gravis. Etiopatogenie. Clasificare. Diagnosticul clinic și paraclinic. Testul anticolinesterazic, electromiografic, teste serologice, radiologice, scintigrafie Se-metionin, angiografie, tomografie computerizată toracică. Tratamentul chirurgical. Criza colinergică.</p> <p>4. Patologia chirurgicală a pancreasului. Categoriile tumorilor pancreasului endocrin: Insulinoame – tumorile secretante de insulină.</p>

Obiective	Unități de conținut
	<p>Sindromul Zollinger-Ellison – tumorile secretante de gastrină (gastrinoame) responsabile de apariția ulcerelor digestive de sorginte endocrină.</p> <p>Tumorile nesecretante care se aseamănă cu tumorile exocrine extrem de rare (glucagonul, vipomul, somatostatinomul, pipomul, carcinoidul).</p> <p>Diagnosticul clinic (triada Whipple). Diagnosticul paraclinic. Investigatii biochimice, imagistice, ecografie, tomografie computerizată, RMN, ecografie cu translocator operator, angiografie selectivă, scintigrafie, biopsie. Tratamentul chirurgical.</p> <p>5. Tulburări sistemice endocrine multiple: MEN- 1; MEN -2A; MEN-2B.</p>

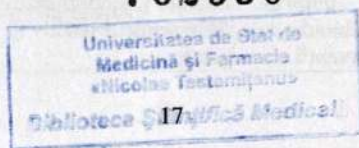
Tema 4. Afecțiunile pleuro-pulmonare supurative

<p>- să definească conceptele fundamentale ale bolii pleuro-pulmonare;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia pleuro-pulmonară;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia pleuro-pulmonară;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii pleuro-pulmonare (boala bronșiectatică, gangrena pulmonară, pleureziile purulente acute și cronice, piopneumotoraxului și dereglărilor funcționale);</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia pleuro-pulmonară și în dereglările funcționale.</p>	<p>1. Date de anatomie și fiziologie a plămânilor și pleurei. Supurațiile pleuro-pulmonare. Noțiuni. Clasificarea supurațiilor bronho-pulmonare. Metode de diagnostic și explorări funcționale: investigații biologice; investigarea funcției respiratorii: investigații radiologice-angio-cardio-pneumografia, bronhografia, tomografia computerizată; investigații endoscopice: bronhosopia, toracosopia; investigații bacteriologice; investigații morfologice.</p> <p>2. Boala bronșiectatică. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Complicații.</p> <p>Abcesul pulmonar. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Complicații.</p> <p>Gangrena pulmonară. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Complicații.</p> <p>3. Pleureziile purulente acute și cronice (empiemul). Pleureziile purulente nespecifice. Pleureziile purulente specifice. Etiopatogenie. Anatomie patologică. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Criterii de apreciere a gravității pleureziilor purulente. Principiile terapeutice complexe. Drenarea transcutanată după Monaldi și Bulau. Indicații în tratamentul chirurgical. Tipul intervențiilor chirurgicale: pleurotomia minimă cu drenaj pleural, pleurotomia minimă cu instalare intrapleurală de enzime fibrinolitice, chirurgia toracică videoasistată: decorticații, rezecții pulmonare, toracotomia și decorticarea precoce, pleurotomia cu rezecție de coastă, decorticarea pleuro-pulmonară, toracoplastia, transpoziția musculară, drenajul toracic deschis, intervenții asociate. Complicații precoce și tardive.</p> <p>4. Piopneumotoraxul. Forme clinice. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Complicații.</p>
--	---

Obiective	Unități de conținut
Tema 5. Afecțiunile pleuro-pulmonare nesupurative	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale bolii pleuro-pulmonare nesupurative;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia pleuro-pulmonară;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia pleuro-pulmonară;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii pleuro-pulmonare (chistul hidatic pulmonar, echinococoză alveolară pulmonară, pneumotoraxul posttraumatic, pneumotoraxul spontan, chilotoraxul, tumorile benigne și chiturile bronhogene și pulmonare) și dereglărilor funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia pleuro-pulmonară și în dereglările funcționale.</p>	<p>1. Chistul hidatic pulmonar. Generalități. Scurt istoric. Noțiuni de parazitologie. Manifestările clinice (chist hidatic necomplicat și chist hidatic complicat). Examenul imunologic. Explorări paraclinice: eozinofilia, intradermoreacția Casoni, reacția Weinberg-Parvu de fixare a complementului, metode serologice-immunochimice de dublă difuziune Quchterliy, contraimmunoelectroforeza, metoda de imunofluorescență (indirectă) și reacția ELISA. Examenul sputei. Examenul radiologic. Tomografia computerizată. Ecografia. Bronhoscopia. Examenul RMN. Diagnosticul pozitiv. Diagnosticul diferențial. Tratamentul chirurgical al hidatidozei pulmonare și complicațiilor precoce și tardive.</p> <p>2. Echinococoză alveolară pulmonară. Etiopatogenie. Simptomatologie. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul complex.</p> <p>3. Pneumotoraxul posttraumatic. Etiopatogenie. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul complex.</p> <p>Hemotoraxul posttraumatic. Etiopatogenie. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul complex.</p> <p>4. Pneumotoraxul spontan. Etiopatogenie. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul complex.</p> <p>5. Chilotoraxul. Generalități. Etiopatogenie. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul complex.</p> <p>6. Tumorile benigne și chiturile bronhogene și pulmonare. Etiopatogenie. Anatomie patologică. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul.</p>

Obiective	Unități de conținut
Tema 6. Cardiopatiile congenitale (CPC)	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale cardiopatiilor congenitale (viciile congenitale necianotice și cianotice);</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia cardiopatiilor congenitale;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia cardiopatiilor congenitale;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii (persistența canalului arterial, defectul septal ventricular, stenoza istmului aortic, stenoza arterei pulmonare, tetralogia Fallot, coarctația de aortă) și dereglărilor funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia cordului și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>Noțiuni de anatomia cordului. Camerele cordului și interiorul acestora. Anatomia valvelor cardiace. Circulația fetală. Definiția cardiopatiilor congenitale. Clasificarea cardiopatiilor congenitale. Actualitate. Istoricul. Etiologia (factori de mediu, factori genetici, cauze multifactoriale). Modificările patofiziologice (dereglări patofiziologice primare și secundare). Tactica chirurgicală în funcție de forma cardiopatiilor congenitale.</p> <p>I. Viciile congenitale necianotice.</p> <p>1. Persistența canalului arterial. Definiție. Incidența. Morfologie. Fiziopatologie (hemodinamica). Manifestări clinice. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale.</p> <p>2. Defectul septal atrial. Definiție. Incidența. Tipurile anatomice. Fiziopatologie (hemodinamica). Manifestări clinice. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale.</p> <p>3. Defectul septal ventricular. Definiție. Incidența. Clasificare. Fiziopatologie (hemodinamica). Manifestări clinice. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale.</p> <p>4. Stenoza istmului aortic. Definiție. Incidența. Clasificare. Fiziopatologie (hemodinamica). Manifestări clinice. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Complicații.</p> <p>5. Stenoza arterei pulmonare. Definiție. Incidența. Clasificare. Fiziopatologie (hemodinamica). Manifestări clinice. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Complicații.</p> <p>II. Viciile congenitale cianotice.</p> <p>1. Tetralogia Fallot. Definiție. Istoricul. Incidența. Anatomia patologică. Formele clinice. Clasificare. Fiziopatologie (hemodinamica). Manifestări clinice. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Tratamentul chirurgical al tetralogiei Fallot (operații paliative, corecția totală). Complicații.</p> <p>2. Coarctația de aortă. Forme anatomo-patologice de coarctație de aortă. Definiție. Incidența. Fiziopatologie (hemodinamica). Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Evoluția naturală și indicații operatorii. Tratamentul chirurgical. Rezultate și complicații.</p>

762950



Obiective	Unități de conținut
Tema 7. Cardiopatiile valvulare dobândite (CPD)	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale cardiopatiilor valvulare dobândite;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia cardiopatiilor dobândite;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia cardiopatiilor dobândite;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii, cardiopatii dobândite (boala ischemică, anevrismul miocardic postinfarct, pericarditele) și dereglărilor funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia cardiopatiilor dobândite și dereglările funcționale.</p>	<p>1. Cardiopatiile valvulare dobândite. Noțiuni de anatomia cordului. Camerele cordului și interiorul acestora. Aparatul valvular al cordului. Structurile subvalvulare. Anatomia arterelor coronariene. Scheletul fibros al cordului. Etiopatogenie. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Treptele de evaluare a diagnosticului. Tratamentul chirurgical al cardiopatiilor valvulare. Proteze valvulare mecanice și biologice. Avantajele și dezavantajele protezelor mecanice și biologice. Metode de intervenții chirurgicale (anuloplastia, comisurotomia, scurtarea cordajelor tendinoase, procedee pentru reconstrucția foței valvulare posterioare și anterioare, comisurotomia cu balonaș percutanată). Rezultate și complicații precoce și tardive după protezarea valvulară.</p> <p>2. Boala ischemică a cordului. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Indicații și contraindicații în tratamentul chirurgical.</p> <p>3. Anevrismul miocardic postinfarct. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Indicații și contraindicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale.</p> <p>4. Pericarditele. Noțiuni de anatomie a cordului și pericardului. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Indicații și contraindicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale.</p>
Tema 8. Patologia chirurgicală a mediastinului. Patologia chirurgicală a diafragmului	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale mediastinului;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia mediastinului;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia mediastinului;</p>	<p>1. Anatomia mediastinului. Datele fiziologice și fiziopatologice ale mediastinului. Clasificarea chisturilor și tumorilor mediastinale. Simptomatologia generală a chisturilor și tumorilor mediastinale. Metode speciale de diagnostic (radiologice, toracoscopie, spirografie, bronhografie, puncție a mediastinului și drenarea mediastinului, radiologice, tomografie, mediastinografie, scintigrafie, mediastinoscopie, angiocardiografie, ecografie, tomografie tridimensională, tomografie prin rezonanță magnetică, bronhoscopie, esofagoscopie. Tumori, chisturi, sindromul cavei superioare. Etapele diagnosticului tumorilor mediastinale. Metodele contemporane de tratament ale patologiei chirurgicale a mediastinului.</p> <p>2. Tumori. Timomul și sindromul cavei superioare. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Metode de intervenții chirurgicale.</p>

Obiective	Unități de conținut
<p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale mediastinului (tumorele, chisturile mediastinului, traumele mediastinului), dereglărilor lui funcționale și mediastinitelor);</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia mediastinului și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>3. Chisturile mediastinului. Timomul și sindromul cavei superioare. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Metode de intervenții chirurgicale.</p> <p>4. Traumele mediastinului. Emfizemul mediastinal. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul. Indicații în tratamentul chirurgical de urgență. Metode de intervenții chirurgicale. Complicații postoperatorii. Tratamentul.</p> <p>5. Mediastinitele. Definiție. Istoricul. Etiopatogenie. Formele mediastinitelor acute (forma de abces și forma de flegmon). Mediastinitele primitive și mediastinitele secundare. Mediastinitele acute nesupurate. Mediastinitele cronice. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Metode de intervenții chirurgicale.</p>
<p>- sa demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologiiile diafragmului;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale diafragmului (herniile diafragmatice, herniile hiatului esofagian, herniile traumatice, herniile adevărate netraumatice, relaxația diafragmului), dereglărilor lui funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia diafragmului și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>1. Date anatomo-fiziologice ale diafragmului. Mecanismul funcțional sfincterian. Mecanismul valvular prin unghiul His și valvula Gubaroff. Mecanismul diafragmatic. Puncte slabe ale diafragmului.</p> <p>2. Herniile diafragmatice. Definiție. Etiopatogenie. Factori favorizanți și factori declanșatori. Clasificare. Tabloul clinic (simptomele digestive, tulburări cardiovasculare, tulburări respiratorii). Diagnosticul pozitiv (investigații radiologice, endoscopice și tomografie computerizată, scintigrafia esofagului, pH-metrie, manometrie, pneumoperitoneum, toracoscopie diagnostică). Forme clinice ale herniilor hiatale asociate cu alte afecțiuni-tulburări coronariene și afecțiuni digestive (triada Casten, triada Saint, triada Lortat-Jacob).</p> <p>3. Herniile hiatului esofagian. Definiție. Etiopatogenie. Clasificare: a) hernii prin alunecarea hiatului esofagian al diafragmului; b) hernii paraesofagiene ale hiatului esofagian al diafragmului. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Complicații (esofagită peptică, anemii, hemoragii digestive, complicații mecanice prin volvulus gastric, compresii și strangulare ale organelor adiacente). Tratamentul conservator și chirurgical.</p> <p>Procedeele chirurgicale în herniile hiatale prin alunecare:</p> <p>a) fundoplicaturi totale (procedeele Nissen-Rossetti);</p> <p>b) fundoplicaturi parțiale 270-180 prin abord abdominal (procedeele Toupet, procedeele Dor, procedeele Hill), prin abord toracic (procedeele Belsey, procedeele Toupet, procedeele Allison);</p> <p>c) fundoplicaturi laparoscopice (procedeele Nissen-Rossetti, procedeele Toupet).</p>

Obiective	Unități de conținut
	<p>4. Herniile traumatice (adevărate și false). Tabloul clinic. Diagnosticul diferențial. Tratamentul.</p> <p>5. Herniile adevărate netraumatice ale zonelor slabe ale diafragmului: în zona triunghiului sternocostal hernii prin fisura Larrey, hernii retrosternale, hernii prin fisura Morgani, hernii cu localizarea în zona triunghiului Bochdalek. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul.</p> <p>6. Relaxația diafragmului. Definiție. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Procedeele chirurgicale de tratament (operații paliative la stomac și colon și operații prin plastia diafragmului).</p>
Tema 9. Arteriopatiile periferice	
<p>-să definească conceptele fundamentale ale arteriopatiilor periferice;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia arteriopatiilor periferice;</p> <p>- sa demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia sindromului de ischemie cronică a membrelor;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii, cardiopatiilor dobândite (trombangeita obliterantă, aorto-arterita nespecifică, angionevrozele, boala Raynaud, sindromul Raynaud, sindromul Leriș, angiopatia diabetică, anevrismele de aortă, anevrismele vasculare) și ale dereglărilor funcționale;</p>	<p>Date anatomo-fiziologice ale sistemului vascular. Metode de examinare a bolnavilor cu patologia aortei, ramurilor ei, arterelor periferice (examenul clinic, probele funcționale și paraclinice, oscilografia arterială, sfigmografia, pletismografia, reovazografia, fonangiografia, capilaroscopia, electrotermografia cutanată, ecocardiografia Doppler, radioizotopică, aortografia, arteriografia percutanată, angiografia radioizotopică, limfografia). Sindromul de ischemie cronică a membrelor.</p> <p>Ateroscleroza obliterantă. Etiopatogenie. Clasificarea Fontaine. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale.</p> <p>Trombangeita obliterantă (Boala Winniwarter-Buerger). Delimitarea ca entitate a trombangeitei obliterante (caracteristici ale debutului maladiei, localizarea obstrucțiilor arteriale, particularități ale evoluției sindromului de obliterare, frecvența și ponderea unor factori de risc). Etiopatogenie. Clasificarea Fontaine. Diagnosticul pozitiv. Diagnosticul diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Expertiza capacității de muncă.</p> <p>Aorto-arterita nespecifică (Boala Takayasu). Etiopatogenie. Anatomia patologică. Tabloul clinic. Diagnosticul. Sindroame caracteristice. Diagnosticul diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale.</p> <p>Angionevrozele. Boala Raynaud. Sindromul Raynaud. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Tratamentul.</p> <p>Sindromul Leriș. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Expertiza capacității de muncă.</p> <p>Angiopatia diabetică. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Expertiza capacității de muncă.</p>

Obiective	Unități de conținut
<p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia arteriopatiilor periferice și în dereglările funcționale.</p>	<p>Anevrismele de aortă. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Expertiza capacității de muncă.</p> <p>Anevrismele vasculare. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul. Diagnosticul diferențial. Indicații în tratamentul chirurgical. Metode de intervenții chirurgicale. Expertiza capacității de muncă.</p>
Tema 10. Insuficiența vasculară acută	
<p>-să definească conceptele fundamentale ale sistemului vascular;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia sistemului vascular;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia sindromului de ischemie acută;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale sistemului vascular (infarctul entero-mezentric, sindromul de ischemie acută periferică, traumatismele arteriale, emboliile arterială și venoasă, embolia gazoasă) și ale dereglărilor funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia sistemului vascular și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>1. Date anatomico-fiziologice ale sistemului vascular. Metode de examinare a bolnavilor cu patologia aortei ramurilor ei, arterelor periferice.</p> <p>2. Infarctul enteromezenteric. Etiopatogenie. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul paraclinic. Tratamentul chirurgical. Complicații.</p> <p>3. Sindromul de ischemie acută periferică. Definiție. Etiopatogenie. Anatomie patologică. Cauzele sindromului de ischemie acută periferică (traumatismele arteriale, emboliile arteriale, trombozele arteriale acute, degerăturile, trombozele venoase masive (<i>phlegmasia coerulea dolens</i>) însoțite de ischemie acută.</p> <p>Factori ce determină gravitatea ischemiei acute:</p> <p>a) întinderea mare a leziunilor arteriale obstructive care cuprind numeroase colaterale;</p> <p>b) localizarea leziunilor la bifurcațiile mari sau pe artere cu circulație colaterală precară reprezentată (axilară, poplitea);</p> <p>d) starea sistemului arterial înainte de producerea accidentului acut (gravitatea mare în condițiile unui ax arterial aterosclerotic);</p> <p>e) starea de șoc la politraumatizați agravează prognosticul sindromului de ischemie acută;</p> <p>f) timpul scurt de la debut la instituirea măsurilor terapeutice cunoscut fiind faptul că după 6-8 ore leziunile ischemice devin ireversibile;</p> <p>g) în teritoriul aflat în ischemie există doi factori de agravare a stării circulatorii: spasmul arterial și tromboza secundară.</p> <p>Dintre cauzele enumerate mai sus, primele trei sunt cele mai frecvente și vor fi discutate detaliat.</p> <p>4. Traumatismele arteriale. Traumatismele arteriale cuprind trei categorii de leziuni anatomico-clinice: contuzii, plăgi (liniară, transversală, oblică, stelată, neregulată) și secțiunea sau întreruperea arterială.</p> <p>5. Emboliile arteriale. Embolia de origine cardiacă. Emboliile de origine arterială sunt cauzate de: anevrisme arteriale, plăgi atero-matoase, aortică vegetantă luetică.</p> <p>6. Embolia de origine venoasă (embolia paradoxală). Foarte rar embolul mobilizat de la nivelul unei tromboze venoase a membrului inferior ajunge în atriu drept, traversează un defect septal interatrial și ajuns în cordul stâng determină o embolie.</p>

Obiective	Unități de conținut
	<p>7. Embolia gazoasă. Embolii extrem de rare – pot fi produse de corpi străini (gloanțe, alice, fire de sutură), fragmente turn orale, paraziți etc. Fiziopatologie. Modificări biochimice. Modificări funcționale. Tabloul clinic.</p> <p>Faza inițială. Durerea. Impotența funcțională a membrului aflat în ischemie însoțește durerea. Paloarea și răcirea tegumentelor. Modificările desenului venos. Absența pulsului la palparea arterelor. Anestezia distală. Paralizia segmentelor distale. Faza de agravare. Faza leziunilor ireversibile. Diagnosticul paraclinic. Diagnosticul etiologic și topografic.</p> <p>Tratamentul medicamentos. Suprimarea durerii, înlăturarea spasmului și favorizarea circulației colaterale. Prevenirea extinderii trombozei secundare se face prin tratament anticoagulant, antiagregant și trombolitic. Reechilibrarea volemică, ionică și acido-bazică. Tratamentul afecțiunilor cardiace.</p> <p>Tratamentul chirurgical. Embolectomia. Detrombozarea asociată cu petecul venos, înlocuirea arterei cu un autotransplant venos sau o proteză de dacron. Pontajul arterial (bypass). Amputația.</p> <p>8. Disecția aortei. Definiție. Epidemiologie. Morfopatologie. Clasificarea disecțiilor de aortă. Etiologie. Manifestări clinice și diagnostic. Evoluția naturală a disecției de aortă. Indicațiile și contraindicațiile tratamentului chirurgical în disecția acută de aortă. Tratamentul chirurgical. Complicații.</p>
Tema 11. Patologia chirurgicală a esofagului	
<ul style="list-style-type: none"> - să definească conceptele fundamentale ale patologiei esofagului; - să cunoască metodele de cercetare în patologia esofagului; - să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia chirurgicală a esofagului; - să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale esofagului (afecțiunile congenitale ale esofagului, maladiile benigne 	<p>Anatomia și fiziologia esofagului. Evaluarea preoperatorie a pacienților cu patologie esofagiană. Examenul clinic, examenul radiologic standard și de contrast. Tomografia computerizată. Rezonanța magnetică nucleară. Tomografia prin emisie pozitronică. Examenul endoscopic. Examenul ultrasonografic pe cale endoscopică. Testele funcționale (manometria esofagiană). Investigații în depistarea refluxului gastroesofagian. Scintigrafia esofagului cu Technetiu⁹⁹ cu identificarea capacității esofagiene, tumorilor benigne și maligne. Testul Booth și Skinner. Testul perfuziei acide Bernstein-Baker, pH-metria și manometria. Chromoscopia cu utilizarea diferitor coloranți (soluție Lugol, albastru de metilen) în scopul de a contrasta suprafața mucoasei. Clasificarea afecțiunilor chirurgicale ale esofagului. Patologia funcțională a esofagului.</p> <p>Afecțiunile congenitale esofagiene. Etiopatogenie. Anatomia patologică. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul.</p> <p>Maladiile benigne ale esofagului. Achalazia. Clasificare. Etiopatogenie. Anatomia patologică. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul.</p>

Obiective	Unități de conținut
<p>ale esofagului, boala diverticulară, esofagitele acute și stenozele esofagiene postcaustice) și dereglărilor lui funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia chirurgicală a esofagului și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>Boala diverticulară a esofagului. Clasificare. Etiopatogenie. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul complex. Complicațiile diverticulilor esofagiени.</p> <p>Esofagitele acute chimice și Stenozele esofagiene postcaustice. Etiopatogenie. Tabloul clinic în perioada acută. Primul ajutor medical. Profilaxia stricturilor. Bujare precoce și tardivă. Tratamentul stricturilor cicatriciale ale esofagului.</p> <p>Stenozele esofagiene postcaustice. Etiologie. Substanțe corozive. Epidemiologie Etiopatogenie. Explorări și investigații. Teste radiologice. Endoscopie. Clasificare. Profilaxia stricturilor. Bujare precoce și tardivă. Tratamentul stricturilor cicatriciale ale esofagului. Principii și metode terapeutice. Dilatație. Tratamentul stricturilor cicatriciale ale esofagului. Tehnici de reconstrucție esofagiană (tehnica Bypass, rezecția esofagiană, procedeul Gavriliiu (stomac), tehnica Roux, tehnica Herzen, tehnica Yudin-Papo (jejunul), tehnica Roith, tehnica Kelling, tehnica Orsoni (colonul). Esofagoplastia. Complicații.</p> <p>Esofagitele de reflux. Etiopatogenie. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical. Esofagul Barrett – noțiune, diagnosticul, tratamentul. Tactica medico-chirurgicală.</p> <p>Leziuni traumatice și corpii străini ai esofagului.</p> <p>Perforația spontană a esofagului (sindromul Boerhaave). Perforațiile esofagiene provocate (explorări endoscopice, dilatări esofagiene), rănile accidentale. Corpii străini esofagiени.</p>
Tema 12. Boala stomacului operat (BSO)	
<p>-să definească conceptele fundamentale ale bolii ulceroase;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia stomacului operat;</p> <p>- sa demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia bolii ulceroase;</p>	<p>Anatomia, histologia și fiziologia stomacului și duodenului. Fazele secreției gastrice. Metode de examinare și importanța lor în stabilirea indicilor și tipurilor de intervenții chirurgicale.</p> <p>BSO și sindromul postvagotomie. Noțiune. Clasificare. Concepții contemporane ale patologiei sindromului postvagotomie și BSO. Complicații precoce și tardive.</p> <p>Ulcerul peptic recidivant al anastomozei. Fistula gastrocolică. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul chirurgical.</p> <p>Sindromul dumping. Definiție. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Sindromul ansei aferente. Definiție. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Gastritele și esofagitele postoperatorii de reflux. Stenozele gurii de anastomoză. Definiție. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p>

Obiective	Unități de conținut
<p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii (ulcerul peptic recidivant al anastomozei, BSO și sindromul postvagotomie, sindromul ansei aferente, gastritele și esofagitele postoperatorii de reflux, stenozele gurii de anastomoză, tulburările bilio-hepato-pancreatice, sindroamele dismetabolice și de denutriție, neoplasmul primitiv al bontului gastric restant, sindroamele postvagotomie funcțională și organic) și dereglărilor funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia bolii ulceroase postoperatorii și în dereglările funcționale.</p>	<p>Tulburările bilio-hepato-pancreatice. Sindroamele dismetabolice și de denutriție. Neoplasmul primitiv al bontului gastric restant. Definiție. Clasificare. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Sindromul postvagotomie funcțional: reflux gastroesofagian, reflux gastrită biliară, atonie gastrică, astenie agastrală. Etiopatogenie. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Sindromul postvagotomie organic: ulcerul recidivant, disfagia tardivă, litiiza biliară, diareea. Etiopatogenie. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p>
Tema 13. Hemoragiile digestive acute	
<p>-să definească conceptele fundamentale ale hemoragiilor digestive superioare;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia stomacului și duodenului, gastrita erozivă, sindromul Mellory-Weiss;</p>	<p>Hemoragiile digestive superioare (HDS). Definiție. Etiologia HDS. Patologia esofagului: varicele esofagian, tumorile benigne și maligne, esofagita ulceroasă, arsurile, traumele, diverticuli.</p> <p>Patologia stomacului și duodenului: gastrita erozivă, sindromul Mellory-Weiss, ulcerele acute de stres (ulcerul Curling, Cushing) și medicamentoase gastrice și intestinale, tumorile benigne și maligne, hernia hiatului esofagian, duodenita erozivă, diverticuli, leiomiomul.</p> <p>Patologia ficatului, căilor biliare și pancreasului. Hemobilia.</p>

Obiective	Unități de conținut
<p>- sa demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia ficatului, căilor biliare și pancreasului, în hemobilie;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii, maladii sistemice și ale vaselor sangvine și hemoragiilor digestive inferioare și a dereglărilor funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patogeniza hemoragiei digestive acute și șocului hemoragic și în dereglările funcționale.</p>	<p>Maladii sistemice: afecțiunile sângelui (leucemia, hemofilia, anemia pernicioasă) și ale vaselor sangvine (hemangioame, sindromul Rendu-Weber-Osler, vasculita hemoragică), uremia, amiloidoza etc.</p> <p>Patogeneza hemoragiei digestive acute și șocului hemoragic. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Aprecieră gravității recurente HDS (clasificarea Orfanidi). Predictorii hemoragiei persistente sau recurente. Clasificația endoscopică a activității hemoragice după J.H.A. Forrest. Managementul HDS. Riscul recidivei hemoragiei ulcerose (scorul Baylor). Ajutorul de urgență. Algoritmul diagnosticului HDS. Hemoragia ulcerosă. Algoritmul diagnosticului și tratamentului ulcerului cronic hemoragic. Evoluția și tactica chirurgicală a HDS ulcerose și non-ulcerose. Principiile tratamentului terapeutic. Tratamentul operator al pacienților cu ulcer hemoragic și nonulceros. Complicații.</p> <p>Hemoragii digestive inferioare (HDI). Definiție. Etiopatogenie. Algoritmul diagnosticului și tratamentului HDS. Evoluția și tactica chirurgicală a HDI. Tratamentul operator al pacienților cu HDI.</p>
Tema 14. Patologia chirurgicală a ficatului	
<p>-să definească conceptele fundamentale ale ficatului;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia ficatului;</p> <p>- sa demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia ficatului;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale ficatului (chisturile parazitare și neparazitare, echinococoză alveolară hepatică, abcesele hepatice, tumorile benigne și maligne ale ficatului)</p>	<p>Noțiuni anatomo-fiziologice ale ficatului. Clasificarea proceselor patologice ale ficatului. Metode de explorare a patologiei ficatului.</p> <p>Chisturile neparazitare. Clasificare. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Metode de tratament (medical, chirurgical, endoscopic). Complicații. Profilaxie.</p> <p>Chisturile parazitare (hidatidoza hepatică). Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Metode de tratament (medical, chirurgical, endoscopic). Complicații. Profilaxie. Maladii rar întâlnite: opistorhoza, alveococoză, lamblioza.</p> <p>Echinococoză alveolară hepatică. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Metode de tratament.</p> <p>Abcesele hepatice. Clasificare. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Metode de tratament (medical, chirurgical, endoscopic). Complicații. Profilaxie.</p> <p>Tumorile benigne și maligne ale ficatului. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Diagnosticul diferențial. Tratamentul chirurgical. Principii ale rezecțiilor hepatice pentru tumori benigne și maligne.</p>

Obiective	Unități de conținut
<p>și a dereglărilor lui funcționale; - să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia ficatului și în dereglările lui funcționale.</p>	
<p>Tema 15. Sindromul postcolecistectomie (SPCE). Tratamentul icterului mecanic și angiocolitei</p>	
<p>-să definească conceptele fundamentale ale sistemului biliar extra- și intra-hepatic; - să cunoască metodele de cercetare în patologia sistemului biliar; - să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia SPCE; - să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale sistemului biliar (cauzele nesatisfăcătoare ce motivează SPCE; intervențiile endoscopice; complicațiile postoperatorii; icterul mecanic și angiocolitic) și a dereglărilor lui funcționale; - să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia sistemului biliar și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>Noțiuni. Anatomia chirurgicală a sistemului biliar intra- și extra-hepatic. Variante anatomice ale sistemului biliar. Clasificarea SPCE după Galperin E.</p> <p>1. Grupele de afecțiuni incluse în SPCE: a) afecțiunile căilor biliare și ale papilei duodenale mari (PDM); b) afecțiunile ficatului și pancreasului; c) afecțiunile duodenului; d) afecțiunile altor organe și sisteme; e) cauza nu este cunoscută.</p> <p>Etiopatologie. Manifestările clinice ale SPCE. Diagnosticul clinic (sindromul de obstrucție acută a căilor biliare, sindromul de obstrucție intermitentă a căilor biliare, sindromul de angiocolită acută și cronică, fistulă biliară).</p> <p>Investigații de laborator biochimice, radiologice de panoramă a abdomenului: gastroduodenografie, duodenografie cu masă de contrast-duodenografie în condiții de hipotonie-fistulografie, colangiografie, colangiopancreatografie retrogradă, colangiografie percutană, transhepatica-ecografie-bilioscintigrafie-TC-angiografie, FGDS.</p> <p>2. Cauzele nesatisfăcătoare ce motivează SPCE: erori diagnostice, tehnice, tactice. Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv pre-intra-postoperator. Pregătirea pacientului către examenul endoscopic-CPGR. Intervențiile endoscopice în SPCE: papilosfincterotomie cu/sau fără extragerea calculilor, disecarea anastomozelor bilio-digestive stabilizate, recanalizarea căilor biliare magistrale, drenarea nazo-biliară, îndepărtarea corpurilor străini din căile biliare. Complicațiile postoperatorii. Tratamentul chirurgical al SPCE – operație reconstructivă pe căile biliare.</p> <p>Indicații pentru tratamentul chirurgical de restabilire a pasajului biliar și intervenții reconstructive. Procedeele de drenare a căilor biliare cu scop de decompresie și profilaxie a hipertensiunii biliare, pentru prevenirea stenozelor anastomozelor și căilor biliare, pentru condiții favorabile de formare a anastomozelor, pentru control radiologic dinamic, pentru administrarea preparatelor farmaceutice și litextracție, corpi străini.</p>

Obiective	Unități de conținut
	<p>Metode de drenare a căilor biliare: Holsted-Picovschi, Robson-Vișnevski, Kehr, Kerte, Voelker, Praderi-Smith. Complicațiile postoperatorii.</p> <p>Tratamentul icterului mecanic și angiocolitei.</p> <p>Fiziopatogenie. Formarea bilirubinei; transformarea hemului în bilirubină (toxicitatea bilirubinemiei; transportul, preluarea și excreția bilirubinei de către hepatocite. Tulburările formării și excreției bilirubinei (ictere cu hiperbilirubinemie neconjugată și hiperbilirubinemie conjugată). Secreția bilei și tulburările acesteia (compoziția bilei, fluxul biliar cu secreția dependentă de acizii biliari și secreția independentă de acizii biliari. Noțiune de colestază (parțială, totală, disociată intrahepatică și extrahepatică). Mecanisme imune autoimune în patologia icterului obstructiv. Clasificarea icterelor: icterul hemolitic, icterul hepatocelular, icterul mecanic. Diagnosticul și evoluarea chirurgicală a bolnavului cu icter obstructiv. Evoluarea pacientului icteric în scopul diferențierii icterului hepatocelular de icterul obstructiv (anamneza, examenul obiectiv, analizele de laborator, testele inițiale de screening imagistic). Diagnosticul etiologic al icterului obstructiv și stabilirea nivelului obstrucției (teste inițiale de screening imagistic, ultrasonografia hepato-biliară, tomografia computerizată, colangiopancreatografia endoscopică retrogradă, colangiografia transhepatică percutanată). Stabilirea etiologiei obstrucției și a conduitei terapeutice. Studiul etiopatogenic al icterului obstructiv de etiologie benignă (icterul litiazic, icterul provocat de anomalii congenitale ale căilor biliare, chisturile congenitale ale coledocului, boala Caroli și defecte congenitale ale diafragmului, icterul produs de stenozele iatrogene ale căilor biliare, icterul produs de procesele inflamatoare ale pancreasului, colangita primară sclerozantă, colangita sclerozantă caustică, papilo-odditele sclerozante, fistulele biliare interne spontane, chistul hidatic rupt în căile biliare, adenopatii pericoledociene obstructive. Studiul etiopatogenic al icterului obstructiv de etiologie malignă (cancerul veziculei biliare, neoplasmul căii biliare principale, leziunile canceroase periampulare, cancerul cefalopancreasului, ampulomul Vaterian). Cauze rare de icter mecanic (adenomioamele, limfomul non-hodgkinian, melanoamele maligne, popilomatoza difuză, poliarteritele nodoase).</p> <p>Simptomatologie. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Particularitățile pregătirii preoperatorii a bolnavilor cu icter mecanic. Complicațiile evolutive ale icterului mecanic. Tratamentul complex medical și chirurgical al icterului mecanic. Intervențiile chirurgicale. Conceptul de operabilitate și de radicalitate în chirurgia neoplasmului de cap de pancreas icterigen. Conduita postoperatorie precoce și tardivă. Evoluarea calității vieții. Endoscopia diagnostică și curativă în tratamentul icterului mecanic.</p>

Obiective	Unități de conținut
Tema 16. Pancreatita cronică	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale pancreatitei cronice;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia pancreasului;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia sindromului de pancreatită cronică;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale sistemului pancreasului (chisturile pancreatice, fistulele și tumorile pancreasului);</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia pancreasului și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>Pancreatita cronică. Aspect istoric. Date anatomo-fiziologice ale pancreasului.</p> <p>Pancreatita cronică (PC). Definiție. Epidemiologie. Etiologie. Cauzele pancreatitei cronice (toxică și metabolică, ideopatică, genetică, autoimună, pancreatita acută severă și recurentă, obstructivă). Factorii obstructivi implicați în producerea PC. Patogeneza. Clasificare (criterii clinice, morfologice, etiopatogenetice, complicații). Clasificarea etiopatogenetică a PC după M.Kuzin, 1984. Tabloul clinic (sindrom algic, dereglări pe fundalul exocrin și endocrin al pancreasului, sindromul hipertensiunii biliare, semne clinice induse de chisturi și fistule). Testele funcționale ale pancreatitei exocrine. Metode imagistice și invazive (examenul ultrasonografic preoperator și intraoperator; radiografia de panoramă a cavității abdominale, radiograma stomacului și a duodenumului; tomografia computerizată; tomografia computerizată spiralată 3D; imagistică prin rezonanță magnetică; gastroduodenoscopie; pancreaticoscopie retrogradă endoscopică; examenul endoscopic ultrasonor; pancreatocolangiografie retrogradă endoscopică, fistulografie; scintigrafia pancreasului cu seleniu metionin radioactiv, oxitroxon radioactiv, arteriografie; portografie; laparoscopie; teste morfologice, funcționale, imunologice, diagnosticul citologic, determinarea markerilor tumorali CA 19-9 și CEA, spectrul izofermentativ al alfa-amilazei). Diagnosticul diferențial. Tratatamentul medical al PC. Tratatamentul chirurgical. Indicații și contraindicații. Tipurile intervențiilor chirurgicale în PC (intervenții chirurgicale la pancreas, intervenții chirurgicale la căile biliare, operații la stomac și duoden, operații la sistemul nervos vegetativ, operații endoscopice, intervenții sub controlul USG, TC).</p> <p>Chisturile pancreatice. Noțiune. Clasificare. Particularitățile morfologice. Gradul de maturare a chistului pancreatic. Tabloul clinic. Diagnosticul chisturilor pancreatice. Diagnosticul diferențial. Tratatamentul medico-chirurgical. Algoritm diagnostic al pseudochistului de pancreas. Managementul chirurgical al chisturilor pancreatice. Expertiza. Prognostic.</p> <p>Fistulele pancreatice. Noțiune. Etiologie. Clasificare. Perioadele evolutive ale fistulei pancreatice. Diagnosticul pozitiv (obiectiv și instrumental). Tratatamentul. Tactica medico-chirurgicală în tratamentul fistulelor pancreatice.</p> <p>Tumorile pancreasului. Etiopatogenie. Clasificare. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratatamentul medico-chirurgical. Complicațiile pancreatitei cronice.</p>

Obiective	Unități de conținut
Tema 17. Chirurgia hipertensiunii portale (HTP). Patologia chirurgicală a splinei	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale sistemului venos portal;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia sistemului venos portal HTP;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia sindromului de ischemie acută;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale sistemului venos portal (șunturile porto-sistemice, intervențiile directe ale varicelor esofagiene, șuntul periteno-venos, șuntul porto-sistemic intrahepatic, patologia chirurgicală a splinei, hipersplenismul primar și secundar, splenopatiile chirurgicale, tumorile maligne și benigne ale splinei) și dereglărilor lui funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia sistemului venos portal și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>Anatomia sistemului venos portal (morfologia normală a venei porte, macrocirculația intrahepatică, microcirculația intrahepatică, morfologia sistemului portal în condițiile hipertensiunii portale).</p> <p>Fiziologia și fiziopatologia hemodinamicii portale (hemodinamica portală în condițiile fiziologice, hemodinamica teritoriului splanhnic, hemodinamica în condițiile hipertensiunii portale).</p> <p>Fiziologia HTP. Blocajul portal prehepatic, blocajul portal intrahepatic, blocajul portal suprahepatic.</p> <p>Clinica HTP. Semnele clinice principale:</p> <p>a) circulația colaterală; splenomegalia;</p> <p>b) varicele esofagiene și gastrice;</p> <p>c) gastropatia portală hipertensivă;</p> <p>d) manifestări clinice rare.</p> <p>Complicațiile HTP:</p> <p>a) hemoragia digestivă superioară;</p> <p>b) ascita;</p> <p>c) sindromul hepato-renal;</p> <p>d) encefalopatia porto-sistemică.</p> <p>Explorările paraclinice HTP. Explorarea radioizotopică:</p> <p>a) a hipertensiunii portale;</p> <p>b) explorările imagistice neinvazive ale HTP;</p> <p>c) explorările invazive în HTP.</p> <p>Evaluarea hemodinamicii portale: presiunea în sistemul port (măsurări directe și indirecte; debitele splanhnice (hepatic, portal colaterale).</p> <p>Tratamentul HTP:</p> <p>a) tratamentul de urgență al episodului hemoragic acut;</p> <p>b) tratamentul medicamentos al HTP;</p> <p>c) tratamentul chirurgical al hipertensiunii portale.</p> <p>Principalele manopere și operații în tratamentul chirurgical al HTP.</p> <p>Principiile generale ale tratamentului chirurgical.</p> <p>A. Șunturile porto-sistemice:</p> <p>a) șunturile selective (șunt spleno-renal distal, șunt mezo-cav).</p> <p>B. Intervențiile directe asupra varicelor esofagiene:</p> <p>a) ligaturarea varicelor esofagiene și a varicelor gastrice;</p> <p>b) transecțiunea esofagiană;</p> <p>c) procedeele de devascularizare.</p> <p>C. Tratamentul chirurgical al ascitei – șuntul periteno-venos.</p> <p>D. Șuntul porto-sistemic intrahepatic pe cale transjugulară.</p>

Obiective	Unități de conținut
	<p>Patologia chirurgicală a splinei. Noțiune de anatomie chirurgicală. Fiziologia și funcțiile splinei. Examinarea clinică și paraclinică a splinei.</p> <p>Hipersplenismul primar și secundar. Caracteristicile hipersplenismului.</p> <p>Splenopatii chirurgicale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anomalii splenice (splina mobilă, splinele accesorii). 2. Splenomegalii inflamatoare (abcese, tuberculoză, splenomegalia malarică, splenomegalia egipteană, sindromul Still-Chauffard și sindromul Felty). 3. Splenopatii vasculare (anevrisme arterio-venoase, tromboza venei splenice, infarctul splenic). 4. Splenomegaliile prin supraîncărcare (tezurismoze sau afecțiuni ereditare rare) (Boala Neiman-Pick, boala Gancher, Tay-Sacks). 5. Splenomegaliile din bolile de sistem (leucemiile acute, leucemiile cronice mieloid, leucemiile cronice limfoide, mononucleoza, poliglobulia esențială sau boala lui Vaquez). 6. Splenomegaliile în afecțiuni hematologice: <ul style="list-style-type: none"> -Purpura trombocitopenicardiacă (Boala Werlhoff) -Anemii hemolitice congenitale (Boala Minkowsky- Chauffard) -Hemoglobinopatiile (talasemia) -Enzimopatiile-Pancitopenia splenică primară (Boala Doan-Wright) -Neutropenia splenică primară 7. Chisturile splinei – chisturi parazitare și neparazitare, pseudochisturile splenice. 8. Tumorile splinei – solide primare maligne (fibrosarcomul, limfosarcomul, reticulosarcomul, hemangiosarcomul malign și endoteliosarcomul). <p>Tumori solide secundare maligne (limfoamele Hodjkin și non-Hodjkin, metastazele din melanom malign, carcinomul bronho-pulmonar, mamar, pancreatic, ovarian).</p> <p>Principalele tumori benigne – hamartroame, tumori vasculare, lipoame, fibroame.</p> <p>Tratamentul chirurgical, indicațiile splenectomiei (absolute, relative, diagnostice tactice). Splenectomia clasică. Splenectomia laparoscopică. Contraindicații. Splenectomia parțială. Complicațiile splenectomiei – precoce și tardive.</p>

Obiective	Unități de conținut
Tema 18. Patologia chirurgicală a intestinului subțire și gros	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale intestinului subțire și gros;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia intestinului subțire și gros;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia intestinului, boala diverticulară, boala Crohn, dolico-megacolon, boala Hirschsprung, diverticula colonică, rectocolita ulcero-hemoragică;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitelor patologii ale intestinului subțire și gros și a dereglărilor lui funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia intestinului subțire și gros și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>Date anatomo-fiziologice ale intestinului subțire și colonului. Metode de examinare a intestinului subțire și colonului: explorarea radiologică, endoscopică, morfologică, bacteriologică. Clasificarea afecțiunilor chirurgicale ale intestinului subțire.</p> <p>Boala diverticulară. Tuberculoza intestinală. Invaginația intestinală. Volvulusul intestinal. Ischemia cronică mezenterică. Enterita de radiație. Tumorile intestinului subțire. Polipii și polipoza intestinului subțire. Polipoza adenomatoasă familială. Perforațiile spontane. Diverticulul Meckel. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Complicații. Tratamentul chirurgical.</p> <p>Boala Crohn. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul medicamentos și chirurgical. Complicații.</p> <p>Dolico-megacolonul. Boala Hirschsprung. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Complicații. Tratamentul medico-chirurgical.</p> <p>Boala diverticulară colonică. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Complicații. Tratamentul medico-chirurgical.</p> <p>Rectocolita ulcero-hemoragică. Clasificare. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Complicații locale și generale. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p>

Obiective	Unități de conținut
Tema 19. Patologia chirurgicală a rectului. Fistule intestinale	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale patologiei rectului;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în patologia rectului;</p> <p>- sa demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia acută a rectului;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii ale rectului și fistulelor intestinale (boala hemoroidală, fisura anală, perirectita acută, sinusul pilonidal, polipii și traumatismele rectului) și dereglările funcționale;</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia rectului, în fistulele intestinului subțire și colonului și în dereglările lor funcționale.</p>	<p>Date anatomo-fiziologice ale rectului și perineului. Metode de explorare clinice, radiologice, endoscopice, bacteriologice, morfologice.</p> <p>Boala hemoroidală. Noțiune. Fiziopatologie. Teoria vasculară și teoria mecanică. Factorii declanșatori. Clasificare. Anatomia patologică. Tabloul clinic. Complicațiile bolii hemoroidale. Diagnosticul pozitiv și diferențial. Tratamentul medicamentos și sclerozant. Tratamentul chirurgical.</p> <p>Fisura anală. Noțiune. Etiopatogenie. Anatomie patologică. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Perirectita acută. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Perirectita cronică. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Sinusul pilonidal. Etiopatogenie. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Prolapsul rectal. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Polipii rectali. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Traumatismele rectului. Etiopatogenie. Clasificare. Tabloul clinic. Diagnosticul pozitiv. Tratamentul medicamentos și chirurgical.</p> <p>Fistulele intestinale ale intestinului subțire și ale colonului. Noțiune. Noțiuni anatomo-fiziologice ale intestinului subțire și colonului.</p> <p>Fistulele intestinului subțire și ale colonului. Caracteristicile principale ale patologiei. Etiologie. Patogenie. Aspecte fiziopatologice ale fistulelor intestinale. Cauzele dereglărilor fiziopatologice ale fistulelor intestinale. Clasificarea fistulelor intestinale după V. Opel. Structura fistulelor intestinale externe și varietățile clinice. Manifestări clinice locale și generale. Particularitățile clinice ale fistulelor intestinale proximale și distale. Factorii tehnici ce contribuie la apariția fistulelor postoperatorii. Conduita preoperatorie și postoperatorie. Tactica curativă. Diagnosticul pozitiv în determinarea sediului și aprecierea nivelului fistulelor intestinale după caracterul eliminărilor: localizarea pe peretele abdominal; probele radiologice cu coloranți: fistulografie, pasaj cu BaSO₄ pe tractul gastrointestinal, irigoscopie; endoscopie prin FEGDS, RRS, colonoscopie, investigații de laborator. Tratamentul local și general. Indicații în tratamentul chirurgical. Complicații postoperatorii. Erorile de ordin tactic, diagnostic și tehnic în tratamentul fistulelor intestinale ileo-colice.</p> <p>Fistulele curative. Noțiune. Clasificarea fistulelor curative. Complicațiile fistulelor curative (retracție, prolaps, eventrație, eviscerație parastomală, necroză stomială). Expertiza medicală și reabilitarea pacienților.</p>

Obiective	Unități de conținut
Tema 20. Abdomenul acut chirurgical. Falsul abdomen acut	
<p>- să definească conceptele fundamentale ale abdomenului acut chirurgical și falsului abdomen acut;</p> <p>- să cunoască metodele de cercetare în abdomen acut, sindromul abdominal dureros recurent;</p> <p>- să demonstreze abilități de analiză și sistematizare a cunoștințelor în patologia abdomenului acut;</p> <p>- să aplice criteriile de diferențiere a diferitor patologii de abdomenul acut (boli generale cu tabloul clinic de peritonism, boli extraperitoneale care mimează abdomenul acut, peritonitele și dereglările funcționale);</p> <p>- să integreze în practica medicală metodele de diagnostic, tratament și profilaxie în patologia abdomenului acut și în dereglările lui funcționale.</p>	<p>Noțiune. Semne clinice. Clasificare. Abdomenul acut traumatic și netraumatic.</p> <p>Durerile în abdomenul acut. Definiție. Fiziopatologia durerii. Tipurile de durere (durerea somatică, durerea viscerală, durerea primară, secundară). Afecțiunile ce realizează AAC.</p> <p>Consecințele durerii. Caracterizarea comparativă a durerii somatice și viscerale.</p> <p>Abdomenul acut. Definiție. Diagnosticul durerii abdominale acute. Anamneza. Diagnosticul diferențial al durerii abdominale acute în funcție de localizare. Examenul clinic general. Examenul local. Investigații clinice și paraclinice (tușeuri pelvine, examenul de laborator, examenele radiologice, echografice. Puncția abdominală, puncția-lavaj a cavității peritoneale – laparoscopia. Diagnosticul diferențial etiologic în abdomenul acut chirurgical. Diagnosticul diferențial al durerii din abdomenul acut.</p> <p>Sindromul abdominal dureros recurent. Noțiune. Semne clinice. Afecțiunile ce realizează FAAC:</p> <p>A. Boli generale cu tabloul clinic de peritonism</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Boli metabolice și endocrine: porfria, uremia, cetoacidoza diabetică; hiperlipoproteinemia idiopatică și dobândită (alcoolică) (sd. Zieve); boala Addison. 2. Hemopatii: leucoze maligne; hemofilia-purpura Henoch-Schonlein; crize hemolitice acute (hemoglobino- și enzimopatii eritrocitare). 3. Boli neurologice și neuropsihiatrice: zona zoster toracoabdominală; epilepsie; psihoze; neuroze. 4. Intoxicații exogene: plumb, nicotină, nitriți, alcool metilic etc. 5. Colagenoze: PAN, LED, dermatomiozita. 6. Infecții: pleurodinia, parotidita (oreionul), meningita etc. <p>B. Boli extraperitoneale care mimează abdomenul acut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Boli pleuropulmonare: pneumonie la bază-pleurita și pleurezia bazală; embolia pulmonară; mediastinita. 2. Boli cardiovasculare: infarctul mezenteric; pericardita; anevrismul aortic disecant; sindromul Budd-Chiari. 3. Boli urogenitale: pielonefrita, abcesul perinefritic, nefrolitiaza, torsiunea de testicul. 4. Boli ale aparatului locomotor: fracturi de coloană, fracturi toracice, discopatia acută, hematumul din teaca dreptilor abdominali. <p>Sindromul abdominal dureros recurent. Noțiune. Semne clinice.</p> <p>Peritonitele. Abcesele intraabdominale. Definiție. Etiopatogenic. Clasificare. Diagnosticul pozitiv. Diagnosticul diferențial. Principii de tratament. Evoluție. Complicații. Laparotomia „albă”.</p>

VI. COMPETENȚE PROFESIONALE (SPECIFICE (CS) ȘI TRANSVERSALE (CT)) ȘI FINALITĂȚI DE STUDIU

- ✓ **Competențe profesionale (specifice) (CS):**
 - cunoașterea, înțelegerea și utilizarea terminologiei specifice în domeniul farmacologiei (CP1);
 - cunoașterea, înțelegerea și formarea abilităților de prescriere a medicamentelor în diferite forme medicamentoase (CP1); (CP2);
 - cunoașterea, înțelegerea și formarea abilităților de interpretare a principiilor generale ale farmacocineticii, farmacogeneticii și farmacodinamiei medicamentelor (CP2);
 - utilizarea diferitor principii de clasificare a medicamentelor pentru sistematizarea cunoștințelor în domeniul farmacologiei (CP3);
 - cunoașterea, înțelegerea și formarea abilităților de caracterizare a grupelor de preparate în conformitate cu proprietățile farmacocinetice și farmacodinamice (CP3);
 - cunoașterea, înțelegerea și formarea abilităților de selectare a medicamentelor în tratamentul maladiilor și stărilor patologice (CP3);
 - explicarea și interpretarea proprietăților farmacocinetice și farmacodinamice a medicamentelor în cadrul cercetărilor experimentale (CP3);
 - aplicarea tehnicilor virtuale în consolidarea cunoștințelor în domeniul medicamentului (CP4);
 - modelarea proprietăților farmacocinetice și farmacodinamice ale medicamentelor (CP4);
 - rezolvarea problemelor de situație și formularea concluziilor (CP4);
 - analiza comparativă a grupelor de medicamente și preparate utilizate în tratamentul maladiilor și stărilor patologice (CP4);
 - dezvoltarea gândirii clinice pentru aplicarea rațională a cunoștințelor din domeniul farmacologiei pentru studierea disciplinelor clinice (CP4).
- ✓ **Competențe transversale (CT):**
 - aplicarea valorilor și normelor eticii profesionale în executarea responsabilă a sarcinilor profesionale;

- formarea raționamentului logic în abordarea problemelor profesionale;
 - dezvoltarea atitudinii profesionale în rezolvarea problemelor de sănătate;
 - perfecționarea capacităților de luare a deciziilor;
 - formarea abilităților de comunicare și interacțiune în procesul de activitate profesională;
 - încadrarea în proiecte interdisciplinare, activități extracurriculare;
 - dezvoltarea și perfectarea aptitudinilor în domeniul tehnologiilor informaționale;
 - perfectarea capacităților și tehnicilor de învățare;
 - selectarea materialelor digitale, analiza critică și formularea unor concluzii;
 - prezentarea proiectelor științifice individuale.
- ✓ **Finalitățile de studiu:**
- să cunoască particularitățile de prescriere a medicamentelor în formele medicamentoase;
 - să însușească prescrierea preparatelor obligatorii și selectarea medicamentelor în maladiile și stările patologice;
 - să înțeleagă necesitatea materialului din disciplinele precedente și de tangență pentru însușirea farmacologiei;
 - să formeze abilități de a folosi cunoștințele în realizarea testelor, tabelelor și problemelor de situații;
 - să poată implementa cunoștințele acumulate în activitatea de cercetător.

Notă. Finalitățile disciplinei se deduc din competențele profesionale și valențele formative ale conținutului informațional al disciplinei.

VII. LUCRUL INDIVIDUAL AL STUDENTULUI

Nr.	Produsul preconizat	Strategii de realizare	Criterii de evaluare	Termen de realizare
1.	Lucrul cu sursele informaționale:	a) Lecturarea prelegerii și materialului din manual la tema respectivă, cu atenție. b) Citirea întrebărilor din temă, care necesită o reflecție asupra subiectului. c) Cunoașterea listei surselor informaționale suplimentare la tema respectivă. d) Selectarea sursei de informație suplimentară la tema respectivă. e) Citirea textului în întregime, cu atenție și scrierea conținutului esențial. f) Formularea generalizărilor și concluziilor referitoare la importanța temei/subiectului.	Capacitatea de a extrage esențialul; abilități interpretative; volumul muncii.	Pe parcursul modului
2.	Lucrul cu materiale online	Studierea materialelor online de pe pagina WEB a disciplinei și de pe alte site-uri cu baze de date și literatură de specialitate.	Prezentarea rezultatelor la lucrările practice și seminare.	Pe parcursul modului
3.	Activitatea de examinare a pacienților în timpul lucrărilor practice și al gărzilor	Examenul pacienților, aprecierea corectă a datelor obținute în examenul nemijlocit al bolnavului, în examenul de laborator și instrumental, însușirea tacticii de diagnostic, diagnostic diferențial și tratament individual.	Formularea corectă și argumentarea diagnosticului, planului de investigații și de tratament al pacientului concret.	Zilnic, pe parcursul modului
4.	Pregătirea și susținerea prezentărilor /referatelor	Selectarea temei prezentărilor / referatelor și termenelor realizării. Recenzii colegi. Recenzii profesori.	Volumul de muncă, gradul de pătrundere în esența temei prezentării /referatului, nivelul de argumentare, calitatea concluziilor, elemente de creativitate, formarea atitudinii personale, prezentarea graficii, modalitatea de prezentare.	Pe parcursul modului

5.	Pregătirea și susținerea unui proiect de grup – caz clinic	a) Examenul clinic și paraclinic al unui pacient, planul individual de investigații și tratament, stabilirea și argumentarea diagnosticului prezumtiv și clinic final, indicarea tratamentului individualizat. b) Stabilirea componentelor proiectului / prezentării Power Point și susținerea finală.		
----	--	---	--	--

VIII. SUGESTII METODOLOGICE DE PREDARE-ÎNVĂȚARE-EVALUARE

• Metode de predare și învățare utilizate

Disciplina „Boli chirurgicale” este predată în manieră clasică: cu prelegeri și lucrări practice. La prelegeri va fi citit cursul teoretic. Lucrările practice constau din:

Tratarea bolnavilor. Studentul tratează zilnic 4-5 bolnavi sub controlul lectorului sau al unui medic secundar clinic cu experiență. Completează fișele de observație, extrasele din fișele de observație, certificatele medicale și alte documente medicale. Prezintă pacienții la vizitele șefului de secție, conferențiarului, profesorului. Participă la examenele paraclinice (radiografie, endoscopie, TC, RMN, FGDS, investigație biochimică, irigoscopie, colonoscopie etc.) și consultațiile specialiștilor.

Zilnicele și alte note din foaia de observație urmează să fie controlate și semnate de lector sau de medicul secundar clinic.

Lectorul face vizita bolnavilor împreună cu fiecare student, controlând măiestria studentului de a culege anamneza, de a examina fizic pacientul, de a completa fișa de observație clinică, de a formula diagnosticul, de a indica tratamentul etc. O atenție deosebită se va acorda gândirii clinice, diagnosticului diferențial, tratamentului (elecțiunea medicamentului, dozele, receptura, evitarea polipragmaziei etc.).

Studentul studiază particularitățile evoluției bolii la bolnavii tratați și eficacitatea tratamentului. În cazuri letale asistă la autopsie, participă la conferințele clinico-anatomice.

Seminarele. La seminare se discută și se analizează capitolele cele mai importante ale medicinei interne, precum sunt etiologia bolilor, fiziopatologia, tabloul clinic, diagnosticul și diagnosticul diferențial, tratamentul, profilaxia, expertiza capacității de muncă.

Lecția decurge în formă de discuție, pe parcursul căreia lectorul apreciază cunoștințele studenților, le explică materialul neclar.

La finele fiecărui capitol discutat lectorul face o generalizare.

Analizarea cazurilor clinice. Pentru analiză vor fi selectați bolnavi cu boli, diagnosticul cărora este complicat, sau pacienți cu patologie rar întâlnită, ce prezintă interes teoretic și practic (vezi *Anexa*).

Vor fi analizate particularitățile evoluției bolii și cauzele evoluției atipice a maladiei. Se va argumenta diagnosticul și se va face diagnosticul diferențial. Se va indica tratamentul cu argumentarea fiecărei indicații. Se va discuta profilaxia bolii și expertiza capacității de muncă.

Gărzile în clinică. Pe parcursul studiului disciplinei fiecare student face 2 gărzi în clinică, în timpul cărora, împreună cu medicul de gardă, face vizita de seară a bolnavilor, la necesitate corijează tratamentul, acordă ajutor medical de urgență, își perfecționează cunoștințele în domeniul diagnosticului și diagnosticului diferențial, își perfectează deprinderile practice etc.

La conferința matinală (a doua zi) raportează despre bolnavii spitalizați în ajun, schimbarea stării pacienților gravi și a celor aflați sub supraveghere, acordarea asistenței medicale de urgență, lucrul personalului de gardă.

Conferințele clinice. Studenții participă activ la conferințele organizate conform planului clinicii cu rapoarte referative despre actualități în medicina internă, material ilustrativ, cu prezentarea bolnavilor cu patologii complicate în plan de diagnostic și diagnostic diferențial, cazuri întâlnite rar ce prezintă interes.

Activitatea didactică și de cercetare constă în pregătirea de către studenți a materialelor referative din diverse domenii ale gastroenterologiei și hepatologiei, a materialelor ilustrative, a rapoartelor de sinteză, participarea cu comunicări la conferințe clinice, științifico-practice etc.

• **Strategii/tehnologii didactice aplicate (specifice disciplinei):**

interviul de grup, studiul de caz, masa rotundă, lucrul în perechi, proiectul clinic, lucrările practice la patul bolnavului.

• **Metode de evaluare (inclusiv cu indicarea modalității de calcul a notei finale)**

• **Curentă:** control frontal sau/și individual prin:

- interogatoriu;
- analiza studiilor de caz clinic;

- rezolvarea problemelor/cazurilor clinice;
- aplicarea testelor docimologice;
- lucrări de control.

La disciplina „Boli chirurgicale” cunoștințele studenților vor fi evaluate zilnic, iar la finele fiecărei lecții practice va fi anunțată nota.

• **Finală:** examen de promovare.

Examenul de promovare la disciplina „Boli chirurgicale” constă din 4 etape:

- nota anuală;
- deprinderi practice;
- testul-control;
- interviul oral,

cu un coeficient de 0,3; 0,2; 0,2; 0,3, respectiv.

MODALITATEA DE ROTUNJIRE A NOTELOR LA ETAPELE DE EVALUARE

Grila notelor intermediare (media anuală, notele de la etapele examenului)	Sistemul de notare național	Echivalent ECTS
1,00-3,00	2	F
3,01-4,99	4	FX
5,00	5	E
5,01-5,50	5,5	
5,51-6,0	6	
6,01-6,50	6,5	D
6,51-7,00	7	
7,01-7,50	7,5	C
7,51-8,00	8	
8,01-8,50	8,5	B
8,51-8,00	9	
9,01-9,50	9,5	A
9,51-10,0	10	

Nota medie anuală și notele tuturor etapelor de examinare finală (asistate la calculator, testare, răspuns oral) vor fi exprimate în numere conform scalei de notare (vezi tabelul), iar nota finală obținută va fi exprimată în număr cu două zecimale, care va fi trecută în carnetul de note.

Neprezentarea la examen fără motive întemeiate se înregistrează ca „absent” și se echivalează cu calificativul 0 (zero). Studentul are dreptul la 2 susțineri repetate ale examenului nepromovat.

IX. BIBLIOGRAFIA RECOMANDATĂ (accesibilă/disponibilă pentru student, cu specificarea: manuale, recomandări, forme electronice etc.):

A. Obligatorie:

1. Hotineanu V. Chirurgie. Curs selectiv. Chișinău, 2008.
2. Spânu A. Chirurgie. Chișinău, 2000.
3. Hotineanu V. cu coautorii. Afecțiuni chirurgicale. Pentru studenții Universității de Medicină. Chișinău, 1994.
4. Hotineanu V. cu coautorii. Chirurgie. Indicații metodice pentru studenții anilor V și VI. Chișinău, 2008.
5. Hotineanu V. cu coautorii. Chirurgia în teste. Chișinău, 2005.
6. Хотиняну В. и соавторы. Хирургия в тестах. Кишинэу, 2006.
7. Кузин М.И. Хирургические болезни. Москва, 1988.

B. Suplimentară:

1. Acalovschi I. Bolnavul cu teren hepatic și biliar. Tratat de patologie chirurgicală. Vol. II. București, 1998.
2. Angelescu N. Tratat de patologie chirurgicală. București, 2001.
3. Burlui D., Constantinescu C. Chirurgie generală. București, 1982.
4. Dragomirescu C. Chirurgia laparoscopică. București, 1996.
5. Dragomirescu C., Popescu I. Actualități în chirurgie, București, 1998.
6. Dragomir C. Boli digestive superioare. Ghid clinic. București, 1995.
7. Duca S. Sindromul biliarelor operați. Cluj, 1992.
8. Ghelase N., Gheorghescu I., Nemeș R. Chirurgie generală. București, 1999.
9. Ghidirim N. Oncologie clinică. Chișinău, 1998.
10. Grigorescu M., Pascu O. Tratat de gastroenterologie clinică. Vol. II. București, 1997.
11. Hotineanu V., Sadek Al-Fakih. Tactica chirurgicală în tratamentul paliativ la bolnavii cu ictere obstructive tumorale. Chișinău, 2004.
12. Juvara I., Setlaces D., Rădulescu D., Gavrilescu S. Chirurgia căilor biliare extrahepatice. Vol. II. București, 1988.

13. Marian Dorin. Chirurgia icterului mecanic. București, 1999.
14. Octavian O. Compendiu de patologie chirurgicală. Timișoara, 1997.
15. Orban-Șchiopu A.M. Ghid practic de gastroenterologie. București, 1996.
16. Palade R.S. Manual de chirurgie generală. Vol. II. București, 2002.
17. Popescu Irinel. Peritonitele. București, 1998.
18. Proca E. Tratat de patologie chirurgicală. Vol. VI. București, 1992.
19. Rădulescu Dan. Caiete de chirurgie practică, București, 1995.
20. Sârbu Vasile. Elemente de propedeutică chirurgicală. Constanța, 1993.
21. Spânu A. Chirurgie. Chișinău, 2000.
22. Stanciu C. Actualități în patologia esofagiană. Timișoara, 1993.
23. Târcoveanu E. Patologie chirurgicală: esofag, duoden, stomac. Iași, 1995.
24. Turbatu D. Endoscopie biliopancreatică. București, 1997.
25. Vlad L. Chirurgia hepatică, 1993.
26. Vlaicu Roman. Gastroenterologie. Vol. I. România, Oradea, 1996.
27. Буланов Г.А., Овсянников В.Я. Клинические аспекты топографической анатомии органов брюшной полости. Нижний Новгород, 1992.
28. Вишневский В.А. и соавторы. Новые технологии в хирургической гепатологии. Санкт-Петербург, 1995.
29. Галперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на желчных путях. Москва, 1987.
30. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. Москва, 1995.
31. Каримов А. Эндобилиарная хирургия в лечении механической желтухи. Аналы хирургической гепатологии. Ташкент, 1996.
32. Комаров Ф.И., Гребнев А.Л. Руководство по гастроэнтерологии. Том 2. Москва, 1995.
33. Кузин М.И., Данилов М.И., Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. Москва, 1988.
34. Нестеров Ю.А. и соавторы. Хронический панкреатит. Москва, 1997. Операции у больных с различными видами колостом. Москва, 1988.
35. Федоров В.Д. и соавторы. Хирургическая панкреатология. Москва, 1999.

36. Шалимов А.А. Атлас операции на пищеводе, желудке и 12-ти перстной кишке. М., 1975.
37. Swartz. S., Principles of Surgery, 1995.
38. Țurcan. S., V-T.A.Dumbrava. Boala Crohn. Chișinău, 2002.
39. Țurcan. S., V-T.A.Dumbrava. Colita ulceroasă nespecifică. Chișinău, 2002.
40. Țurcan. S., V-T.A.Dumbrava. Sindromul colonului iritabil. Chișinău, 2002.
41. Балтайтис Ю.В. Неспецифический язвенный колит. Киев, 1986.
42. Балтайтис Ю.В. Обширные резекции толстой кишки. Киев, 1989.
43. Ганичкин А.М., Н.А.Яицкий. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с различными видами колостом. Москва, 1988.
44. Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Клиническая оперативная колопроктология. Москва, 1994.
45. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. Москва, 1984.

PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A GLANDEI TIROIDE

1. CS. Imaginea scintigrafică a adenomului toxic arată:
 - A. Captare difuză și omogenă a traserului radioactiv
 - B. Captare difuză, dar neomogenă a traserului radioactiv
 - C. Captare în „tablă de șah”
 - D. „Nodul fierbinte”
 - E. „Nodul rece”

2. CS. Tratamentul cu iod radioactiv în tireotxicoze are următoarele indicații:
 - A. Boala Basedow
 - B. Adenomul toxic
 - C. Asocierea hipertiroidie – cancer tiroidian
 - D. Tireotxicozele induse de administrarea de hormoni tiroidieni
 - E. Hipertiroidii secundare tumorilor tireotrope

3. CS. Ce medicamente se folosesc în tratamentul tireotxicozei?
 - A. Mebendazol
 - B. Biseptol
 - C. Mercazolil
 - D. Omeprazol
 - E. Ampicilină

4. CS. La 24 de ore după o tiroidectomie subtotală pentru tireotxicoză apare: agitație, stare predelirioasă, tahicardie – 180 băt./min, aritmie, hipertermie. Ce suspecțiuni?
 - A. Paralizie a recurenților
 - B. Hipertireoză
 - C. Hipoparatireoză
 - D. Criză tireotoxică
 - E. Embolie gazoasă

5. CS. Complicațiile tiroidectomiei includ următoarele, exceptând:
 - A. Mixedemul
 - B. Criza tetanică
 - C. Criza tireotoxică

- D. Sindromul exftalmic
 - E. Pareză de recurent
6. CS. Care dintre următoarele modificări produse prin compresiunea hipertrofiei tiroidiene asupra simpaticului cervical sunt corect expuse?
- A. Turgescența, cianoza feței
 - B. Tulburările cardiorespiratorii și gastrice
 - C. Vocea bitonală, afonia
 - D. Mioza, enoftalmia, bradicardia, ptoza palpebrală
 - E. Tulburările cerebrale, lipotimiile
7. CS. Care dintre aceste afirmații sunt corecte?
- A. În tireoidita cronică Hashimoto se evidențiază anticorpi antitireoglobulinici și antimicrozomali
 - B. În boala Basedow se evidențiază imunoglobulinele tireostimulatoare (LATS-P)
 - C. Tumorile benigne tireoidiene sunt reprezentate de adenoame
 - D. Timomul este o tumoră a timusului
 - E. Toate afirmațiile sunt corecte
8. CS. Ce afirmație referitor la denumirea adenomului toxic tiroidian este exactă?
- A. Este numit și boala Graves-Basedow
 - B. Este numit gușa Hashimoto
 - C. Este numit boala Plummer
 - D. Este numit gușa Riedel
 - E. Toate afirmațiile sunt false
9. CS. Factorii care declanșează apariția crizei tireotoxice sunt:
- A. Suspendarea terapiei
 - B. Agresiunile infecțioase sau agresiunile neuropsihice
 - C. Intervențiile chirurgicale insuficient pregătite
 - D. Toate afirmațiile sunt false
 - E. Toate afirmațiile sunt corecte
10. CS. Ce afirmație referitor la tiroidita cronică Riedel este falsă?
- A. Glanda tiroidă este invadată de țesut fibros sclerozant, dens
 - B. Poate însoți alte afecțiuni fibrozante idiopatice
 - C. Clinic apare ca o gușă dură, lemnoasă

- D. Pacienții prezintă gușă omogenă (nodulară bine delimitată, palpator moale)
- E. Scintigrama cu I^{131} evidențiază o captare difuză, neomogenă
11. CS. Care afirmație, referitor la gușa endemică, este falsă?
- A. Afecțiunea se întâlnește în anumite zone geografice
- B. Apare ca rezultat al carenței în iod
- C. Auscultația, în cazul gușilor vasculare, evidențiază sufluri
- D. Complicațiile ei obișnuite sunt: hemoragie, strumită, basedowiere, malignizare
- E. Palpator gușa este de duritate lemnoasă difuză
12. CS. Care dintre semnele de mai jos sunt caracteristice unei crize tireotoxice?
- A. Tegumente uscate, dermatite
- B. Încurbații femurale, tibiale
- C. Calcificarea ganglionilor bazali (pe radiografia de craniu)
- D. Agitație, febră, tahicardie
- E. Subțierea corticalei și lărgirea canalului medular al oaselor lungi
13. CS. Triada: exoftalm, tireomegalie, aritmie este relevantă pentru:
- A. Boala Hashimoto
- B. Cancerul tiroidian
- C. Gușa endemică
- D. Tiroidita cronică
- E. Boala Basedow
14. CS. Sindromul ocular în boala Basedow include, exceptând:
- A. Strălucirea și fixitatea privirii
- B. Retracția pleoapei superioare
- C. Convergența insuficientă a globilor oculari
- D. Exoftalmia adevărată
- E. Enoftalmia
15. CS. Adenomul toxic tiroidian Plummer reprezintă:
- A. O hipertiroidie rezistentă la terapia medicală
- B. O hipoparatiroză
- C. O hipotiroidie rebelă la terapia medicală
- D. Un cancer tiroidian

- E. O exoftalmie
16. CS. Tiroidectomia este urmată imediat de tratament substitutiv cu:
- A. Litiu
 - B. Tionamide
 - C. Levotiroxină
 - D. Iod
 - E. Antitiroidiene de sinteză
17. CS. Tiroidita subacută (De Quervain) se datorează:
- A. Blocului Wolff-Chaikoff
 - B. Administrării amiodaronei
 - C. Unei infecții bacteriene
 - D. Administrării antitiroidienelor de sinteză
 - E. Unei infecții virale
18. CS. Toate afirmațiile de mai jos referitoare la gușa retrosternală sunt veridice, exceptând:
- A. E caracteristică persoanelor cu vârstă înaintată
 - B. Provoacă sindromul de constricție
 - C. Adesea nu captează I^{131}
 - D. Răspunde frecvent la tratament cu tireostatice și nu necesită tratament chirurgical
 - E. Frecvent e determinată de hiperplazia adenomatoasă
19. CS. Care dintre următoarele explorări au specificitate diagnostică pentru boala Graves?
- A. Nivelul FT4 crescut
 - B. TRAb crescut
 - C. TSH supresat
 - D. Anticorpii antitiroglobulină crescuți
 - E. Nivelul T3 crescut
20. CS. Pentru tiroidita subacută (De Quervain) sunt caracterisice următoarele, exceptând:
- A. Hormonii tiroidieni sunt inițial scăzuți, din cauza inflamației, apoi cresc
 - B. Are etiologie virală
 - C. Se tratează cu antitiroidiene de sinteză

- D. Se caracterizează prin creșterea anticorpilor antitiroidieni
E. Asociază semne inflamatorii cu oftalmopatie
21. CS. Ce complicații pot să apară în hipotiroidismul netratat?
A. Panhipopituitarism
B. Diabet zaharat tip 2
C. Tulburare anxioasă
D. Sindrom nefrotic
E. Pericardită
22. CS. Care este varianta cea mai frecventă de cancer tiroidian?
A. Metastazele tiroidiene ale altor cancere
B. Cancerul papilar
C. Carcinomul cu celule Hurthle
D. Cancerul medular
E. Cancerul anaplastic
23. CS. În cancerul tiroidian medular este crescută:
A. Calciul plasmatic
B. Dopamina
C. ATPO
D. Tireoglobulina
E. Calcitonina
24. CM. În legătură cu gușa sporadică sunt adevărate următoarele afirmații:
A. Creștere de volum a tiroidei
B. Normofuncție tiroidiană
C. Apare la cca 20% din populația unei zone
D. Apare mai frecvent la femei
E. Se transmite autozomal-recesiv
25. CM. În evoluția unei guși sporadice pot apărea următoarele complicații:
A. Compresiune pe structurile anatomice învecinate
B. Hemoragii interstițiale
C. Tiroidită acută
D. Hipertiroidizare
E. Degenerescență malignă
26. CM. Indicații pentru tratamentul chirurgical al unei guși sunt:
A. Eșecul tratamentului medical

- B. Gușa parenchimatoasă difuză la debut
 - C. Gușa hipertiroidizată
 - D. Gușa nodulară
 - E. Gușa suspectă de malignizare
27. CM. În funcție de situație pot fi utilizate următoarele tipuri de intervenții chirurgicale în tratamentul unei guși:
- A. Tiroidectomia subtotală
 - B. Lobectomia totală
 - C. Tiroidectomia totală
 - D. Lobectomia subtotală
 - E. Disecția radicală a gâtului (radical neck dissection)
28. CM. Tratamentul medical adresat tireotoxicozei are următoarele obiective:
- A. Corectarea tulburărilor de ritm și a tahicardiei
 - B. Reducerea hipertiroidiei
 - C. Prevenirea crizelor tireotoxice
 - D. Sedarea centrilor cortico-diencefalo-hipofizari
 - E. Combaterea hiperparatiroidismului
29. CM. Tireotxicoza prezintă:
- A. Sindromul cardiovascular, digestiv și neuropsihic
 - B. Are particularități neuropsihice, legate de etiologie, vârstă, asociere morbidă
 - C. Suma manifestărilor clinice și viscerale este consecința unui exces de hormoni tiroidieni
 - D. Suma manifestărilor clinice nu este consecința unui exces de hormoni tiroidieni
 - E. Toate cele enumerate mai sus sunt false
30. CM. Manifestările crizei tireotoxice includ:
- A. Hipertermie, tahicardie, hipertensiune
 - B. Termofobie, transpirații, parestezii
 - C. Agitație, stare confuzională, vărsături
 - D. Exoftalmie, insomnie, atrofii musculare
 - E. Toate cele enumerate mai sus sunt false

31. CM. Ce afirmații referitor la tumorile benigne ale tiroidei sunt corecte?
- A. Sunt reprezentate de adenoame, sunt asimptomatice
 - B. Au debut acut
 - C. Metastazarea este rară
 - D. În 70% din cazuri apar ca noduli „reci” pe scintigramă
 - E. În 70% din cazuri apar ca noduli „calzi” pe scintigramă
32. CM. Pentru diagnosticul unei guși maligne preoperator sunt utile următoarele examinări:
- A. Scintigrama tiroidiană
 - B. Titarea în ser a tireoglobulinei și calcitoninei
 - C. Metabolismul bazal
 - D. USG cu Doppler a glandei tiroide
 - E. Biopsia prin puncție-aspirație
33. CM. Ce afirmații referitor la tiroidita limfocitară Hashimoto sunt adevărate?
- A. Este boală autoimună
 - B. Apare predominant la femei
 - C. În serul pacienților se evidențiază titruri mari de anticorpi anti-tiroidieni
 - D. Boala este deseori familială, însoțită de alte afecțiuni autoimune
 - E. Clinic apare ca o gușă dură, lemnoasă, compresivă
34. CM. Ce afirmații referitor la tiroidita subacută De Quervain sunt false?
- A. Este mai frecventă la bărbați
 - B. Apare după un episod de infecție a căilor respiratorii superioare
 - C. Debutează cu febră/frison
 - D. Tiroida crește rapid în volum, este dureroasă la palpare
 - E. Este o formă gravă de tireotoxicoză
35. CM. Următoarele afirmații privind criza tireotoxică sunt adevărate:
- A. Se instalează lent
 - B. Apar grețuri, vome incoercibile, dureri acute abdominale
 - C. Se agravează insuficiența renală cu trecere în comă uremică
 - D. Scade temperatura corpului
 - E. Pot fi hemoragii gastrointestinale, edem sau infarct pulmonar

36. CM. Criza tireotoxică impune următoarele măsuri terapeutice:
- A. Hidratare masivă cu soluție NaCl 0,9% (500 ml repetat)
 - B. Sol. Diazepam 2,0 ml i/m repetat
 - C. Forțarea diurezei cu sol. Furosemid 40 mg i/v repetat
 - D. Sol. Hidrocortizon hemisuccinat 100 mg i/v repetat
 - E. Sol. Paratireoidină 100 un. i/m
37. CM. Pentru diagnosticul unei guși maligne sunt utile următoarele examinări:
- A. Scintigrafia tiroidiană
 - B. Titarea în ser a anticorpilor
 - C. Metabolismul bazal
 - D. Indicii de iodcaptare
 - E. Biopsia prin puncție
38. CM. Excesul de hormoni tiroidieni se manifestă prin:
- A. Cardiotireoză
 - B. Enteropatie tireotoxică
 - C. Diabet
 - D. Insuficiență renală
 - E. Hepatoză
39. CM. Care dintre următoarele manifestări pot fi datorate carenței de hormoni tiroidieni în periferie?
- A. Cardiopatie mixedematoasă
 - B. Artropatii degenerative
 - C. Diabet
 - D. Litiază veziculară
 - E. Distrofii musculare
40. CM. Diagnosticul diferențial al oftalmopatiei din boala Graves se face cu:
- A. Sindromul de venă cavă superioară
 - B. Tromboza de sinus cavernos
 - C. Displazia septooptică
 - D. Sindromul Cushing
 - E. Tumori orbitare
41. CM. Ce factori pot precipita coma mixedematoasă?
- A. Factorii ce deprimă respirația

- B. Hipovolemia
 - C. Traumatismele
 - D. Infecțiile
 - E. Expunerea la căldură
42. CM. Riscul de cancer tiroidian este mai mare:
- A. Când apar simptome de invazie laringotraheală în absența gușii mari
 - B. Când apare durerea bruscă la nivelul tiroidei
 - C. Când un nodul tiroidian crește
 - D. La sexul masculin
 - E. Dacă un nodul tiroidian apare la un copil sau adolescent
43. CM. Tratamentul cancerului tiroidian diferențiat presupune:
- A. Radioiodoterapie postoperatorie
 - B. Reintervenție chirurgicală dacă restul tumoral este semnificativ
 - C. Polichimioterapie preoperatorie
 - D. Limfadenectomie a compartimentului central și lateral
 - E. Tiroidectomie totală
44. CM. Factori de risc pentru cancerul tiroidian sunt:
- A. Nodul cu dimensiune în creștere
 - B. Antecedente heredo-colaterale de cancer medular sau MEN2
 - C. Absența adenopatiei latero-cervicale
 - D. Sexul masculin
 - E. Antecedente de iradiere la nivelul capului și gâtului
45. CM. Puncția-aspirație cu ac fin efectuată în evaluarea nodulilor tiroidieni are următoarele indicații:
- A. Prezența microcalcificărilor
 - B. Circulație intranodulară accentuată
 - C. Formă mai mult lată decât înaltă în plan transvers
 - D. Nodul cu margini neregulate
 - E. Nodul tiroidian mai mare de 10 mm
46. CM. Hipotiroidismul autoimun poate fi asociat cu următoarele boli autoimune:
- A. Diabetul zaharat tip II
 - B. Artrita reumatoidă
 - C. Vitiligo

- D. Boala Addison
 - E. Lupus eritematos sistemic
47. CM. Oftalmopatia Graves are următoarele semne clinice:
- A. Fibroza musculaturii extraoculare
 - B. Ptoză
 - C. Edem conjunctival
 - D. Hiperemie
 - E. Edem periorbital
48. CM. Gușa toxică polinodulară relevă:
- A. Valori normale ale hormonilor tiroidieni
 - B. Valori crescute ale hormonilor tiroidieni, în special a T4
 - C. Valori scăzute ale hormonilor tiroidieni, în special a T3
 - D. TSH supresat
 - E. TSH mult crescut
49. CM. Complicațiile tiroidectomiei includ următoarele:
- A. Mixedem
 - B. Criză tetanică
 - C. Criză tireotoxică
 - D. Sindrom exoftalmic
 - E. Pareză de recurent
50. CM. Adenomul toxic este caracterizat prin:
- A. Nu asociază oftalmopatie
 - B. La examenul clinic se palpează un nodul bine definit, cu țesut tiroidian contralateral redus
 - C. Prezintă simptome de hipertiroidism
 - D. Pacientul are tipic vârsta sub 40 de ani
 - E. Poate asocia oftalmopatie
51. CM. Nodulii tiroidieni:
- A. Se pot evidenția ecografic
 - B. Sunt mai frecvenți la persoanele tinere
 - C. Pot fi solitari sau multipli
 - D. Sunt manifestarea clinică a unui spectru larg de afecțiuni tiroidiene
 - E. Reprezintă o delimitare distinctă a parenchimului tiroidian față de țesutul tiroidian vecin

KEY: PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A GLANDEI TIROIDE

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

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientă, în vârstă de 42 de ani, fără antecedente personale patologice semnificative, se prezintă pentru palpitații, fatigabilitate, intoleranță la căldură, tremor al extremităților, scădere ponderală. La examenul clinic: tegumente calde, umede, tensiune arterială (TA) cu diferență mare – 140/60 mm Hg, tahicardie sinusală 100/minut. Palparea regiunii cervicale anterioare a relevat un nodul localizat în lobul drept tiroidian, elastic, mobil, nedureros, fără adenopatii satelite.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Mercazolil, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Adenom toxic tiroidian*

2. Pacientă în vârstă de 38 de ani a fost diagnosticată în urmă cu 6 ani cu gușă multinodulară normofuncțională. Pacienta urmează tratament oral cu Euthyrox și este urmărită periodic de către medicul endocrinolog. Evoluția gușii în ultimele 6 luni este cu creșterea în volum a glandei, asimetric, preponderent a lobului stâng, pacienta acuză asociat senzație de compresiune cervicală anterioară accentuată în decubit dorsal. La internare, pacienta normoponderală, indice de masă corporală 22,5 kg/m², prezintă la nivelul regiunii cervicale anterioare o creștere globală în dimensiuni a lojei tiroidiene, asimetric, preponderent stânga. La palpate glanda tiroidă este nedureroasă, imobilă cu degluția, cu adenopatii cervicale decelabile clinic. Ecografia tiroidiană descrie transformarea macronodulară a ambilor lobi tiroidieni, cu noduli parenchimoși, multipli, bilaterali, cu diametre între 1 și 3,5 cm. *Probele de laborator*: hormonul tireostimulant al hipofizei (TSH), hormonii tiroidieni (FT4), anticorpii antitireoperoxidază (TPO), anticorpii antitireoglobulina și calcitonina prezintă valori scăzute. Pacienta este îndrumată în serviciul nostru pentru tratament chirurgical – tiroidectomie totală.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/ sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Tiroidină, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: Gușă malignă

PATOLOGIA CHIRURGICALĂ ENDOCRINĂ

1. CS. Care dintre următoarele afirmații referitor la sindromul Zollinger-Ellison (ZE) sunt adevărate?
 - A. Sindromul ZE este responsabil de aproximativ 10% dintre ulcerele duodenale
 - B. Tumora (gastrinoma) se localizează predominant în cefalopancreas, clinic se manifestă cu ulcer peptic
 - C. Tumora se poate localiza și în ficat, stomac, hilul splenic
 - D. Aproximativ 50-75% din cazuri sunt maligne
 - E. Toate cele enumerate mai sus
2. CS. Cea mai sensibilă și specifică metodă de identificare a pacienților cu sindromul Zollinger-Ellison este:
 - A. Titrarea în ser a anticorpilor antitirodieni
 - B. Dozarea gastrinemiei serice
 - C. Aprecierea catecolaminelor
 - D. Ph-metria sucului gastric
 - E. Toate cele enumerate mai sus
3. CS. Ce afirmație referitor la sindromul Zollinger-Ellison este falsă?
 - A. Ulcerele din gastrinoame sunt, de obicei, de mărime moderată și mică (sub 1 cm în diametru)
 - B. Diareea apare la mai mult de 1/3 din cazuri
 - C. Ulcerul peptic este prezent în 90-95% din cazuri
 - D. Pacienții cu gastrinoame au nivele serice ale gastrinei <150 pg/ml
 - E. Sunt prezente steatoreea și malabsorbția vitaminei B₁₂
4. CS. Ce afirmație referitor la feocromocitom este incorectă?
 - A. Boala reprezintă 1-5% din maladiile suprarenalelor
 - B. Are o incidență maximă între 20-35 de ani
 - C. Este o tumoră a celulelor cromafine
 - D. Mai frecvent se localizează în suprarenala dreaptă
 - E. Este o tumoră malignă
5. CS. Semnul dominant caracteristic feocromocitomului este:
 - A. Hipotensiune arterială
 - B. Hipertermie

- C. Termofobie
 - D. Hipertensiune arterială
 - E. Insomnie
6. CS. Care dintre afirmațiile referitoare la tratamentul feocromocitomului este incorectă?
- A. Extirparea tumorii este unica soluție terapeutică
 - B. Gestul chirurgical trebuie precedat, însoțit și urmat de tratamentul medicamentos de reglare a tensiunii arteriale
 - C. Se practică enuclearea tumorii, rezecția parțială a suprarenalelor sau adrenalectomia totală
 - D. Manipularea intraoperatorie a tumorii poate determina o criză hipertensivă
 - E. Gestul chirurgical se efectuează numai pe cale toracică
7. CS. Care dintre afirmațiile referitoare la răsunetul clinic al miasteniei, la bolnavii cu timoame, este incorectă?
- A. Debut acut și decurgere malignă
 - B. Crize colinergice și/sau miastenice
 - C. Tulburări severe motorii
 - D. Hipotrofii musculare
 - E. Respirație paradoxală
8. CS Din sindromul MEN-IIb fac parte următoarele semne, exceptând:
- A. Carcinomul medular de tiroidă
 - B. Feocromocitomul
 - C. Ganglioneuroamele intestinale
 - D. Insulinomul
 - E. Neurinoamele mucoase
9. CS. Sindromul renal în hiperparatiroidism se manifestă prin următoarele, exceptând:
- A. Poliurie hipostenurică
 - B. Litiază renală
 - C. Nefrocalcinoză
 - D. Insuficiență renală
 - E. Atonia vezicii urinare

10. CS. Pentru hiperparatiroidism sunt caracteristice următoarele manifestări, exceptând:
 - A. Scurtarea intervalului QT pe ECG
 - B. Hipotonia musculară
 - C. Sindroamele radiculare
 - D. Reflexele osteotendinoase crescute
 - E. Stările depresive, astenia
11. CS. Pentru neoplazia endocrină multiplă de tip I (MEN-1) nu este caracteristic:
 - A. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale paratiroidelor, insulelor pancreatice și hipofizei
 - B. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale suprarenalelor, pancreasului și hipofizei
 - C. În cadrul MEN-1 hiperparatiroidismul este cea mai comună manifestare (90-100%)
 - D. Adenomul hipofizar pare a fi prezent la aproape toți pacienții cu MEN-1
 - E. MEN-1 este o anomalie genetică autozomal-dominantă
12. CS. Sindromul MEN-IIA nu include:
 - A. Carcinomul medular multicentric
 - B. Feocromocitomul
 - C. Hiperparatiroidismul primar
 - D. Hiperplazia de celule C
 - E. Hiperplazia timică
13. CS. Sindromul MEN-IIIB include, exceptând:
 - A. Carcinomul medular de tiroidă
 - B. Feocromocitomul
 - C. Ganglioneuroamele intestinale
 - D. Insulinomul
 - E. Neurinoamele mucoase
14. CS. Care este poziția glandelor paratiroide superioare față de nervul recurent?
 - A. Superior
 - B. Medial
 - C. Lateral

- D. Posterior
 - E. Anterior
15. CS. Boala Addison (insuficiența corticosuprarenalelor) este cauzată mai frecvent de:
- A. Hemoragii postnatale în corticosuprarenale
 - B. Hormoni steroizi exogeni
 - C. Tuberculoză
 - D. Metastaze în suprarenale
 - E. Boli autoimune
16. CS. Boala Cushing este determinată de:
- A. Adenom corticosuprarenal
 - B. Carcinom suprarenal
 - C. Adenom hipofizar
 - D. Tumori ACTH-ectopice
 - E. Hiperplazia nodulară a suprarenalei
17. CS. Tratamentul preoperator cu α -adrenoblocante la pacienții cu feocromocitom include următoarele efecte, exceptând:
- A. Menținerea valorilor stabile ale TA
 - B. Efectul antiaritmic
 - C. Scăderea volumului circulant de sânge
 - D. Scăderea letalității postoperatorii
 - E. Scăderea riscului de crize adrenergice în timpul operației
18. CS. Hiperparatiroidismul primar conduce la următoarele dereglări biochimice, exceptând:
- A. Hipercalcemia
 - B. Hipocloremia
 - C. Hipofosfatemia
 - D. Hipercalciuria
 - E. Hiperfosfaturia
19. CS. Primele simptome în hiperparatiroidismul primar sunt:
- A. Durerea osoase
 - B. Nefrolitiază
 - C. Tulburări psihice
 - D. Pancreatită
 - E. Niciunul din semnele enumerate mai sus

20. CS. Pentru sindromul Conn este caracteristic:
- A. Creșterea nivelului de catecolamine
 - B. Creșterea nivelului de cortizol
 - C. Creșterea excreției de 17-OCS cu urina
 - D. Hipocalcemia
 - E. Creșterea nivelului de aldosteron
21. CS. Semnele clinice caracteristice ale feocromocitomului sunt, exceptând:
- A. Valori înalte ale TA cu evoluție în salturi
 - B. Tahicardie sau fibrilație atrială
 - C. Hipertranspirații frecvente
 - D. Tulburări gastrointestinale
 - E. Obezitate centripetă
22. CM. Adevărate pentru neoplazia endocrină multiplă de tip I (MEN-1) sunt următoarele afirmații:
- A. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale paratiroidelor, insulelor pancreatice și hipofizei
 - B. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale suprarenalelor, pancreasului și hipofizei
 - C. În cadrul MEN-1 hiperparatiroidismul este cea mai comună manifestare (90-100%)
 - D. Adenomul hipofizar pare a fi prezent la aproape toți pacienții cu MEN-1
 - E. MEN-1 este o anomalie genetică autozomal-dominantă
23. CM. Ce afirmații referitor la neoplaziile endocrine multiple sunt incorecte?
- A. Sunt sindroame în care la același individ sunt prezente tumori interesând două sau mai multe glande endocrine
 - B. Ambele forme MEN-I și MEN-II nu includ patologia tiroidiană
 - C. În formele MEN-I și MEN-II lipsește componenta tiroidiană
 - D. Sindromul MEN-I prezintă trei varietăți: tipul A, B și tipul familial
 - E. Feocromocitomul este componentă a sindromului MEN-I
24. CM. Sindromul Zollinger-Ellison are următoarea triadă caracteristică:
- A. Ulcere multiple sau multiplu recidivante, atipice, cu evoluție gravă și rapidă

- B. Hiposecreție gastrică cantitativă și calitativă
 - C. Chimismul gastric indică hipersecreție bazală abundentă
 - D. Tumoră gastrino-secretoare (gastrinom)
 - E. Valorile gastrinei serice sunt mult scăzute
25. CM. Caracteristicile timomului sunt:
- A. Este o tumoră a timusului
 - B. Este o tumoră a suprarenalelor
 - C. Este o tumoră a tiroidei
 - D. Tumora poate fi cu semne clinice compresive sau cu sindroame concomitente
 - E. Miastenia în combinație cu timom are un prognostic nefavorabil
26. CM. Din sindromul MEN-IIA fac parte următoarele semne:
- A. Carcinom medular multicentric
 - B. Feocromocitom
 - C. Hiperparatiroidism primar
 - D. Hiperplazie de celule C
 - E. Hiperplazie timică
27. CM. Pentru un hiperparatiroidism primar pledează următoarele semne clinice:
- A. Sete, poliurie, pierdere ponderală
 - B. Crampe, fibrilații musculare
 - C. Slăbiciune generală și musculară severă
 - D. Dureri în oasele supuse presiunii, fracturi patologice
 - E. Tegumente îngroșate, depigmentate
28. CM. Sindromul de neoplazie endocrină multiplă tip 2A include în peste 95% din cazuri:
- A. Hiperparatiroidism primar
 - B. Paragangliom
 - C. Feocromocitom
 - D. Hipertiroidism
 - E. Carcinom medular tiroidian
29. CM. Reprezintă sindroame poliglandulare autoimune de tip 1:
- A. Candidoza muco-cutanată
 - B. Boala Basedow-Graves

- C. Boala Addison
 - D. Tiroidita Hashimoto
 - E. Hipoparatiroidismul
30. CM. Semnele caracteristice în hipercorticismul primar sunt:
- A. Obezitate centripetă
 - B. Facies lunis
 - C. Hipotrofie musculară
 - D. Osteoporoză generalizată
 - E. Tahicardie sinusală
31. CM. Caracteristic pentru sindromul Cushing este:
- A. Creșterea nivelului de cortizol plasmatic
 - B. Creșterea nivelului de 17-OCS urinar
 - C. Creșterea nivelului de aldosteron plasmatic
 - D. Eritrocitoză
 - E. Hipercalcemie
32. CM. Sindromul nefrotic în sindromul Conn se caracterizează prin:
- A. Izohipostenurie
 - B. Nicturie
 - C. Polidipsie
 - D. Hipercalciurie
 - E. Anurie
33. CM. Sindromul hipokaliemic în sindromul Conn se caracterizează prin:
- A. Creșterea volumului circulant de sânge
 - B. Modificari ECG de hipertrofie ventriculară stânga
 - C. Bradicardie
 - D. Creșterea valorilor TA
 - E. Tahicardie
34. CM. Sindromul neuromuscular în hiperaldosteronismul primar se caracterizează prin:
- A. Fatigabilitate musculară
 - B. Crampe musculare
 - C. Cefalee
 - D. Parestezii
 - E. Labilitate emoțională

35. CM. Diagnosticul de hiperaldosteronism primar se pune pe baza următoarelor analize și explorări:
- A. Identificarea hipopotasemiei (nivelul potasiului plasmatic $< 3,5$ mEq/l) și a hiperkaliuriei (nivelul potasiului în urină > 30 mmol/zi)
 - B. Identificarea hipernatriemiei (nivelul sodiului plasmatic > 140 mEq/l), cu natriurie normală
 - C. Prezenta alcalozei metabolice
 - D. Creșterea ureei și a creatininei
 - E. Creșterea nivelului aldosteronului plasmatic și a metaboliților săi urinari (aldosteron 18-glucuronid)
36. CM. Testele biochimice în sindromul Cushing pun în evidență:
- A. Creșterea numărului de leucocite (globule albe) cu limfocite și eozinofile scăzute
 - B. Scăderea nivelului de potasiu seric – hipopotasemie
 - C. Creșterea glicemiei
 - D. Scăderea colesterolului total
 - E. La bărbați testosteronul poate fi scăzut
37. CM. Diagnosticul pozitiv al sindromului Cushing se face în baza următoarelor investigații:
- A. Radiografia șei turcești
 - B. Cortizolul liber urinar
 - C. Testul de supresie cu dexametazonă
 - D. Tomografie computerizată
 - E. RMN
38. CM. Complicațiile cauzate de excesul de cortizol constau în:
- A. Hipotensiune arterială
 - B. Accident vascular cerebral
 - C. Osteoporoză cu fracturi de fragilitate
 - D. Diabet zaharat secundar
 - E. Tromboze venoase (cheaguri de sânge în circulație)
39. CM. Semnele clinice caracteristice feocromocitomului sunt:
- A. Crize de cefalee, transpirații, palpitații
 - B. Hipertensiune arterială
 - C. Tahicardie, uneori crize anginoase
 - D. Metabolism bazal scăzut, uneori hipoglicemie
 - E. Crize caracterizate de greață, dispnee, tulburări vizuale

40. CM. Testele screening pentru diagnosticul feocromocitomului includ:
- A. Testarea nivelului de metanefrine plasmatice și urinare
 - B. Testarea acidului vanilmandelic
 - C. Testarea reninei și aldosteronului
 - D. USG organelor abdominale
 - E. TC în regim angiografic
41. CM. Tratamentul preoperator al feocromocitomului constă în:
- A. Administrarea β -adrenoblocantelor
 - B. Administrarea α -adrenoblocantelor
 - C. Profilaxia tromboemboliei
 - D. Administrarea Prednisolonului
 - E. Echilibrarea dereglărilor electrolitice
42. CM. Cele mai frecvente complicații apărute în adrenalectomie sunt:
- A. Hemoragie
 - B. Criză adrenergică
 - C. Hipotensiune, colaps
 - D. Lezarea organelor învecinate
 - E. Hipocorticism
43. CM. Complicațiile hiperparatiroidismului primar sunt:
- A. Osteoporoză cu fracturi patologice
 - B. Nefrolitiază
 - C. Hipertiroidie
 - D. Astenie musculară
 - E. Litiază biliară
44. CM. Complicațiile feocromocitomului sunt:
- A. Insuficiență cardiacă
 - B. Aritmie, tahicardie
 - C. Criză catecolaminică
 - D. Insuficiență suprarenală cronică
 - E. Aneurism disecant al aortei
45. CM. Managementul incidentalomelor include:
- A. Adrenalectomia în toate cazurile
 - B. Adrenalectomia în tumorile mai mari de 2 cm
 - C. Screeningul anual hormonal în tumorile mai mici de 2 cm

- D. Monitorizarea imagistică a tumorilor mai mici de 2 cm
 - E. Adrenalectomia în tumorile hormonal-active mai mici de 2 cm
46. CM. Diagnosticul pozitiv al miasteniei include:
- A. Spirometria
 - B. Proba medicamentoasă cu Prozerină
 - C. Electromiografia
 - D. Radiografia
 - E. TC
47. CM. Tratamentul conservator al miasteniei include:
- A. Anticolinesterazice
 - B. Glucocorticoizi
 - C. Citostatice
 - D. Spasmolitice
 - E. Imunosupresoare
48. CM. Pregătirea preoperatorie a bolnavului cu sindromul Cushing constă în:
- A. Administrarea Hidrocortizonului hemisuccinat 60-90 mg i/v
 - B. Antibioterapie profilactică
 - C. Administrarea anticoagulantelor
 - D. Corecția hipokaliemiei
 - E. Corecția hipocalcemiei
49. CM. Diagnosticul diferențial al crizei adrenergice se face cu:
- A. Criza hipertensivă
 - B. Criza tireotoxică
 - C. Criza miastenică
 - D. Criza hipoglicemică (în insulinom)
 - E. Tulburări psihoemoționale
50. CM. Pentru neoplazia endocrină multiplă de tip I (MEN-1) este caracteristic:
- A. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale paratiroidelor, insulelor pancreatice și hipofizei
 - B. Este compusă din tumori sau hiperplazii ale suprarenalelor, pancreasului și hipofizei
 - C. În cadrul MEN-1 hiperparatiroidismul este cea mai comună manifestare (90-100%)

- D. Adenomul hipofizar pare a fi prezent la aproape toți pacienții cu MEN-1
- E. MEN-1 este o anomalie genetică autozomal-dominantă
51. CM. Care afirmații referitor la miastenie, la bolnavii cu timoame, sunt corecte?
- A. Debut acut și decurgere malignă
- B. Crize colinergice și/sau miastenice
- C. Dereglări severe motorice
- D. Hipotrofii musculare
- E. Respirație paradoxală
52. CM. Sindromul MEN-IIIB include:
- A. Carcinom medular de tiroidă
- B. Feocromocitom
- C. Ganglioneuroame intestinale
- D. Insulinom
- E. Neurinoame mucoase

KEY: PATOLOGIA CHIRURGICALĂ ENDOCRINĂ

1.E; 2.B; 3.D; 4.E, 5.D; 6.E; 7.E, 8.D; 9.B; 10.D, 11.B; 12.E; 13.D; 14.D; 15.C; 16.A; 17.C; 18.B; 19.A; 20.E; 21.E; 22.ACDE; 23.BCDE; 24.ACD; 25.ADE; 26.ABCD; 27.ACD; 28.ABCE; 29.ACDE; 30.ABCD; 31.ABDE; 32.ABCD; 33.ABCD; 34.ABCD; 35.ABCE; 36.ABCE; 37.BCDE; 38.BCDE; 39.ABCE; 40.ABDE; 41.ABCE; 42.ABCD; 43.ABDE; 44.ABCE; 45.BCDE; 46.ABCE; 47.ABCE; 48.ABCD; 49.ABDE; 50.ACDE; 51.ABCD; 52.ABCE.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientă de 34 de ani s-a adresat la medic cu acuze de osalgii permanente, surde, dureri în regiunea lombară, crampe musculare periodice. La examenul radiologic s-a depistat osteoporoză marcată a oaselor tubulare. Analizele de laborator au pus în evidență nivelul crescut al calciului seric – 3,1 mmol/l, hiperfosfaturie. Examenul ultrasonor al cavității abdominale a pus în evidență prezența calculilor coraliformi renali bilateral. La

examenul ultrasonor al regiunii cervicale se vizualizează o formațiune de volum în regiunea posteroinferioară a lobului stâng tiroidian de 7,02x12,5 mm, vascularizată periferic, încapsulată.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza semnelor descrise mai sus.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentația necesității lor.
4. Investigații de laborator suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentația necesității lor.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentația necesității lor.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea lui.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea lui.
8. Tactica curativă, tratament medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei unui preparat de Calciu, din foaia de prescripții.
10. Mesajele de bază în instruirea pacientei. Strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Hiperparatiroidism primar. Adenom paratiroidian*

2. Pacientul M, 36 de ani, s-a adresat la medic cu următoarele acuze: episoade de cefalee severă, de apariție a „muștelor” și „ceții” înaintea ochilor; hiperemia feței; transpirație excesivă; amețeli; palpitații pronunțate și dureri în regiunea inimii; frisoane pronunțate; senzație de anxietate. Acuzele apar la efectuarea efortului fizic greu sau în timpul unei suprasolicitări psiho-emoționale. Examenul clinic în repaus relevă: TA – 136/85 mm Hg, puls – 80 bătăi/minut. Analizele de laborator fără devieri de la normă. După efort fizic: TA – 230/165 mm Hg, puls – 188 bătăi/minut; teste de laborator – glucoză 7,5 mmol/l; în analiza urinei colectate după acest episod de stres, nivelul metanefrinelor a crescut considerabil.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza semnelor descrise mai sus.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentația necesității lor.

4. Investigații de laborator suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității lor.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității lor.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea lui.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea lui.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei unui preparat din grupa α -adrenoblocantelor, din foaia de prescripții.
10. Mesajele de bază în instruirea pacientului. Strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns cotect: *Feocromocitom, paragangliom*

PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A MEDIASTINULUI

1. CM. Care afirmații sunt juste?
 - A. Mediastinul posterior conține: traheea, esofagul nervii vagi, venele azigos și hemiazigos, ganglioni limfatici
 - B. În mediastinul superior se află: segmentele proximale ale traheei, esofagul, canalul limfatic toracic
 - C. În mediastinul posterior sunt situați: aorta, canalul limfatic toracic, nervii simpatici și parasimpatici, ganglionii limfatici
 - D. În mediastinul mediu se află: pericardul, inima, bifurcația traheei și bronhiile principale, arterele și venele pulmonare, ganglionii limfatici ai bifurcației traheei
 - E. În mediastinul anterior, între pericard și stern, sunt situate: timusul, nervii vagi, canalul limfatic toracic, esofagul
2. CS. Tumori ale mediastinului de origine embrionară sunt, exceptând:
 - A. Chisturile dermoide și teratoamele
 - B. Seminomul primitiv
 - C. Tumorile benigne și maligne din mezenchim
 - D. Corioepiteliomul
 - E. Cordomul
3. CS. Chisturi ale mediastinului de origine embrionară sunt următoarele, exceptând:
 - A. Chisturile mezoteliale pleuro-pericardice
 - B. Chisturile bronhogenice
 - C. Chisturile gastroenterogene
 - D. Chisturile paraesofagiene
 - E. Meningocelul
4. CM. Tumorile dezvoltate pe seama țesutului mediastinal adult sunt, exceptând:
 - A. Tumorile din țesut conjunctiv
 - B. Tumorile de origine neurogenă
 - C. Tumorile din țesut adipos celular
 - D. Tumorile din ganglionii limfatici
 - E. Tumorile din vasele sangvine și limfatice

5. CM. Tumori și chisturi primitive dezvoltate din țesut mediastinal sunt următoarele, exceptând:
 - A. Tumori timice
 - B. Meningocelul
 - C. Chistul hidatic
 - D. Tumori metastatice
 - E. Tumori ganglionare
6. CS. Care dintre tumorile și chisturile mediastinale se localizează preponderent în mediastinul anterior?
 - A. Tumori ganglionare
 - B. Dermoidii și teratoamele
 - C. Tumori neurogene
 - D. Chisturile paraesofagiene
 - E. Chisturile gastroenterogene
7. CM. Care dintre tumorile și chisturile mediastinului se dezvoltă preponderent în mediastinul posterior?
 - A. Chisturile mezoteliale
 - B. Chisturile paraesofagiene
 - C. Tumori neurogene
 - D. Tumori dermoide și teratoamele
 - E. Tumori din țesut grasos
8. CM. Care dintre tumorile mediastinale enumerate sunt tumori hormonal active?
 - A. Seminomul mediastinal
 - B. Corioepiteliomul mediastinal
 - C. Fanomul mediastinal
 - D. Feocromocitomul mediastinal
 - E. Condrosarcomul mediastinal
9. CS. Care este sindromul clinic cel mai frecvent întâlnit în tumorile mediastinului?
 - A. Sindromul hemoragic
 - B. Sindromul mediastinal de compresiune pe organele și formațiunile anatomice învecinate
 - C. Sindromul toxico-infecțios
 - D. Sindromul de compresiune pe sistemul cav superior
 - E. Sindromul de disfagie

10. CM. Care sunt complicațiile cele mai frecvente din cele enumerate ale chisturilor mediastinului?
 - A. Supurația
 - B. Malignizarea
 - C. Ruperea chistului
 - D. Hemoragia
 - E. Sindromul mediastinal de compresiune
11. CS. Care metodă de investigații imagistice este cea mai informativă în diagnosticarea tumorilor și chisturilor mediastinului?
 - A. Radiografia standard
 - B. Tomografia stratificată
 - C. Tomografia computerizată cu contrast
 - D. Ultrasonografia
 - E. Rezonanța magnetică nucleară
12. CM. Care metode instrumentale de recoltare a biotatului pentru stabilirea morfologiei tumorilor sunt cele mai informative?
 - A. Puncția percutană transtoracală
 - B. Mediastinoscopia cu biopsie
 - C. Puncția sternală
 - D. Biopsia prescalenică Daniels
 - E. Mediastinotomia cu biopsie
13. CM. Care afirmație este corectă privitor la atitudinea tacticii de tratament în boala Hodgkin și în limfoamele non-hodgkiniene?
 - A. Tratamentul chimioterapeutic în stadiile localizate
 - B. Tratamentul radioterapeutic în stadiul localizat
 - C. Tratamentul chimioterapeutic și radioterapeutic în formele localizate
 - D. Tratamentul chimioterapeutic în formele generalizate
 - E. Tratamentul chimioterapeutic și radioterapeutic în formele generalizate
14. CM. Care este tratamentul de bază al tumorilor benigne și al chisturilor mediastinale?
 - A. Supraveghere în dinamică
 - B. Extirparea tumorii benigne
 - C. Drenarea chistului mediastinal
 - D. Extirparea chistului mediastinal
 - E. Chistotomie cu demucozarea cavității chistului

15. CM. Care sindroame și simptome ne sugerează faptul că tratamentul chirurgical radical (extirparea radicală a tumorii) în tumorile mediastinale maligne nu este posibil?
- A. Sindromul cavei superioare
 - B. Boli concomitente
 - C. Paralizia persistentă a coardelor vocale
 - D. Pleurezia hemoragică de origine tumorală
 - E. Disfagia
16. CM. Care sunt cele mai frecvente cauze ale emfizemului mediastinal?
- A. Ruptura de trahee
 - B. Ruptura esofagului
 - C. Pneumotoraxul deschis
 - D. Ruptura bronhiilor principale
 - E. Perforația colonului în herniile diafragmale
17. CM. Care floră microbiană declanșează mediastinita acută nespecifică?
- A. Flora microbiană aerobă
 - B. Fungii
 - C. Flora microbiană anaerobă neclostridiană
 - D. Protozoarele
 - E. Bacilul Koch
18. CS. Mai frecvent mediastinita acută nespecifică apare pe fundalul unor leziuni traumatiche sau al unui focar septic, exceptând:
- A. Perforația esofagului
 - B. Abcesul pulmonar central
 - C. Trauma traheei sau a bronhiilor principale
 - D. Desfacerea suturilor aplicate la esofag
 - E. Ulcerul gastroduodenal perforat
19. CM. Care afirmații referitor la morfopatologia mediastinitei acute purulente nespecifice sunt corecte?
- A. Evoluează spre un flegmon celular
 - B. Evoluează spre un flegmon adipos
 - C. Evoluează spre abcedare
 - D. Este un plastron inflamator
 - E. Este infiltrație leucocitară

20. CM. Care dintre simptomele enumerate sunt caracteristice pentru mediastinita acută purulentă nespecifică?
- A. Febra și frisoanele
 - B. Durerile retrosternale în junghi și în regiunea gâtului
 - C. Dispneea și tahicardia
 - D. Emfizemul mediastinal cu răspândirea subcutanată
 - E. Pareza intestinală
21. CM. Ce complicații pot apărea în mediastinita acută purulentă nespecifică?
- A. Șocul toxico-septic
 - B. Disfuncții multiple de organe
 - C. Sepsis
 - D. Ruperea colecției purulente în cavitatea pleurală
 - E. Osteomielita carcasei osoase a cutiei toracice
22. CM. Care dintre metodele de investigații imagistice și biologice ne pot aduce informații utile în diagnosticarea mediastinitei acute purulente?
- A. Radiografia standard cu contrastarea esofagului
 - B. Tomografia stratificată
 - C. Scintigrafia pulmonară
 - D. Tomografia computerizată cu contrast
 - E. Hemograma
23. CM. Care metode instrumentale de investigații ne pot informa despre cauza mediastinitei acute purulente și despre aspectul acumulării lichidiene în mediastin?
- A. Traheobronhoscopia
 - B. Pleurotoracosopia
 - C. Esofagoscopia
 - D. Puncția mediastinului
 - E. Mediastinoscopia
24. CM. Diagnosticul diferențial al mediastinitei acute purulente nespecifice se va face cu următoarele entități patologice, exceptând:
- A. Empiemul pleural acut închistat mediastinal
 - B. Chistul hidatic mediastinal necomplicat
 - C. Abcesul acut pulmonar hilar
 - D. Tumorile mediastinale
 - E. Chisturile supurate mediastinale

25. CS. Care dintre metodele menționate poate fi considerată optimă în tratamentul mediastinitei acute purulente nespecifice?
- A. Terapia antibacteriană
 - B. Terapia antibacteriană cu puncții repetate ale colecției purulente
 - C. Drenarea transcutană a mediastinului
 - D. Mediastinotomia cu drenarea mediastinului
 - E. Mediastinotomia, lichidarea cauzei mediastinitei acute și drenarea mediastinului. Terapia antibacteriană
26. CS. Calea de abord în tratamentul chirurgical al mediastinitei acute este următoarea, exceptând:
- A. Calea transtoracală
 - B. Calea parasternală
 - C. Calea transsternală
 - D. Calea cervicală
 - E. Calea lombară
27. CM. Alegerea căii de abord în tratamentul chirurgical al mediastinitei acute depinde preponderent de următoarele situații, exceptând:
- A. Localizarea colecției purulente
 - B. Etiologia mediastinitei acute
 - C. Boli concomitente
 - D. Vârsta pacientului
 - E. Durata procesului septic
28. CM. Care dintre următoarele afecțiuni pot declanșa o fibroză mediastinală?
- A. Mediastinita acută nespecifică
 - B. Tuberculoza mediastinală
 - C. Actinomicoza mediastinală
 - D. Sifilisul mediastinal
 - E. Un factor idiopatic
29. CS. În cazul unei mediastinite cronice sclerozante, care semn clinic este alarmant în evoluția bolii?
- A. Subfibrilație
 - B. Dureri în pept moderate
 - C. Scădere ponderală

- D. Semne de compresiune pe organele mediastinului
 E. Astenie
30. CS. Ce tratament de bază recomandați în mediastinita cronică sclerozantă cu compresiuni severe pe organele vitale?
- A. Remedii antibacteriene
 B. Remedii antimicotice
 C. Tratament actinic
 D. Tratament cu corticosteroizi
 E. Tratament chirurgical

KEY: PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A MEDIASTINULUI

1.BCD; 2.C; 3.D; 4.ABCDE; 5.BCD; 6.B; 7.BC; 8.BD; 9.B; 10.ACE;
 11.C; 12.BDE; 13.CD; 14.BD; 15.ACD; 16.ABD; 17.AC; 18.E; 19.ABC;
 20.ABCD; 21.ABCDE; 22.ABDE; 23.ACDE; 24.ACE; 25.E; 26.E;
 27.CDE; 28.ABCDE; 29.D; 30.E.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Un pacient de 50 de ani acuză progresia slăbiciunilor musculare, apariția ptozei, de asemenea, pacientul menționează înrăutățirea vederii. În decurs de 2-3 luni s-a aflat în evidența medicului neurolog, a urmat tratament conservator cu polivitamine, calmante, dar starea este fără dinamică pozitivă. O ameliorare moderată pacientul menționează după administrarea Prozerinei (anticolinesterazice). La radiografia toracică în 2 proiecții la nivelul mediastinului superior și inferior anterior se depistează o formațiune cu volumul de 5-7 cm. Probele de laborator relevă VSH moderat crescută, puțin mărit AFP.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce metode de investigare veți realiza pentru stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?

7. Ce forme clinice ale maladiei stabilite cunoașteți (clasificația clinică).
8. În ce constă programul curativ? Argumentați indicații pentru tratamentul chirurgical.
9. Prescrieți rețeta – Sol. Prozerini, din foaia de prescripții.
10. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: *Timom, miastenie Gr. I*

2. Un pacient de 34 de ani este internat în secția de chirurgie cu acuze de febră până la 39°C, slăbiciune generală, dispnee, vertijuri, grețuri. Se consideră bolnav de aproximativ 2 săptămâni când a suportat deschiderea și drenarea hidradenitei la nivelul fosei axilare pe stânga. Însă, după 3-4 zile de stare relativ satisfăcătoare apare febra. Sub evidența chirurgului curant a urmat antibioterapie, antipiretice, dar starea este fără ameliorare. La revizia plăgii se depistează o acumulare neînsemnată purulentă ce a fost sanată. Peste 3 zile pacientul se readresează la medicul chirurg, deja cu febră de 39°C, este internat. La examenul radiologic al cutiei toracice la nivelul mediastinului superior se suspectează o formațiune lichidiană. Din testele de laborator se menționează leucocitoză avansată, devierea formulei leucocitare spre stânga, VSH crescută semnificativ.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce metode de investigare veți efectua pentru stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?
7. Ce complicații ale maladiei în cazul dat pot surveni?
8. În ce constă programul curativ? Argumentați indicații pentru tratamentul chirurgical.
9. Prescrieți rețeta – Cefuroximi, din foaia de prescripții.
10. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: *Abces al mediastinului superior*

**AFECTIUNILE PLEURO-PULMONARE
SUPURATIVE (Abcesul pulmonar,
Boala bronșiectatică, Gangrena pulmonară,
Pleureziile purulente nespecifice)**

1. CS. Factorul etiologic (mecanismul) principal în dezvoltarea abcesului și gangrenei pulmonare este:
 - A. De origine bronhogenă
 - B. Traumatismele
 - C. Boala bronșiectatică
 - D. Emboliile septice
 - E. Răspândirea infecției din focare purulente din vecinătate
2. CS. Cauza principală în dezvoltarea gangrenei pulmonare este:
 - A. Reactivitatea imunologică scăzută
 - B. Vârsta înaintată a pacientului
 - C. Bolile concomitente
 - D. Flora microbiană
 - E. Reactivitatea imunologică scăzută și flora microbiană
3. CS. Care floră microbiană provoacă mai frecvent gangrena pulmonară?
 - A. Protozoarele
 - B. Fungii
 - C. Flora microbiană aerobă gram-pozitivă
 - D. Flora microbiană aerobă gram-negativă
 - E. Flora microbiană anaerobă neclostridiană
4. CS. Care este localizarea mai frecventă a abceselor pulmonare prin aspirație?
 - A. Segmentele bazale anterioare ale lobilor inferiori
 - B. Segmentele laterale ale lobilor inferiori
 - C. Segmentele apicale ale lobilor superiori
 - D. Segmentele anterioare ale lobilor superiori
 - E. Segmentele posterioare ale plămânilor (preponderent lobii superiori)

5. CM. Abcesele de origine bronhogenă în majoritatea cazurilor sunt:
 - A. Multiple
 - B. Periferice
 - C. Solitare
 - D. Centrale
 - E. Bilaterale
6. CM. Abcesele pulmonare secundare unor embolii septice sunt:
 - A. Centrale
 - B. Multiple
 - C. Periferice
 - D. Solitare
 - E. Bilaterale
7. CS. Care semn clinic nu este caracteristic pentru prima fază a abcesului pulmonar acut?
 - A. Tusea
 - B. Febra
 - C. Expectorația purulentă
 - D. Dispneea
 - E. Sindromul algic
8. CM. Care dintre semnele menționate mai jos se diminuează în faza a doua a abcesului pulmonar acut?
 - A. Hemoptizia
 - B. Tusea
 - C. Expectorația
 - D. Dispneea
 - E. Intoxicația septico-purulentă
9. CS. Sindromul fizic caracteristic pentru faza I a abcesului pulmonar este:
 - A. Sindromul de hiperinflație pulmonară
 - B. Sindromul de condensare pulmonară
 - C. Devierea mediastinului contralateral
 - D. Sindromul fizic cavitar
 - E. Sindromul de revărsat pleural

20. CS. Metoda cea mai veritabilă de determinare a florei microbiene în abcesul și gangrena pulmonară este examinarea:
- A. Sputei expectorate
 - B. Lichidului lavajului aspirat
 - C. Conținutului aspirat în timpul bronhoscopiei
 - D. Frotiului nazofaringian
 - E. Materialului prelevat prin punția transtoracală
21. CM. Tratatamentul abceselor și gangrenei pulmonare prevede:
- A. Corecția metabolismului hidro-salin
 - B. Antibioterapie
 - C. Dezintoxicația
 - D. Sanarea locală a focarului purulent
 - E. Imunocorecția
22. CS. Metoda de elecție pentru sanarea abcesului pulmonar acut este:
- A. Inhalatiile curative
 - B. Drenajul postural
 - C. Toracopleuropneumocenteza cu drenare
 - D. Lavajul bronșic prin cateterism
 - E. Bronhoscopia cu lavaj
23. CS. Metoda de elecție în sanarea abceselor voluminoase cu sechestre și intoxicație septică pronunțată este:
- A. Toracopneumocenteza cu drenaj
 - B. Bronhoscopia
 - C. Lavajul bronșic prin cateterism
 - D. Microtraheostomia
 - E. Toracopneumotomia și drenarea abcesului
24. CS. Care dintre metodele de hemostază este inefficientă în hemoragiile din abcesele pulmonare?
- A. Bronhoscopia cu obturarea bronhiei de drenaj
 - B. Colabarea plămânului afectat
 - C. Embolizarea arterelor bronșice
 - D. Toracopneumotomia și suturarea vaselor în cavitatea abcesului
 - E. Rezecția pulmonară

25. CS. Metoda terapeutică de elecție în gangrena pulmonară complicată cu hemoragii repetate masive este:
- A. Bronhoscopia cu lavaj
 - B. Puncția pleurală repetată
 - C. Pleurotomia minimă (închisă)
 - D. Toracopneumotomia cu tamponament
 - E. Rezecția pulmonară
26. CS. Metoda de bază de tratament local în cazul rupturii abcesului piogen sau gangrenos în cavitatea pleurală este:
- A. Bronhoscopia cu lavaj
 - B. Puncția pleurală repetată
 - C. Pleurotomia minimă (închisă)
 - D. Toracotomia largă, sanarea, drenarea cavității pleurale și abcesului
 - E. Rezecția pulmonară
27. CS. În aprecierea rezultatelor tratamentului conservator al abcesului pulmonar acut, care afirmație nu este corectă?
- A. Însănătoșirea are loc în 80-85% din cazuri
 - B. Însănătoșirea definitivă (clinică și morfopatologică) în 25-40% din cazuri
 - C. Însănătoșirea numai clinică se marchează în 35-50% din cazuri
 - D. Cronicizarea procesului are loc în 50% din cazuri
 - E. Mortalitatea constituie 1-2%
28. CM. Care dintre cauzele enumerate mai jos conduc la cronicizarea abcesului pulmonar?
- A. Tratamentul conservator întârziat
 - B. Terapia antibacteriană defectuoasă
 - C. Localizarea apicală a abcesului
 - D. Terapia de detoxifiere neadecvată
 - E. Abcesul pulmonar voluminos cu secheste, asanare defectuoasă
29. CS. Complicația cea mai gravă a abcesului pulmonar cronic este:
- A. Tuberculoza cavității reziduale
 - B. Suprainfectarea cu fungi
 - C. Amiloidoza viscerală
 - D. Hemoptizia
 - E. Pioscleroza cu bronșiectazii secundare

30. CS. Metoda cea mai eficace de diagnostic în abcesul cronic este:
- A. Angiopulmonografia
 - B. Scanarea cu radionuclizi
 - C. Radiografia de ansamblu
 - D. Bronhoscopia
 - E. Tomografia și bronhografia
31. CS. Care dintre formele evolutive ale abcesului pulmonar cronic nu va fi supusă tratamentului chirurgical?
- A. Cu hemoragii repetate
 - B. Cavitate restantă asimptomatică
 - C. Progresarea piosclerozei
 - D. Acutizarea frecventă a procesului septico-purulent
 - E. Malignizarea cavității restante
32. CS. Metoda de elecție în tratamentul abcesului pulmonar cronic este:
- A. Tratamentul conservator general
 - B. Bronhoscopia cu lavaj
 - C. Toracopneumotomia cu drenaj
 - D. Antibioterapia
 - E. Rezecția pulmonară
33. CM. Care dintre complicațiile enumerate apar mai frecvent în perioada precoce la bolnavii operați pentru supurații parenchimotoase pulmonare?
- A. Bronhospasmul
 - B. Plămânul de stres
 - C. Atelectaziile
 - D. Sindromul de încărcare bronșică
 - E. Bronhopneumoniile
34. CS. Cea mai periculoasă complicație pleurală în rezecțiile pulmonare este:
- A. Pleureziile purulente
 - B. Fistula bronșică
 - C. Supurația plăgii
 - D. Hemoragia
 - E. Atelectaziile

35. CS. Metoda primordială de profilaxie a empiemului pleural în rezecțiile pulmonare efectuate pentru supurațiile parenchimatose este:
- A. Corecția homeostaziei
 - B. Antibioterapie
 - C. Corecția stării imunologice
 - D. Reexpansionarea plămânului și drenarea adecvată
 - E. Inhalatiile curative
36. CM. Care dintre următoarele afirmații, referitoare la structura anatomică a plămânilor, nu sunt corecte?
- A. Plămânul stâng este alcătuit din doi lobi
 - B. Plămânul drept este alcătuit din trei lobi
 - C. Plămânul stâng este alcătuit din trei lobi
 - D. Plămânul drept este alcătuit din doi lobi
 - E. Plămânul drept are lob mediu
37. CS. Segmentele lobilor plămânilor sunt următoarele, exceptând:
- A. Lobul superior al plămânului drept are trei segmente /1,2,3/
 - B. Lobul mediu are un segment /4/
 - C. Lobul inferior pe dreapta are 5 segmente /6,7,8,9,10/
 - D. Lobul superior pe stânga are 5 segmente /1,2,3,4,5/
 - E. Lobul inferior pe stânga are 4 segmente /6,8,9,10/
38. CM. Locul de plecare al arterelor bronșice este:
- A. Artera pulmonară
 - B. Arterele intercostale
 - C. Artera axilară
 - D. Artera subclavia
 - E. Aorta
39. CS. Mucoasa bronhiilor este tapetată cu:
- A. Epiteliu alveolar
 - B. Epiteliu ciliat
 - C. Mezoteliu
 - D. Endoteliu
 - E. Epiteliu pavimentos
40. CS. Peretele bronhiilor are următoarele straturi, exceptând:
- A. Stratul mucos și membrana proprie

- B. Stratul muscular
 - C. Stratul submucos
 - D. Stratul adipos-celular
 - E. Stratul fibros-cartilaginos și adventicea
41. CS. Care dintre indicii volumului respirator nu este corect?
- A. Volumul inspirator de rezervă – 1500-2000 ml
 - B. Volumul expirator de rezervă – 500 ml
 - C. Volumul rezidual – 1000-1300 ml
 - D. Volumul respirator – 400-500 ml
 - E. Volumul respirator pe minut – 5000-10000 ml
42. CS. Care dintre indicii capacității de volum pulmonar nu este corect?
- A. Capacitatea vitală – 3000-4000 ml
 - B. Capacitatea totală – 4000-5300 ml
 - C. Capacitatea inspiratorie – 2400-3200 ml
 - D. Capacitatea reziduală funcțională – 1500 ml
 - E. Capacitatea respiratorie maximă – 128000 ml
43. CS. Care dintre indicii presiunii gazelor sângelui nu este corect?
- A. Presiunea O_2 în sângele arterial – 60 mm/Hg
 - B. Presiunea O_2 în sângele venos – 38 mm/Hg
 - C. Presiunea O_2 în sângele arterial – 98 mm/Hg
 - D. Presiunea CO_2 în sângele arterial – 37,8 mm/Hg
 - E. Presiunea CO_2 în sângele venos – 42,5 mm/Hg
44. CS. Metodele de examinare ale funcției respiratorii sunt următoarele, exceptând:
- A. Spirometria
 - B. Scanarea cu radionuclizi
 - C. Spirografia
 - D. Spiroergometria
 - E. Pneumotahografia
45. CS. Factorii cei mai importanți în etiologia bolii bronșiectatice sunt:
- A. Boala bronșiectatică preponderent este congenitală
 - B. Factorii ereditari
 - C. Factorul mecanic

- D. Factorul infecțios
 - E. Factorii mecanic și infecțios
46. CS. Boala bronșiectatică se dezvoltă pe fundalul:
- A. Piosclerozei
 - B. Pneumoniei cronice
 - C. Parenchimului neschimbat
 - D. Emfizemului pulmonar
 - E. Empiemului pleural cronic
47. CS. Forma anatomico-patologică a bronșiectaziilor mai frecvent întâlnite este:
- A. Dilatații moniliforme sau varicoase
 - B. Dilatații cilindrice
 - C. Dilatații sacciforme sau pseudochistoase
 - D. Dilatații ampulare
 - E. Dilatații mixte
48. CS. Care strat al peretelui bronșic este înlocuit cu țesut conjunctiv în bronșiectaziile avansate (stadiul III)?
- A. Stratul mucos
 - B. Stratul submucos
 - C. Mușchii netezi
 - D. Cartilajul
 - E. Toate straturile
49. CS. Care este simptomul funcțional dominant al bolii bronșiectatice?
- A. Sindromul algic
 - B. Sindromul hemoptoic
 - C. Sindromul de intoxicație septico-purulentă
 - D. Sindromul bronșic
 - E. Febra
50. CS. Boala bronșiectatică afectează preponderent:
- A. Lobul superior al plămânului drept
 - B. Lobul mediu al plămânului drept
 - C. Lobul superior al plămânului stâng
 - D. Lobul superior și mediu al plămânului drept
 - E. Lobii inferiori

51. CS. Sindromul fizic caracteristic pentru boala bronșiectatică este:
- A. Sindromul de hiperinflație pulmonară
 - B. Sindromul de condensare pulmonară
 - C. Sindromul fizic cavităar
 - D. Sindromul de revărsat pleural
 - E. Sindromul bronșic
52. CS. Cea mai frecventă complicație locală a bolii bronșiectatice este:
- A. Pneumopatia acută
 - B. Bronșitele acute și subacute
 - C. Hemoptiziile
 - D. Pleureziile purulente
 - E. Pioscleroza
53. CS. Complicația cea mai gravă de ordin general în perioada tardivă a bolii bronșiectatice este:
- A. Abcesul cerebral
 - B. Abcesul hepatic
 - C. Generalizarea procesului septico-purulent
 - D. Abcesul subfrenic
 - E. Amiloidoza viscerală
54. CM. Diagnosticul diferențial al bolii bronșiectatice prezintă dificultăți cu următoarele maladii:
- A. Bronșitele supurate fără dilatații bronșice
 - B. Supurațiile bronhopulmonare cronice cu bronșiectazii secundare
 - C. Tuberculoza pulmonară
 - D. Bronhocelele
 - E. Formele chistice sau pseudochistice ale bolilor congenitale pulmonare
55. CS. Metoda cea mai eficace de diagnostic al bolii bronșiectatice este:
- A. Angiopulmonografia
 - B. Radiografia de ansamblu
 - C. Tomografia
 - D. Bronhografia
 - E. Bronhosopia

56. CS. Care dintre următoarele investigații paraclinice asigură o informație optimă despre rezervele funcționale ale plămânilor?
- A. Scanarea cu radionuclizi
 - B. Determinarea presiunii O_2 și CO_2 în sânge
 - C. Testele de ventilare pulmonară
 - D. Testele de ventilare pe plămâni separați
 - E. Angiopulmonografia
57. CS. Metoda optimă de pregătire a bolnavilor cu boală bronșiectatică pentru bronhografie este:
- A. Administrarea parenterală a antibioticelor
 - B. Administrarea de expectorante
 - C. Corecția homeostaziei
 - D. Terapia de dezintoxicare
 - E. Asanarea arborelui bronșic
58. CS. Metoda cea mai eficace de asanare a arborelui bronșic este:
- A. Inhalațiile aerosolice
 - B. Drenajul postural
 - C. Lavajul bronșic prin cateterism
 - D. Administrarea de expectoranți
 - E. Bronhosopia + lavajul bronșic cu antibiotice, antiseptice și aspirare
59. CS. Tratamentul strict conservator al bolii bronșiectatice este indicat în următoarele cazuri, exceptând:
- A. La bolnavii cu boli concomitente decompensate
 - B. În stadiile inițiale ale maladiei, mai cu seamă la copii
 - C. În cazurile de afectare a unui plămân și a unui lob sau mai mulți din partea opusă
 - D. Afectarea limitată a ambilor plămâni
 - E. Degenerescența amiloidă gravă a organelor interne
60. CS. Tratamentul conservator al bolii bronșiectatice include obligatoriu următoarele măsuri, exceptând:
- A. Corecția homeostaziei
 - B. Terapia de detoxicare
 - C. Sanarea bronhiilor și a căilor aeriene superioare

- D. Combaterea secreției gastrice
 - E. Tratamentul balneo-climatic
61. CS. Tratamentul chirurgical al bolii bronșiectatice în funcție de procesul local este rar indicat în următorul caz:
- A. Bronșiectazii supurate unilaterale
 - B. Plămân bronșiectatic complet distrus
 - C. Bronșiectazii localizate bilateral bine delimitate
 - D. Bronșiectazii difuze din copilărie, mai cu seamă bilaterale, fără complicații
 - E. Bronșiectazii secundare, mai cu seamă hemoptoice
62. CS. Operațiile radicale în boala bronșiectatică sunt următoarele, exceptând:
- A. Rezeția segmentară
 - B. Lobectomia, bilobectomia
 - C. Rezeția cuneiformă
 - D. Decorticarea pleuropulmonară
 - E. Pulmonectomia
63. CS. Complicațiile postoperatorii imediate în boala bronșiectatică sunt următoarele, exceptând:
- A. Trezirea postanestezică tardivă a bolnavului
 - B. Hemoragia gravă
 - C. Șocul de durere
 - D. Bronhospasmul
 - E. Insuficiența suturilor bronhiei
64. CS. Complicațiile pleurale postoperatorii precoce, în rezețiile pulmonare pentru boala bronșiectatică, sunt următoarele, exceptând:
- A. Empiemul pleural
 - B. Hemotoraxul
 - C. Pneumotoraxul
 - D. Atelectaziile
 - E. Chilotoraxul
65. CS. Complicațiile postoperatorii precoce parenchimotoase și bronșice, în rezețiile pulmonare pentru boala bronșiectatică, sunt următoarele, exceptând:
- A. Atelectaziile
 - B. Pneumoniile

- C. Încărcările bronșice
 - D. Edemul pulmonar
 - E. Emfizemul cervico-toracic
66. CS. Care dintre complicațiile postoperatorii imediate, în rezechțiile pulmonare pentru boala bronșiectatică, necesită reintervenție chirurgicală de urgență majoră?
- A. Atelectazia
 - B. Șocul de durere
 - C. Hemoragia intrapleurală
 - D. Pneumotoraxul
 - E. Inundația traheo-bronșică
67. CS. Seroasa pleurei este tapetată cu:
- A. Epiteliu cilindric ciliat
 - B. Epiteliu alveolar
 - C. Endoteliu
 - D. Mezoteliu
 - E. Epiteliu pavimentos
68. CS. În pleură este bine dezvoltată:
- A. Rețeaua vasculară arterială
 - B. Rețeaua vasculară venoasă
 - C. Rețeaua vasculară limfatică
 - D. Rețeaua vasculară arterială și venoasă
 - E. Șunturile arterio-venoase
69. CS. Care este cauza cea mai frecventă a dezvoltării pleureziilor purulente nespecifice?
- A. Afecțiunile inflamator-supurative ale bronhiilor și parenchimului pulmonar
 - B. Afecțiunile septice din vecinătate
 - C. Afecțiunile septice la distanță
 - D. Traumatismul toracic
 - E. Operațiile toracice
70. CS. Care floră microbiană este mai frecventă în empiemul pleural nespecific?
- A. Flora microbiană aerobă
 - B. Flora microbiană anaerobă neclostridiană

- C. Fungii
 - D. Flora microbiană anaerobă clostridiană
 - E. Flora microbiană aerobă și flora microbiană anaerobă neclostridiană
71. CS. Simptomele funcționale principale în pleureziile acute nespecifice sunt următoarele, exceptând:
- A. Durerea toracică
 - B. Tusea
 - C. Dispneea
 - D. Bradipneea inspiratorie
 - E. Polipneea
72. CS. În pleureziile de difuziune (perioada inițială) durerea are următorul caracter:
- A. Junghi toracic
 - B. Durere toracică difuză
 - C. Durere în punct fix
 - D. Durere intercostală
 - E. Dureri în spațiul interscapulo-vertebral
73. CS. În pleureziile colectate durerea poartă următorul caracter:
- A. Junghi toracic
 - B. Durere toracică difuză
 - C. Durere în punct fix
 - D. Durere intercostală
 - E. Dureri în spațiul interscapulo-vertebral
74. CS. Care este sindromul fizic caracteristic pentru pleureziile purulente?
- A. Sindromul de hiperinflație pulmonară
 - B. Sindromul de condensare pulmonară
 - C. Sindromul fizic cavitărilor
 - D. Sindromul de revărsat pleural
 - E. Sindromul fizic mixt
75. CS. Care dintre semnele sindromului fizic de revărsat pleural dispar în pleureziile colectate?
- A. Vibrația vocală abolită

- B. Matitatea
 - C. Murmurul vezicular abolit
 - D. Hipersonoritatea apicală
 - E. Suflul și frecăturile pleurale
76. CS. În cazul pleureziilor închistate, care afirmație nu este corectă?
- A. Pleurezii apicale
 - B. Pleurezii costo-parietale
 - C. Pleurezii intersegmentare
 - D. Pleurezii mediastinale
 - E. Pleurezii interlobare
77. CS. Care metodă de diagnostic este cea mai informativă în pleureziile purulente acute?
- A. Ultrasonografia
 - B. Scanarea plămânilor cu radionuclizi
 - C. Radiografia de ansamblu în diferite poziții
 - D. Angiopulmonografia
 - E. Bronhoscopia
78. CM. În care formă de pleurezie închistată diagnosticul este dificil?
- A. În pleureziile apicale
 - B. În pleureziile mediastinale
 - C. În pleureziile diafragmatice
 - D. În pleureziile interlobare
 - E. În pleureziile parietale
79. CS. Care este metoda optimă de diagnostic în pleureziile închistate?
- A. Ultrasonografia
 - B. Examenul radiologic (radioscopia, radiografia, tomografia/ cu punctia colecției și examenul citologic al lichidului recoltat)
 - C. Scanarea plămânului
 - D. Angiopulmonografia
 - E. Bronhoscopia
80. CS. Pentru examenul revărsatului pleural în pleureziile purulente bacteriene este caracteristic:
- A. Predominanța limfocitelor
 - B. Numărul de leucocite în câmpul de vedere nu mai puțin de 50

- C. Numărul de leucocite în câmpul de vedere între 50-70
 - D. Numărul de leucocite în câmpul de vedere 100 și mai mult, dintre care 80% neutrofile
 - E. Prevalarea eritrocitelor schimbate
81. CS. Tratamentul conservator al empiemului acut bacterian include următoarele măsuri, exceptând:
- A. Terapia de dezintoxicare
 - B. Terapia antimicrobiană
 - C. Evacuarea revărsatului pleural
 - D. Asanarea sursei septico-purulente primare
 - E. Ameliorarea reactivității organismului prin imunizarea activă
82. CS. Metoda primordială în tratamentul local al pleureziilor purulente acute este:
- A. Administrarea intrapleurală a antibioticelor
 - B. Evacuarea revărsatului pleural și reexpansionarea plămânului
 - C. Toracosopia cu aspirația revărsatului pleural
 - D. Bronhoscopia cu lavaj și aspirație bronșică
 - E. Cateterizarea v. subclavia cu administrarea parenterală a antibioticelor
83. CS. Metodele tradiționale de evacuare a revărsatului pleural sunt următoarele, exceptând:
- A. Puncția repetată
 - B. Pleurotomia minimă cu drenaj
 - C. Pleurotomia largă fără rezecția coastelor cu drenaj
 - D. Pleurotomia largă cu rezecția coastelor și drenaj
 - E. Toracosopia repetată cu aspirația revărsatului pleural
84. CM. Metoda de evacuare a revărsatului pleural depinde de următoarele situații:
- A. Cauza pleureziei
 - B. Vârsta bolnavului
 - C. Reactivitatea organismului
 - D. Caracterul revărsatului și factorul etiologic al pleureziei
 - E. Flora microbiană

85. CM. Care dintre cauzele enumerate mai jos pot favoriza cronicizarea empiemului acut?
- A. Tratamentul întârziat
 - B. Drenarea insuficientă a cavității pleurale
 - C. Flora microbiană agresivă și rezistentă la antibioterapie
 - D. Reactivitatea imunologică scăzută
 - E. Bolile concomitente decompensate
86. CS. Care este principiul de bază în tratamentul empiemului cronic?
- A. Dezinfectarea cavității restante
 - B. Terapia cu antibiotice
 - C. Tratamentul de dezintoxicare
 - D. Corecția homeostaziei
 - E. Lichidarea cavității restante
87. CS. Procedeele chirurgicale contemporane în tratamentul empiemului cronic sunt următoarele, exceptând:
- A. Toracoplastia extrapleurală
 - B. Toracoplastia intrapleurală
 - C. Decorticarea pleuro-pulmonară;
 - D. Decorticarea pleuro-pulmonară asociată cu rezecția pulmonară parțială
 - E. Plombajul extrapleural cu materiale plastice
88. CS. Care metodă de plombaj intrapleural este utilizată în cazuri sporadice ale empiemului cronic pleural fără fistule bronșice?
- A. Plombajul cu parafină
 - B. Plombajul cu grăsimi
 - C. Plombajul cu bureți din material plastic
 - D. Plombajul cu mușchi
 - E. Plombajul cu bile de acrilat

KEY: AFECȚIUNILE PLEURO-PULMONARE SUPURATIVE

1.A; 2.E; 3.E; 4.E; 5.CD; 6.BCE; 7.C; 8.DE; 9.B; 10.D; 11.C; 12.BD; 13.E; 14.C; 15.C; 16.B; 17.D; 18.E; 19.E; 20.E; 21.ABCD; 22.C; 23.E; 24.B; 25.E; 26.D; 27.D; 28.ABDE; 29.C; 30.E; 31.B; 32.E; 33.CD; 34.D; 35.D; 36.CD; 37.B; 38.BDE; 39.B; 40.D; 41.B; 42.D; 43.A; 44.B; 45.E;

46.C; 47.B; 48.E; 49.D; 50.E; 51.E; 52.B; 53.E; 54.BE; 55.D; 56.D; 57.E; 58.E; 59.D; 60.D; 61.D; 62.D; 63.E; 64.D; 65.E; 66.C; 67.D; 68.C; 69.A; 70.E; 71.D; 72.A; 73.B; 74.D; 75.E; 76.C; 77.C; 78.BD; 79.B; 80.D; 81.E; 82.B; 83.E; 84.AD; 85.ABCDE; 86.E; 87.E; 88.D.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. În secția de chirurgie se internează un pacient de 45 de ani cu acuze la tuse cu expectorații seropurulente, febră de 38°C seara, dispnee, preponderent la efort fizic, inapetență. Se consideră bolnav de aproximativ 2-3 ani, când a observat apariția semnelor menționate mai sus. Starea de regulă se acutizează în perioada rece a anului. La examen radiologic și tomografie computerizată pulmonară la nivelul lobului inferior pe dreapta se presupune dilatații bronșice, sindrom de condensat pulmonar adiacent. Bronhografia a permis de a stabili dilatații ale arborelui bronșic de tip ampular la nivelul lobului inferior dreapta.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce program de investigare veți realiza la stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?
7. Ce complicații severe pot surveni?
8. În ce constă programul curativ? Argumentați indicații pentru tratamentul chirurgical.
9. Prescrieți rețeta – Ciprinoli, din foaia de prescripții.
10. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: Boală bronșiectatică

2. Un pacient de 55 de ani se adresează la medicul de familie cu acuze la tuse, febră seara până la 39°C, slăbiciuni, vertijuri, dispnee. Se consideră bolnav de aproximativ 3-4 săptămâni, când au apărut febra de seară, tuse uscată. Din anamneză s-a constatat că pacientul este fumător, frecvent fo-

losește băuturi alcoolice, se alimentează prost. La internare se recurge la radiografia toracică ce a permis de a suspecta o pneumonie pe dreapta lob inferior, nu se exclude o formațiune lichidiană în centrul acestei opacități. Tomografia computerizată permite de a stabili clar la nivelul menționat o formațiune lichidiană. Testele de laborator sunt caracteristice pentru un proces inflamator avansat cu leucocitoză, devierea formulei leucocitare spre stânga, VSH este mărită.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce program de investigare veți realiza pentru stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?
7. În ce constă programul curativ? Argumentați indicații pentru tratamentul chirurgical.
8. Ce metode chirurgicale pot fi utile în tratamentul acestei maladii?
9. Prescrieți rețeta – Ciprinoli, din foaia de prescripții.
10. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: *Abces pulmonar acut pe dreapta*

AFECȚIUNILE NESUPURATIVE PLEURO-PULMONARE

1. CS. Pleura este tapetată cu:
 - A. Epiteliu alveolar
 - B. Epiteliu glandular
 - C. Epiteliu ciliat
 - D. Celule mezoteliale
 - E. Epiteliu pavimentos

2. CM. Care dintre porțiunile pleurei este bogată în vase limfatice și are mai mult funcție de resorbție?
 - A. Partea diafragmatică a pleurei parietale
 - B. Partea costo-vertebrală a pleurei parietale
 - C. Partea mediastinală a pleurei parietale
 - D. Pleura pulmonară (viscerală)
 - E. Partea cervicală a pleurei parietale

3. CS. Care dintre porțiunile pleurei este bogată în vase sangvine și are mai mult funcție secretorie?
 - A. Partea diafragmatică a pleurei parietale
 - B. Partea costo-vertebrală a pleurei parietale
 - C. Partea mediastinală a pleurei parietale
 - D. Pleura pulmonară (viscerală)
 - E. Partea cervicală a pleurei parietale

4. CM. Factorul etiologic al revărsatului pleural nesupurativ este, exceptând:
 - A. Traumatismul canalului limfatic toracic (chilotoraxul)
 - B. Traumatismul toracelui cu lezarea pleurei, arterelor intercostale, parenchimului pulmonar (hemotoraxul)
 - C. Pancreatita acută (revărsatul enzimatic)
 - D. Ruptura abcesului pulmonar în cavitatea pleurală
 - E. Traumatismul toracelui cu ruptură de esofag

5. CM. Care sunt metodele imagistice cele mai utile în diagnosticarea revărsatului pleural, exceptând?
 - A. Ultrasonografia
 - B. Radiografia standard

- C. Tomografia simplă stratificată
 - D. Tomografia computerizată
 - E. Investigațiile cu radionuclizi
6. CM. Care sunt metodele de elecție de investigații pentru stabilirea aspectului revărsatului pleural?
- A. Toracosopia cu recoltarea lichidului pleural și biopsia pleurală pentru efectuarea examenului biologic, histologic și citologic
 - B. Investigațiile radiologice
 - C. Ultrasonografia
 - D. Puncția pleurală cu recoltarea lichidului pleural pentru efectuarea examenului biologic și citologic
 - E. Investigațiile cu radionuclizi
7. CM. Care dintre afirmațiile enumerate sunt caracteristice pentru pneumotoraxul primitiv (idiopatic) spontan?
- A. Este o urgență medico-chirurgicală
 - B. Survine pe leziuni preexistente
 - C. Apare brusc și pe neașteptate
 - D. De regulă, fără o cauză cunoscută anterior
 - E. Se depistează ocazional
8. CM. Care sunt factorii etiologici ai pneumotoraxului spontan primitiv?
- A. Ruperea veziculelor aeriene subpleurale
 - B. Ruptura țesutului pulmonar în zonele aderențelor
 - C. Tuberculoza cavernoasă
 - D. Unele distrofii ale țesutului conjunctiv sau ale bolii de colagen
 - E. Ruptura chistului hidatic pulmonar în cavitatea pleurală
9. CM. Factorul etiologic al pneumotoraxului spontan secundar este:
- A. Sarcoidoza
 - B. Tuberculoza cavernoasă
 - C. Endometrioza
 - D. Abcesul pulmonar cu eruperea în cavitatea pleurală
 - E. Bulele emfizematoase erupte în cavitatea pleurală
10. CM. Perturbările respiratorii și cardiovasculare sunt produse primordial de:
- A. Forma anatomo-morfologică a pneumotoraxului spontan (pneumotorax închis, deschis sau compresiv)

- B. Boli concomitente
 - C. Volumul pungii de aer
 - D. Vârsta bolnavului
 - E. Vechimea pneumotoraxului spontan
11. CM. Care sunt semnele fizice ale pneumotoraxului spontan?
- A. Vibrații vocale abolite
 - B. Suflu pleuretic
 - C. Hipersonoritate (timpanism)
 - D. Frecături pleurale
 - E. Suflu amforic
12. CM. Prin ce semne clinice se caracterizează pneumotoraxul spontan cu supapă?
- A. Dureri violente toracice
 - B. Dispnee pronunțată
 - C. Turgescența venelor gâtului și cianoză
 - D. Tuse convulsivă
 - E. Bombarea semitoracelui și mărirea spațiilor intercostale
13. CS. Metoda cea mai simplă și frecvent utilizată în diagnosticul pneumotoraxului spontan este:
- A. Ultrasonografia
 - B. Radiografia standard
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Angiopulmonografia
 - E. Rezonanța magnetică nucleară
14. CM. Ce metode de investigații se vor utiliza în diagnosticul diferențial dintre bulele gigante pulmonare și herniile diafragmale?
- A. Ultrasonografia
 - B. Tomografia computerizată
 - C. Examenul baritat al tubului digestiv
 - D. Toracosopia
 - E. Scintigrafia plămânului
15. CS. Semnele radiologice caracteristice pentru pneumotoraxul spontan cu supapă sunt următoarele, exceptând:
- A. Hipertransparența hemitoracelui

- B. Deplasarea pronunțată a mediastinului
 - C. Colabarea totală a plămânului
 - D. Deplasarea hemidiafragmului corespunzător spre cavitatea peritoneală
 - E. Balansarea mediastinului
16. CM. Care complicații nemijlocit pot surveni în pneumotoraxul spontan primitiv?
- A. Șocul cardiopulmonar
 - B. Hemoragia intrapleurală
 - C. Empiemul pleural
 - D. Piopneumotoraxul
 - E. Mediastinita nespecifică
17. CM. Factorul etiologic primordial al pneumotoraxului spontan recidivant este:
- A. Plămânul bulos
 - B. Tuberculoza cavernoasă
 - C. Chistul hidatic pulmonar
 - D. Abcesul pulmonar
 - E. Emfizemul bulos pulmonar
18. CS. Tratatamentul conservator în pneumotoraxul spontan este indicat în următoarele situații:
- A. În piepnemotoraxul
 - B. În pneumotoraxul deschis
 - C. În pneumotoraxul spontan primitiv închis de volum mic (15-20%)
 - D. În hemopneumotorax
 - E. În pneumotoraxul cronic
19. CS. Ce procedeu terapeutic de urgență majoră se va folosi în pneumotoraxul spontan cu supapă?
- A. Respirația controlată
 - B. Administrarea oxigenului
 - C. Administrarea analepticelor
 - D. Puncția cavității pleurale
 - E. Transferarea pneumotoraxului cu supapă în pneumotorax deschis

20. CM. Care sunt procedeele chirurgicale minore în tratamentul pneumotoraxului spontan?
- A. Pleurotomie minimă și drenaj cu torace deschis
 - B. Drenaj prin sifonaj Biulau
 - C. Drenaj prin aspirație (sau valvular)
 - D. Pleurotomie largă cu decorticare pulmonară
 - E. Rezecția bulelor aeriene și suturarea fistulelor bronhice
21. CS. Tratamentul chirurgical major al pneumotoraxului spontan include următoarele procedee, exceptând:
- A. Pleurotomia largă cu rezecție pulmonară
 - B. Pleurotomia cu rezecții de coaste, excizia bulelor aeriene și suturarea fistulelor bronhice
 - C. Pleurotomia largă cu decorticarea pleuro-pulmonară
 - D. Drenajul pleural valvular cu obturarea bronhoscopică a bronhiilor purtătoare de fistulă
 - E. Chirurgia videoasistată prin toracoscopie, rezecția marginală de parenchim pulmonar, excizia și cauterizarea blebsurilor și bulelor enfizematoase
22. CM. Ce procedee terapeutice enumerate sunt utilizate pentru prevenirea pneumotoraxului spontan recidivant?
- A. Pleuroectomia parietală totală
 - B. Rezecția pulmonară în plămâni buloși
 - C. Pleuroctomia parietală parțială
 - D. Simfizarea cavității pleurale prin coagularea și scarificarea pleurei parietale
 - E. Simfizarea cavității pleurale prin insufierea unor remedii farmaceutice cu efect de iritanți (alcool, clorură de Ca 10%, antibiotice)
23. CM. Care dintre formațiunile patologice menționate sunt chisturi pulmonare adevărate?
- A. Chisturile congenitale bronșice
 - B. Chisturile congenitale alveolare
 - C. Cavitățile restante consecutive abceselor buluminare
 - D. Chisturile dobândite aeriene subpleurale
 - E. Cavitățile aeriene consecutive unor procese distructive

24. CS. Care investigație poate oferi date convingătoare despre diagnosticul chisturilor pulmonare?
- A. Radiografia standard
 - B. Tomografia stratificată
 - C. Ultrasonografia
 - D. Tomografia computerizată cu contrast
 - E. Angiopulmonografia selectivă
25. CM. Cele mai frecvente complicații ale chisturilor pulmonare adevărate sunt:
- A. Eruperea în cavitatea pleurală și instalarea pneumotoraxului
 - B. Supurația chisturilor
 - C. Hemoragiile
 - D. Malignizarea chisturilor
 - E. Tuberculoza
26. CM. Ce procedee chirurgicale de elecție se vor aplica în chisturile pulmonare solitare subpleurale?
- A. Toracotomie cu excizia chistului
 - B. Chirurgia videoasistată prin toracoscopie cu excizia bulelor
 - C. Chirurgia videoasistată prin toracoscopie cu cauterizarea bulelor
 - D. Lobectomie
 - E. Pulmonectomie
27. CM. Ce procedee chirurgicale se vor utiliza în hipoplazia chistică pulmonară în funcție de răspândirea patologiei?
- A. Rezeecția segmentară tradițională
 - B. Lobectomie
 - C. Pulmonectomie
 - D. Chirurgia videoasistată cu excizia chisturilor
 - E. Chirurgia videoasistată cu cauterizarea chisturilor
28. CS. Chistul hidatic pulmonar este o boală parazitară provocată de:
- A. Trichinela spiralis
 - B. Paragonimus Westermani
 - C. Helminț din clasa cestodelor (taenia)
 - D. T. hominix aerophilus
 - E. Toxocara canis

29. CM. Care este numărul de proglote, care alcătuiesc corpul vermelui *Taenia echinococcus granulosus*?
- A. Două proglote
 - B. Trei proglote
 - C. Patru proglote
 - D. Șase proglote
 - E. Numărul proglotelor în toate cazurile este diferit
30. CS. Care proglotă a vermelui *Taenia echinococcus granulosus* conține cele 400-600 de ouă (oncosfere)?
- A. Proglota 1
 - B. Proglota 3
 - C. Proglota 4
 - D. Proglota 2
 - E. Proglota terminală
31. CM. Gazda primitivă a viermelui adult *Taenia echinococcus granulosus* este:
- A. Caninele
 - B. Omul
 - C. Porcinele
 - D. Felinele
 - E. Bovinele
32. CM. Care este gazda intermediară (starea larvară) a viermelui *Taenia echinococcus granulosus*?
- A. Rozătoarele
 - B. Câinele
 - C. Porcinele
 - D. Vulpea
 - E. Omul
33. CS. Calea principală de infectare cu hidatidoza pulmonară este:
- A. Calea respiratorie
 - B. Calea digestivă
 - C. Calea directă prin mușcătură
 - D. Calea directă prin mucoasa bronhiilor
 - E. Calea directă prin tegumente

34. CS. În caz de infestare cu oncosfera *Taenia echinococcus granulosus* plămânii se afectează în următoarele proporții:
- A. În proporție de 10%
 - B. În proporție de 15-20%
 - C. În proporție de 25-30%
 - D. În proporție de 35-50%
 - E. În proporție de 60-80%
35. CM. Care sunt elementele structurale proprii ale chistului hidatic pulmonar?
- A. Membrana chitinoasă
 - B. Adventicea
 - C. Membrana prolegeră
 - D. Lichidul hidatic
 - E. Școlecși, chisturi-fice
36. CS. Metoda imagistică cea mai eficientă în diagnosticarea chistului hidatic pulmonar este:
- A. Radiografia standard
 - B. Tomografia stratificată (simplă)
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Ultrasonografia
 - E. Angiopulmonografia
37. CM. În caz de diagnostic diferențial cu alte formațiuni lichidiene pulmonare, care metode suplimentare asigură diagnosticul de hidatidoză pulmonară?
- A. Eozinofilia sangvină
 - B. Reacția Cassoni
 - C. Testul Mantu
 - D. Testele imunologice (imunoelectroforeza, reacția de deviere a complementului ELISA)
 - E. Determinarea scolecșilor în spută
38. CS. Complicația cea mai gravă a chistului hidatic pulmonar care necesită măsuri de urgență medicală majoră este:
- A. Supurația chistului hidatic
 - B. Ruptura în cavitatea pleurală

- C. Ruptura în arborele bronhial cu obstrucția traheei cu fragmente ale membranei chitinoase
 - D. Stenozarea bronhiei principale
 - E. Sindromul venei cave superioare
39. CS. Care dintre procedeele chirurgicale în tratamentul hidatidozei pulmonare necomPLICATE este mai frecvent utilizat?
- A. Chistotomia cu drenarea cavității restante
 - B. Chistotomia cu perichistectomie
 - C. Chistotomia cu desființarea cavității restante
 - D. Echinococectomia videoasistată
 - E. Aplatizarea cavității restante
40. CM. Care sunt indicațiile pentru rezecția pulmonară în hidatidoza pulmonară?
- A. Afectarea integră a unui lob
 - B. Chisturi multiple ale unui segment
 - C. Stenoza bronhiei principale lobare
 - D. Infestarea larvară difuză a ambilor plămâni
 - E. Supurația chistului hidatic
41. CS. În care situații ale chistului hidatic pulmonar este indicat tratamentul cu derivații benzilmedazolului?
- A. Ca metodă de profilaxie a recidivei în perioada postoperatorie
 - B. Pentru pregătirea preoperatorie
 - C. În hidatidoza pulmonară cu sediul central al chistului
 - D. În hidatidoza difuză bilaterală
 - E. Când diagnosticul de hidatidoză pulmonară provoacă dubii

KEY: AFECȚIUNILE NESUPURATIVE PLEURO-PULMONARE

1.D; 2.ABCE; 3.D; 4.DE; 5.AE; 6.AD; 7.ACD; 8.ABD; 9.BDE; 10.AC; 11.ACE; 12.ABCE; 13.B; 14.BCE; 15.E; 16.AB; 17.AE; 18.C; 19.E; 20.ABC; 21.D; 22.ACDE; 23.ABD; 24.D; 25.AB; 26.ABC; 27.ABC; 28.C; 29.BC; 30.E; 31.AD; 32.ACE; 33.B; 34.C; 35.ACDE; 36.C; 37.ABDE; 38.C; 39.C; 40.ABC; 41.ACD.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Un bolnav de 32 de ani este internat pentru o traumă a hemitoracelui drept la 1,5 ore după un accident rutier. Starea generală este de gravitate medie. Prezintă dispnee, dureri violente la efort fizic în hemitoracele drept. La examenul fizic semne de revărsat pleural, crepitație osoasă în proiecția coastelor III-IV pe linia axilară anterioară, TA – 90/60 mm Hg, pulsul – 110/min. Radiografia standard a toracelui – revărsat pleural până la coasta III. Fractura coastelor III-IV cu deplasarea fragmentelor.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce metode de investigare veți realiza pentru stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?
7. Ce complicații severe pot surveni?
8. În ce constă programul curativ? Argumentați indicațiile pentru tratamentul chirurgical.
9. Prescrieți rețeta – Sol. Promedoli, din foaia de prescripții.
10. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: *Traumatism toracic cu ruptură de coaste III și IV pe dreapta. Hemotorace posttraumatic pe dreapta*

2. Un pacient de 67 de ani cu acuze de slăbiciuni, dispnee, dureri neînsemnate în hemitoracele drept, preponderent la inspir este internat în secția de chirurgie toracică. Din anamneză se constată că pacientul este crescător de animale domestice (crește oi). Pacientul a menționat că starea se agrava lent în decurs de 2-3 ani. La radiografia toracică se depistează o formațiune de volum în lobul inferior, pulmonul drept, circulară, bine delimitată, cu parenchim pulmonar adiacent relativ intact.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.

4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce metode de investigare veți realiza pentru stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?
7. Ce complicații severe pot surveni?
8. În ce constă programul curativ? Argumentați indicațiile pentru tratamentul chirurgical.
9. Prescrieți rețeta – Sol. Papaverini, din foaia de prescripții.
10. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: *Chist hidatic formă pulmonară*

CARDIOPATIILE CONGENITALE ȘI DOBÂNDITE

1. CS. Canalul arterial permeabil (CAP), selectați răspunsul fals:
 - A. CAP unește cârja aortei cu artera pulmonară
 - B. CAP unește aorta ascendentă cu artera pulmonară
 - C. În perioada inițială a CAP oxigenarea sângelui în circuitul mic este mărită
 - D. Inițial în hipertensiunea pulmonară miofibrelle arteriolare se hipertrofiază
 - E. În faza IV a hipertensiunii pulmonare torentul sangvin își schimbă direcția prin CAP

2. CS. Canalul arterial permeabil (CAP), selectați răspunsul fals:
 - A. În caz de CAP după naștere tensiunea sângină în artera pulmonară este mai mare decât în aortă
 - B. Pentru CAP în debut este caracteristic suflul sistolo-diastolic în prezența fluxului sangvin unidirecțional
 - C. Viciul CAP poate trece din palid în cianotic
 - D. La bolnavii cu CAP în debut are loc hipervolemia pulmonară
 - E. În CAP, în lipsa tratamentului chirurgical, cele mai severe schimbări în primul rând au loc în micul circuit sangvin

3. CS. Canalul arterial permeabil (CAP), selectați răspunsul greșit:
 - A. Ocluzia CAP poate fi efectuată fără toracotomie
 - B. Operația pe CAP se efectuează prin toracotomie cu ligaturarea CAP
 - C. Operația pe CAP poate consta în secționarea și suturarea capătului aortal și pulmonar CAP
 - D. La lichidarea CAP în ligatură nu prea frecvent poate fi antrenat (afectat) nervul vag
 - E. La lichidarea CAP în ligatură nu prea frecvent poate fi antrenat (afectat) nervul recurent

4. CS. Defectul septului ventricular (DSV), care răspuns este greșit?
 - A. În DSV suflul sistolic se propagă pe toată aria cutiei toracice
 - B. Viciul din palid se poate transforma în cianotic

- C. Operația paliativă poate fi efectuată numai după vârsta de un an
 - D. Operația paliativă poate fi efectuată în primele trei luni de viață
 - E. Operația efectuată în faza cianogenă este neefectivă
5. CS. Defectul septului atrial (DSA), care este răspunsul incorect?
- A. În plastia defectului septului se aplică surjet în continuu
 - B. În plastia DSA se aplică suturi punctate
 - C. Electrocardiografia depistează semne de suprasolicitare numai a camerelor drepte ale inimii
 - D. Ventriculul stâng rămâne subsolicitat
 - E. Schimbările morfologice în micul circuit sangvin apar treptat
6. CS. Pericardită constrictivă, care răspuns este greșit?
- A. Micul circuit sangvin este antrenat în proces prin comprimarea venelor pulmonare
 - B. Ficatul relativ devreme se mărește datorită strangulării venei cave inferioare și a atriului drept
 - C. Operația constă în pericardectomie totală
 - D. Operația constă în pericardectomie subtotală
 - E. După pericardectomie inima se lasă denudată
7. CS. Insuficiență tricuspida, selectați răspunsul incorect:
- A. Pulsează excesiv venele jugulare
 - B. Pulsează excesiv arterele carotide
 - C. În ficat, ca urmare a stazei venoase, evoluează ciroza hepatică
 - D. Apar edeme periferice
 - E. Viciul poate fi corectat prin plastia valvei, îngustarea inelului fibros, plastia cuspidelor
8. CS. Coarctația aortei, care răspuns este fals?
- A. Îngustarea aortei are loc după începutul arterei brahiocefalice
 - B. Îngustarea are loc distal de artera subclaviculară stângă
 - C. Sângele trece în partea inferioară a corpului prin artera subclaviculară dilatată
 - D. Tensiunea în arterele femurale este micșorată
 - E. Plastia în coarctația aortei constă în excizia segmentului îngustat cu suturare termino-terminală sau aplicarea protezei vasculare

9. CS. Stenoza izolată a arterei pulmonare (SIAP), care răspuns este fals?
- A. În SIAP îngustarea poate fi valvulară sau subvalvulară
 - B. În SIAP trunchiul arterei pulmonare este dilatat
 - C. În SIAP tensiunea în micul circuit sangvin reflector se mărește
 - D. În SIAP zgomotul doi pe artera pulmonară este diminuat
 - E. Operația în SIAP constă în comisurotomie deschisă, excizia surplusului muscular, aplicarea peticului din material plastic
10. CS. Tetrada Fallot. Selectați răspunsul fals:
- A. Se caracterizează prin cianoză excesivă
 - B. Sunt forme care periodic (mai ales la repaus) devin acianotice
 - C. Sunt asociate frecvent de lipotimii
 - D. Minut-volumul circulant în micul circuit sangvin este diminuat
 - E. Atriul stâng este suprasolicitat
11. CS. Tratamentul chirurgical în tetrada Fallot. Care răspuns este fals?
- A. Operația radicală subînțelege dilatarea arterei pulmonare, plastia defectului septal cu deplasarea aortei spre ventriculul stâng
 - B. Operațiile paliative sunt mai efective până la vârsta de trei ani
 - C. Mai frecvent în operația paliativă se restituie anastomoza a.sub-claviculară – ramura arterei pulmonare pe dreapta
 - D. În tetrada Fallot numărul eritrocitelor este diminuat
 - E. La ECG predomină semne de suprasolicitare a ventriculului drept
12. CS. Tamponada cardiacă se traduce prin următoarele semne, excep-tând:
- A. Presiune venoasă crescută
 - B. Șoc
 - C. Minut-volum cardiac scăzut
 - D. Umplere diastolică a inimii crescută
 - E. Tensiune arterială scăzută
13. CS. Un semn radiografic important în pericardita cronică constrictivă îl constituie:
- A. Inima mică
 - B. Deplasarea bronhiei drepte
 - C. Hili pulmonari mai bogați
 - D. Calcificarea pericardului
 - E. Poziția înaltă a cupolei diafragmatice

14. CS. Care dintre bolnavii cu tetrada Fallot se recomandă să fie supuși intervenției chirurgicale?
- A. Toți bolnavii
 - B. Bolnavii cu hipertrofie a ventriculului drept
 - C. Bolnavii cu predominanța stenozei arterei pulmonare
 - D. Bolnavii cianotici
 - E. Numai bolnavii în vârstă de peste 15 ani
15. CS. Pulsul slab bătut pe artera radială este caracteristic pentru:
- A. Stenoza valvulară aortică
 - B. Coarctăția aortică
 - C. Canalul arterial persistent
 - D. Stenoza mitrală
 - E. Tetrada Fallot
16. CM. Indicațiile pentru bypassul coronarian sunt date de:
- A. Angina severă refractară la tratamentul conservator
 - B. Angina în progresie
 - C. Infarctul în anamneză și boala vasculară coronariană
 - D. Infarctul în anamneză și leziunea univasculară
 - E. Angina în regresie
17. CM. Tratamentul chirurgical în stenoza aortică este indicat în următoarele cazuri:
- A. Când gradientul de tensiune prin valvă depășește 50 mm Hg
 - B. Când stenoza se asociază cu angină
 - C. Când există viciu cardiac asociat
 - D. La toți bolnavii
 - E. Când începe hipertrofia ventriculului stâng
18. CS. Contraindicația majoră pentru intervenție chirurgicală în cazul canalului arterial persistent o constituie:
- A. Șuntul stânga-dreapta
 - B. Șuntul de la aortă spre artera pulmonară
 - C. Șuntul de la artera pulmonară spre aortă
 - D. Cardiomegalia
 - E. Pusația hilului pulmonar depistată fluoroscopic

19. CS. Dacă copilul cu tetrada Fallot este în momentul nașterii acianotic, aceasta înseamnă că:
- A. Diagnosticul este greșit
 - B. Pacientul are policitemie adevărată
 - C. Bolnavul este anemic
 - D. Există canal arterial persistent
 - E. Starea funcțională a ventriculului drept este în declin
20. CS. Anevrismul aortei ascendente poate fi determinat de următoarele cauze, exceptând:
- A. Sindromul Marfan
 - B. Trauma
 - C. Sifilisul
 - D. Ateroscleroza
 - E. Necroza chistică a mediei Erdheim
21. CS. Efectul cel mai frecvent și semnificativ al anevrismului aortei ascendente îl constituie:
- A. Ruptura
 - B. Insuficiența aortică
 - C. Eroziunea sternului
 - D. Compresiunea traheii
 - E. Compresiunea venei cave
22. CS. Anevrismul disecant al aortei toracice este favorizat în primul rând de:
- A. Ateroscleroză
 - B. Sifilis
 - C. Degenerescenta tunicii medii
 - D. Traumă
 - E. Coarctarea de aortă
23. CS. Printre afecțiunile cardiace hemoptizie produce:
- A. Stenoza mitrală
 - B. Incompetența pulmonară
 - C. Tetrada Fallot
 - D. Stenoza aortică
 - E. Anomalia venelor pulmonare

24. CS. Influența circulației extracorporale asupra sângelui include următoarele, exceptând:
- A. Agregarea hematiilor
 - B. Hemoliza
 - C. Tulburări de coagulabilitate
 - D. Embolia grăsoasă
 - E. Leucocitoza
25. CS. Stenoza mitrală poate să rezulte în următoarele, exceptând:
- A. Scădere a debitului cardiac
 - B. Fibrilație arterială
 - C. Embolie sistemică
 - D. Creșterea rezistenței periferice
 - E. Edemul pulmonar
26. CS. Semnele radiologice ale stenozei mitrale sunt următoarele, exceptând:
- A. Calcificarea valvulelor mitrale
 - B. Dimensiunea inimii mărite
 - C. Bombarea arcului pulmonarei
 - D. Deplasarea esofagului în proiecție laterală
 - E. Dublu contur pe proiecția liniei parasternale dreapta
27. CS. Procedeele utile pentru tetrada Fallot la copii cu vârsta între 1 și 5 ani include:
- A. Anastomoza între vena cavă superioară și artera pulmonară dreaptă
 - B. Anastomoza între artera subclaviculară și anonimă
 - C. Anastomoza între aorta descendentă și artera pulmonară stângă /Potts/
 - D. Anastomoza între artera subclaviculară stângă și artera pulmonară /Blalock-Taussig/
 - E. Niciunul dintre factorii enumerați
28. CS. Cea mai frecventă anomalie asociată la copii cu coarctăție de aortă este:
- A. Comunicarea interatrială
 - B. Comunicarea interventriculară
 - C. Transpoziția vaselor mari

- D. Stenoza arterei pulmonare
 - E. Canalul arterial persistent
29. CS. Ocluzia venei cave superioare cu cianoză și cu staza venoasă a regiunii brahiocefalice este provocată obișnuit de:
- A. Tumoarea gâtului cu invazia mediastinului superior
 - B. Tumori primare intratoracice
 - C. Pericardita constrictivă
 - D. Anevrism aortic
 - E. Mediastinita cronică
30. CS. Riscul operației pentru comunicarea interventriculară depinde direct de:
- A. Gradul de insuficiență cardiacă
 - B. Incapacitatea de a adăuga în greutate
 - C. Dimensiunile defectului
 - D. Hipertensiunea în circuitul mic
 - E. Niciunul dintre factorii enumerați
31. CS. Cel mai frecvent viciu cardiac congenital este:
- A. Tetrada Fallot
 - B. Comunicarea interventriculară
 - C. Canalul arterial persistent
 - D. Comunicarea interatrială
 - E. Transpoziția vaselor mari

KEY: CARDIOPATIILE CONGENITALE ȘI DOBÂNDITE

1.B; 2.A; 3.D; 4.C; 5.C; 6.C; 7.B; 8.C; 9.C; 10.E; 11.D; 12.D; 13.D; 14.A; 15.A; 16.ABC; 17.ABC; 18.C; 19.D; 20.B; 21.B; 22.C; 23.A; 24.E; 25.D; 26.B; 27.D; 28.E; 29.B; 30.D; 31.B.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacient de 17 ani acuză slăbiciuni, cefalee, dispnee, palpitații cardiace, dezvoltarea accelerată a părții superioare a corpului și atrofia picioarelor. Obiectiv, la bolnav se apreciază pulsul normal la arterele radiale și lipsa pulsului la arterele picioarelor, TA ridicată la mâini și TA diminuată la picioare. Se apreciază pulsația arterelor intercostale.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/ sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Tiroidină, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Coarctație de aortă

2. Pacient de 8 ani, la care se apreciază retard de creștere și dezvoltare în raport cu vârsta, acuză dispnee permanentă chiar și în repaus. Obiectiv se apreciază: tegumentele și mucoasele cianotice, degetele de la mâini în formă de „bețișoare de tobă”, cutia toracică deformată.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/ sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Tiroidină, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Tetralogia Fallot

AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE DIAFRAGMULUI

1. CM. Care sunt părțile musculare ale diafragmului?
 - A. Lombară
 - B. Costală
 - C. Lumbo-costală
 - D. Sternală
 - E. Sterno-costală

2. CM. Enumerați părțile slabe ale diafragmului:
 - A. Fisura Larrey
 - B. Fisura Morgagni
 - C. Fisura Bochdalek
 - D. Triunghiul lui Paimerov
 - E. Hiatus aorticus

3. CS. Calea de abord de elecție în intervențiile chirurgicale în caz de hernii diafragmale este:
 - A. Toracotomie antero-laterală dreaptă în spațiul V intercostal
 - B. Laparotomie
 - C. Toracotomie antero-laterală stângă în spațiul VII intercostal
 - D. Sternotomie
 - E. Toracotomie antero-laterală dreaptă în spațiul VI intercostal

4. CM. Tabloul clinic al unei rupturi totale de diafragm include:
 - A. Semnele insuficienței respiratorii
 - B. Semnele insuficienței cardiace
 - C. Semnele migrării organelor cavității abdominale în cavitatea toracică
 - D. Semnele insuficienței renale
 - E. Semnele de hemoragie

5. CS. Care este distanța dintre suturile aplicate pe diafragm în caz de plastie pentru profilaxia herniei recidivante?
 - A. 0,5 cm
 - B. 1,0 cm
 - C. 1,5 cm

- D. 1,8 cm
E. 2,0 cm
6. CM. Ruptura posttraumatică de diafragm cel mai des se asociază cu traumatismul următoarelor organe:
A. Splina
B. Ficatul
C. Esofagul
D. Stomacul
E. Colonul transvers
7. CS. Tabloul clinic al herniei hiatale prin alunecare include:
A. Disfagie
B. Vome frecvente
C. Pirozis
D. Micșorarea ponderii corporale
E. Niciun răspuns corect
8. CS. Hernia paraesofagiană prezintă pericol din cauza:
A. Strangulării stomacului
B. Malignizării
C. Durerii precordiale
D. Niciun răspuns corect
E. Toate răspunsurile sunt corecte
9. CS. Care sunt condițiile necesare pentru diagnosticul radiologic al herniilor hiatale prin alunecare?
A. În poziție verticală
B. În poziție semișezândă
C. În poziție Trendelenburg
D. Hipotonie artificială a duodenului
E. În poziție orizontală
10. CS. Enumerați cele mai frecvente semne clinice ale herniei hiatale prin alunecare:
A. Pirozis, dureri retrosternale, melenă
B. Dureri retrosternale, melenă, ocluzie intestinală, vome
C. Ocluzie intestinală, vome, pirozis
D. Pirozis
E. Pirozis, vome, melenă

11. CS. Care vor fi recomandările pentru un pacient cu esofagită de reflux pe fundal de hernie hiatală?
 - A. Poziție ridicată a regiunii cefalice a corpului în timpul somnului, administrarea antacidelor, administrarea Cerucalului
 - B. Alimentare fracționată în porții mici, poziție ridicată a regiunii cefalice a corpului în timpul somnului; a nu se culca postprandial
 - C. Administrarea antacidelor, administrarea Cerucalului; a nu se culca postprandial
 - D. Alimentare fracționată în porții mici, administrarea antacidelor; a nu se culca postprandial
 - E. Totul este corect
12. CS. Care sunt indicațiile pentru tratamentul chirurgical al herniei hiatale?
 - A. Tratament conservator neeficace, hemoragii esofagiene frecvente, hernii hiatale prin alunecare necomplicate
 - B. Formarea stricturilor de origine inflamatorie a esofagului, hemoragii esofagiene frecvente
 - C. Tratament conservator neeficace; formarea stricturilor de origine inflamatorie a esofagului, hemoragii esofagiene frecvente
 - D. Hernii hiatale prin alunecare necomplicate, esofag scurt congenital
 - E. Tratament conservator neeficace, formarea stricturilor de origine inflamatorie a esofagului, hemoragii esofagiene frecvente, esofag scurt congenital
13. CS. Esofagita eroziv-ulceroasă poate fi o complicație a:
 - A. Cancerului gastric
 - B. Ulcerului duodenal
 - C. Cardiospasmului
 - D. Herniei hiatale prin alunecare
 - E. Gastritei cronice
14. CS. Hernia paraesofagală este periculoasă din cauza:
 - A. Strangulării stomacului
 - B. Malignizării
 - C. Durerii precordiale
 - D. Esofagitei de reflux
 - E. Gastritei de reflux

15. CS. Hernia hiatală cel mai des se manifestă prin:
 - A. Hemoragie severă
 - B. Hemoragie ușoară
 - C. Hipersecreție
 - D. Dureri postprandiale
 - E. Este asimptomatică
16. CS. Care metodă de cercetare este cel mai puțin informativă în diagnosticul de hernie hiatală?
 - A. Ultrasonografia
 - B. Monitorizarea pH-metriei esofagiene
 - C. Esofagomanometria
 - D. R-grafia esofagului și stomacului în poziția Trendelenburg
 - E. FGDS
17. CM. Tratamentul chirurgical este indicat în caz de:
 - A. Hernie hiatală prin alunecare
 - B. Hernie paraesofagiană mare
 - C. Reflux-esofagită
 - D. Insuficiență a sfincterului esofagian inferior
 - E. Esofag scurt
18. CS. Partea costală a diafragmului se începe de la suprafața internă a:
 - A. Coastei V
 - B. Coastei VI
 - C. Coastei VII
 - D. Coastei VIII
 - E. Coastei IX
19. CS. Spațiul dintre stern și porțiunea costală a diafragmului pe dreapta se numește:
 - A. Triunghiul Morgagni
 - B. Triunghiul Larrey
 - C. Triunghiul Bochdalek
 - D. Triunghiul Gesselbah
 - E. Triunghiul Calott
20. CS. Partea sternală a diafragmului se începe:
 - A. La suprafața posterioară a xifoidului

- B. În treimea superioară a sternului
 - C. În treimea mijlocie a sternului
 - D. 2 cm sub xifoid
 - E. La limita corpului și manubriului sternului
21. CS. La disecția peritoneului pe piciorușele anterioare ale diafragmului apare comunicarea cu:
- A. Mediastinul anterior
 - B. Mediastinul mijlociu
 - C. Mediastinul posterior
 - D. Cavitatea pleurală dreaptă
 - E. Cavitatea pleurală stângă
22. CS. În traumatismul toracoabdominal se efectuează:
- A. Toracotomie
 - B. Toracoscopie
 - C. Laparotomie și drenarea cavității pleurale
 - D. Laparocenteză
 - E. Laparoscopie
23. CS. Leziunile traumatice ale diafragmului se suturează:
- A. Cu sutură continuă cu catgut
 - B. Cu suturi întrerupte cu materiale neresorbabile
 - C. Cu sutură întreruptă în 2 planuri
 - D. Cu sutură continuă cu materiale neresorbabile
 - E. Cu sutură întreruptă în 3 planuri
24. CS. Ce acces este recomandat pentru hernia hiatală cu scurtarea esofagului?
- A. Transtoracic
 - B. Laparotomie
 - C. Toraco-laparotomie
 - D. Laparoscopie
 - E. Lumbotomie
25. CS. În care spațiu intercostal se face accesul la partea laterală a sinusului costo-diafragmal?
- A. IX
 - B. VII

- C. X
 - D. VI
 - E. VIII
26. CS. În caz de hernie hiatală mare cardiofundală prin alunecare și care nu este însoțită de tulburări de funcție a cardiei este suficient de a efectua:
- A. Crurorafie antero-posterioră
 - B. Fundoplicație Nissen
 - S. Fundoesofagofrenorafie
 - D. Fundoplicație Kanshin
 - E. Fundoplicație Dor
27. CS. Din ce cauză hernia paraesofagiană este periculoasă?
- A. Strangularea stomacului
 - B. Malignizare
 - C. Durere precordială
 - D. Niciuna nu este corectă
 - E. Toate sunt corecte
28. CS. În hernia hiatală paraesofagiană fără lezarea funcției cardiei este suficient de a efectua:
- A. Crurorafie antero-posterioră
 - B. Fundoplicație Nissen
 - C. Fundoesofagofrenorafie
 - D. Fundoplicație Kanshin
 - E. Fundoplicație Dor
29. CM. Mediastinita acută este rezultatul:
- A. Leziunilor mediastinale deschise
 - B. Perforației esofagului cu corp străin sau al investigațiilor instrumentale și de bujare
 - C. Dehiscenței suturilor după intervenții chirurgicale pe esofag
 - D. Răspândirii flegmonului profund al gâtului la mediastin sau răspândirii infecției din cavitatea pleurală
 - E. Răspândirii infecției la mediastin de la ganglionii limfatici traheo-bronșici

30. CM. Care sunt semnele diagnostice de relaxare a diafragmului?
- A. Compresia plămânului
 - B. Pneumotorax
 - C. Deplasarea mediastinului spre cupola relaxată
 - D. Deplasarea mediastinului spre partea opusă
 - E. Volvulus gastric transversal și longitudinal
31. CS. Tratamentul chirurgical al relaxației diafragmului constă în:
- A. Repunerea organelor abdominale deplasate în poziție normală și formarea duplicaturii din diafragm sau cu folosirea materialelor sintetice
 - B. Repunerea organelor abdominale deplasate în poziție normală și esofago-fundoplicație Nissen
 - C. Repunerea organelor abdominale deplasate în poziție normală și esofago-fundoplicație Dor
 - D. Repunerea organelor abdominale deplasate în poziție normală și crurorafie posterioară
 - E. Repunerea organelor abdominale deplasate în poziție normală și crurorafie anterioară
32. Care sunt complicațiile posibile ale herniei hiatale?
- A. Insuficiența cardiei cu eroziuni, ulcerații și hemoragie
 - B. Dischinezia biliară
 - C. Disfagia
 - D. Esofagita de reflux
 - E. Gastrita de reflux
33. Care sunt metodele de tratament pentru herniile hiatale cel mai bine cunoscute?
- A. Crurorafia
 - B. Fundoplicația Nissen
 - C. Fundoplicația Kanshin
 - D. Fundoplicația Dor
 - E. Fundoplicația Toupet

KEY: AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE DIAFRAGMULUI

1.ABD; 2.ABCE; 3.B; 4.ABCE; 5.B; 6.ABCD; 7.C; 8.A; 9.C; 10.A; 11.E; 12.E; 13.D; 14.A; 15.D; 16.C; 17.BE; 18.B; 19.A; 20.A; 21.C; 22.C; 23.B; 24.A; 25.E; 26.A; 27.A; 28.A; 29.ABCDE; 30.ADE; 31.A; 32.ACD; 33.AB.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacient în vârstă de 60 de ani a fost internat în clinică cu dureri în regiunea hemitoracelui stâng, dispnee, care se intensifică postprandial și la efort fizic, de asemenea, în poziția orizontală a corpului, grețuri, vome repetate care ușurează starea pacientului. Pacientul hemodinamic este stabil, TA – 145/90 mm Hg, Ps – 78/min. Abdomenul moale, sensibil la palpație în epigastru. Din datele de laborator: Hb – 120 g/l, Er. – 3,4. La radiografia cutiei toracice s-a depistat o formațiune de volum cu nivel hidroaeric.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – H₂ blocatori, prokinetice, din foaia de prescripție.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Hernie hiatală prin alunecare*

2. La o pacientă în vârstă de 50 de ani brusc a apărut disfagie acută însoțită de dureri acute retrosternale. În anamneză pacienta suferă de pirozis, dureri retrosternale, disfagie, periodic însoțite de grețuri și vome. Hemodinamică stabilă, TA – 140/90 mm Hg, Ps – 90/min. Din datele de laborator: Hb – 145 g/l, Er. – 4,6, Le – $7,6 \times 10^9$ /l . Temperatura corpului 36,7°C. Abdomenul moale, dureros moderat la palpație în epigastru. La radiografia cutiei toracice se depista nivel hidro-aeric situat supradiafragmal.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor /semnelor/ sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – analgezice, antibiotice cu spectru larg de acțiune, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Hernie paraesofagiană strangulată*

PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A ESOFAGULUI

1. CS. Sindromul esofagian cuprinde următoarele semne, exceptând:
 - A. Regurgitații
 - B. Sialoree
 - C. Sughit
 - D. Disfagie
 - E. Dureri retrosternale
2. CS. Disfagia paradoxală caracterizează:
 - A. Tumori esofagiene benigne
 - B. Cancer esofagian
 - C. Diverticulele esofagiene
 - D. Stenoze esofagiene peptice
 - E. Acalazia cardiei
3. CS. Care dintre explorările următoare poate evidenția cel mai exact refluxul gastroesofagian?
 - A. Endoscopia
 - B. Esofagomanometria
 - C. Tranzitul baritat esogastric
 - D. Scintigrafia esofagiană
 - E. pH-metria esofagiană
4. CS. Ruptura spontană a esofagului se determină prin următoarele semne, exceptând:
 - A. Durere violentă retrosternală la deglutiție
 - B. Voce nazală
 - C. Emfizem subcutan cervical
 - D. Disfagie paradoxală
 - E. Hidropneumotorax
5. CS. Care este cea mai frecventă complicație a diverticulului Zenker?
 - A. Hemoragia
 - B. Perforația
 - C. Malignizarea
 - D. Complicațiile pulmonare
 - E. Flegmonul peridiverticular

6. CS. Care afirmație referitoare la diverticulul Zenker este falsă?
 - A. Este un diverticul de pulsiune
 - B. Se localizează în 1/3 inferioară a esofagului
 - C. Se poate rupe în timpul manevrelor endoscopice
 - D. Peretele diverticulului este constituit din mucoasă
 - E. Se operează numai dacă este simptomatic
7. CS. Care este complicația cea mai frecventă a ulcerului esofagian?
 - A. Hemoragia
 - B. Perforația
 - C. Stenoza
 - D. Malignizarea
 - E. Complicațiile pulmonare
8. CS. Mediastinita acută supurată este determinată cel mai frecvent de ruptura:
 - A. Traheii
 - B. Aneurismului aortic
 - C. Esofagului
 - D. Abcesului subfrenic
 - E. Abcesului perinefral
9. CS. Care afirmație referitor la diverticulul epifrenic nu este exactă?
 - A. Este însoțit de reflux gastroesofagian
 - B. Este un diverticul de tracțiune
 - C. Se poate confunda cu hernia hiatală
 - D. Poate fi mai mare decât diverticulul bifurcațional
 - E. Se poate însoți de alte boli esofagiene
10. CS. Stenozele esofagiene postcaustice se caracterizează prin următoarele, exceptând:
 - A. Sunt multiple și etajate
 - B. Sunt excentrice
 - C. Se situează la nivelul strâmtorilor anatomice esofagiene
 - D. Interesează numai mucoasa
 - E. Se pot însoți de stenoză pilorică
11. CS. Sindromul Mallori-Weiss se datorează:
 - A. Ulcerului esofagian hemoragic

- B. Varicelor esofagiene rupte
 - C. Diverticulului epifrenic cu hemoragie
 - D. Fisurii mucoasei joncțiunii esogastrice
 - E. Herniei hiatale
12. CS. Care este cea mai frecventă tumoră benignă esofagiană?
- A. Adenomul
 - B. Hemangiomul
 - C. Fibromul
 - D. Lipomul
 - E. Leiomiomul
13. CS. Scopul esențial al operației în hernia hiatală cu esofagită este:
- A. Lichidarea sacului herniar
 - B. Lichidarea orificiului hiatal
 - C. Suprimarea refluxului gastroesofagian
 - D. Alungirea esofagului
 - E. Reducerea secreției gastrice
14. CS. Leziunile traumatice esofagiene diagnosticate tardiv se tratează prin:
- A. Excluderea bilaterală a esofagului, drenaj mediastinal, antibiotice, plastie secundară
 - B. Antibiotice
 - C. Sută chirurgicală
 - D. Gastrostomie
 - E. Esofagoplastie imediată
15. CS. Tratatamentul de elecție în acalazia cardiacă constă în:
- A. Bypass esogastric
 - B. Vagotomie trunculară cu piloroplastie
 - C. Esofagectomie cu plastie imediată
 - D. Cardiomiectomie extramucoasă asociată cu o intervenție antireflux
 - E. Operația Nissen
16. CS. Următoarele circumstanțe pot antrena un reflux gastroesofagian, exceptând:
- A. Diverticulul Zenker
 - B. Hernia hiatală prin alunecare

- C. Gastrectomia polară superioară
 - D. Brahiesofagul
 - E. Scăderea presiunii la nivelul sfincterului esofagian inferior
17. CS. Care afirmație referitoare la esofagita toxică corozivă este falsă?
- A. Nu se însoțește de leziuni gastrice
 - B. Este secundară ingestiei de substanțe alcaline
 - C. Poate evolua spre o stenoză esofagiană
 - D. Este secundară ingestiei de substanțe acide
 - E. Se însoțește cu distrucția epiteliului
18. CS. Ce afirmație referitoare la acalazia cardiei este exactă?
- A. Presiunea sfincterului esofagian inferior este ridicată
 - B. Se complică frecvent cu diverticuloză
 - C. Vărsăturile sunt incoercibile
 - D. Endoscopia este unica metodă care precizează diagnosticul
 - E. Se asociază cu tumori extradigestive
19. CS. În acalazia cardiei persistă următoarele semne clinice, exceptând:
- A. Disfagia frecvent paradoxală
 - B. Rolul declanșator al emoțiilor
 - C. Vărsăturile frecvente
 - D. Evoluția capricioasă
 - E. Este posibilă malignizarea
20. CS. Metoda curativă de elecție în perforația segmentului cervical esofagian este:
- A. Sonda gastrică cu antibioterapie
 - B. Regim de pat cu antibioterapie
 - C. Suturarea defectului, drenarea mediastinului, antibioterapia
 - D. Rezecția esofagului cu plastie, folosind colonul
 - E. Plombaj endoscopic al defectului
21. CS. Tratamentul de elecție în acalazia cardiei gr. I-II include:
- A. Spasmolitice
 - B. Dilatarea instrumentală a sfincterului esofagian inferior
 - C. Esofagmiotomia
 - D. Sedarea bolnavului
 - E. Dieta în asociere cu neurotropice

22. CS. Criteriile radiologice în cardiospasm includ următoarele, excep-
tând:
- A. Îngustare conică în segmentul cardial
 - B. Dilatare suprastenotică
 - C. Relieful pliurilor este păstrat
 - D. Se asociază cu reflux duodenogastral
 - E. Deschiderea cardiei gradul I
23. CS. Factorul declanșator în cardiospasm este:
- A. Combustiile
 - B. Refluxul gastroesofagian
 - C. Dereglările sistemului nervos central și vegetativ
 - D. Anomaliile de dezvoltare
 - E. Pirozizul
24. CS. Lungimea medie a esofagului este de:
- A. 18 cm
 - B. 21 cm
 - C. 25 cm
 - D. 28 cm
 - E. 32 cm
25. CS. Calibrul esofagului este îngustat de:
- A. 3 strâmtori
 - B. 4 sfinctere
 - C. Arcul aortei
 - D. Trunchiul limfatic toracic
 - E. Vena hemiazigos
26. CS. Funcția principală a esofagului este:
- A. De a elibera cavitatea bucală de secrețiile glandelor salivare
 - B. De a lubrifca alimentele cu secretul mucoasei esofagiene
 - C. De a conduce bolusul alimentar în stomac
 - D. De a asigura eliberarea aerului înghițit din stomac
 - E. De a asigura producerea vomelor
27. CS. Ulcerul Barrett este definit de:
- A. Scăderea pH-ului esofagian
 - B. Leziuni termice și corozive

- C. Metaplazie prin celule cilindrice de mucoasă gastrică
 - D. Perforație de corp străin
 - E. Reflux gastroesofagian
28. CM. „Gura esofagului” este situată:
- A. La nivelul vertebrei III cervicale
 - B. La distanța de 14-17 cm de la marginea anterioară a incisivilor superiori
 - C. La nivelul bifurcației traheii
 - D. La distanța de 10-12 cm de la marginea anterioară a incisivilor inferiori
 - E. La nivelul vertebrei VI cervicale
29. CM. Pentru sindromul Boerhaave este caracteristic:
- A. Ruptura postemică la nivelul esofagului distal
 - B. Mediastinita acută
 - C. Defectul liniar de mucoasă în regiunea cardială cu hemoragie
 - D. Defansul muscular abdominal
 - E. Prezența gazului sub diafragm la radiografia de panoramă a abdomenului
30. CM. Semnele radiologice ale acalaziei cardiei sunt:
- A. Îngustarea esofagului la nivelul sfincterului inferior esofagian
 - B. Îngustări segmentare localizate pe traiectul esofagului
 - C. Semnul „cozii de șoricel”
 - D. Dilatare suprastenotică în formă de „pâlnie” a esofagului
 - E. Lipsa sincronizării deschiderii sfincterului inferior esofagian cu deglutiția
31. CM. Tratamentul dilatator în acalazie este indicat în caz de:
- A. Stadiul I al acalaziei
 - B. Stadiul II al acalaziei
 - C. Stadiul III al acalaziei
 - D. Stadiul IV al acalaziei
 - E. În toate cazurile
32. CM. Tratamentul chirurgical al acalaziei are următoarele obiective:
- A. Cardiomiectomie extramucoasă
 - B. Crurorafie posterioară

- C. Vagotomie tronculară
 - D. Fundoplicație
 - E. Rezecție de esofag
33. CM. Numiți mecanismele ce împiedică refluxarea conținutului gastric în esofag:
- A. Conracțiile tonice ale sfincterului inferior esofagian
 - B. Gradientul dintre presiunea toracică și cea abdominală
 - C. Reflexul deschiderii cardiei la deglutiție
 - D. Unghiul His
 - E. Valva Gubarev
34. CM. Ulcerul peptic esofagian poate fi cauzat de:
- A. Refluxul gastroesofagian
 - B. Herniile hiatului esofagian al diafragmului
 - C. Brahiesofag
 - D. Acalazia esofagului
 - E. Invazia de Helicobacter pylori
35. CM. Diverticulele esofagiene se întâlnesc mai des:
- A. La bărbați
 - B. La femei
 - C. Până la 30 de ani
 - D. După 50 de ani
 - E. Pe segmentul toracic al esofagului
36. CM. După localizare se disting diverticule esofagiene:
- A. Faringoesofagiene
 - B. Supraaortice
 - C. Bifurcaționale
 - D. Epifrenice
 - E. Cardiale
37. CM. Numiți particularitățile distinctive ale diverticulului Zenker:
- A. Este localizat pe peretele anterior la trecerea faringelui în esofag
 - B. Este un diverticul tracțional
 - C. Presiunea mărită și discordanța contracțiilor musculare sunt cauzele formării diverticulului
 - D. Necesită diverticulectomie
 - E. Poate fi rezolvat prin invaginare

38. CM. Diagnosticul diverticulelor esofagului se va face prin:
- A. Tomografie computerizată
 - B. Radioscopia esofagului cu masă baritată
 - C. Fibroesofagoscopie
 - D. pH-metrie esofagiană
 - E. Manometrie esofagiană
39. CM. Tratamentului conservator vor fi supuse diverticulele esofagiene:
- A. Tracționale
 - B. Epifrenale
 - C. Mici
 - D. Fără complicații
 - E. Asociate cu reflux gastroesofagian
40. CM. Complicații ale diverticulelor esofagiene sunt considerate:
- A. Perforația, penetrația, hemoragia
 - B. Stenoza de esofag
 - C. Acalazia cardiei
 - D. Fistulele
 - E. Cancerul
41. CM. Indicații pentru tratamentul chirurgical al diverticulelor esofagiene sunt:
- A. Complicațiile diverticulelor
 - B. Diverticulele mici fără complicații
 - C. Pseudodiverticulele
 - D. Retenția de mase ingerate în diverticul
 - E. Diverticulele mari cu retenție minimă de mase ingerate
42. CM. Dereglările primare de motilitate esofagiană sunt definite în următoarele patologii:
- A. Acalazie
 - B. Sclerodermie
 - C. Esofagospasm difuz
 - D. Boala Rendu-Osler
 - E. Reflux gastroesofagian
43. CM. Dereglările secundare de motilitate esofagiană sunt apreciate în următoarele patologii:
- A. Acalazie

- B. Sclerodermie
 - C. Boala Chagas
 - D. Diabetul zaharat
 - E. Pseudoobstrucții digestive pe fundalul neuromiopatiilor generalizate
44. CM. Care fenomene produse de perforația esofagului formează triada Mackler?
- A. Vomismentele
 - B. Hemoragia
 - C. Durerea toracică joasă
 - D. Emfizemul subcutanat cervical
 - E. Disfagia
45. CM. Care fenomene produse de perforația esofagului formează triada Barrett?
- A. Dispneea
 - B. Vomismentele
 - C. Diareea
 - D. Emfizemul subcutanat
 - E. Defansul muscular epigastral
46. CM. Care fenomene produse de perforația esofagului formează triada Anderson?
- A. Vomismentele
 - B. Emfizemul subcutan
 - C. Polipneea
 - D. Contractura abdominală
 - E. Hemoragia
47. CM. Perforația de esofag va fi apreciată paraclinic prin:
- A. Aer liber în spațiul retroesofagian
 - B. Aer liber sub diafragm
 - C. Simptomul Naclerio pozitiv
 - D. Extravazarea substanței de contrast în spațiul periesofagian
 - E. Hidropneumotorax
48. CS. Bujarea esofagului după arsură chimică ar trebui să înceapă:
- A. În ziua 1-a – a 2-a

- B. Peste o lună
 - C. La a 8-a – a 9-a zi
 - D. În cazul disfagiei persistente
 - E. În primele ore
49. CM. Indicații pentru o intervenție chirurgicală pentru cardiospasm sunt:
- A. Lipsa efectului semnificativ după cardiodilatație (cu cursuri repetate de tratament)
 - B. Ruptura esofagiană în timpul cardiodilatației
 - C. Imposibilitatea de a trece cu cardiodilatatorul în cardiac
 - D. Esofagita, spasmul esofagian segmentar
 - E. Fundalul psihogen rezistent
50. CM. Cu ajutorul căror metode de investigație poate fi diagnosticată boala de reflux esofagian?
- A. Esofagoscopie
 - B. Esofagomanometrie
 - C. pH-metrie esofagiană
 - D. Pasaj cu masa baritată prin esofag în poziția Trendelenburg
 - E. Ultrasonografia esofagului
51. CM. Cele mai frecvente complicații ale diverticulului esofagian sunt:
- A. Diverticulita
 - B. Perforația
 - C. Hemoragia
 - D. Malignizarea
 - E. Strictura de esofag
52. CS. În cazul în care tratamentul conservator al esofagitei fibrinos-ulcerative de reflux nu este de succes, la care operație ar trebui să se recurgă?
- A. Rezecție gastrică Billroth-1
 - B. Fundoplicație
 - C. Vagotomie selectivă proximală
 - D. Vagotomie tronculară
 - E. Fundopexie

53. CM. Care măsuri sunt indicate la pacienții cu arsuri chimice ale esofagului în faza acută?
- A. Clătirea gurii, esofagului, stomacului cu apă de băut
 - B. Preparate sedative și morfină
 - C. Consum de lapte
 - D. Nutriție parenterală totală
 - E. Sondă gastrică permanentă
54. CS. Care variantă de tratament chirurgical este metoda de elecție pentru diverticule esofagiene?
- A. Plastia esofagului
 - B. Diverticuloectomie
 - C. Rezecția esofagului
 - D. Rezecția stomacului
 - E. Vagotomie selectivă proximală
55. CM. Variante posibile în tratamentul chirurgical al diverticulului esofagian sunt:
- A. Invaginația diverticulului
 - B. Diverticuloectomia
 - C. Rezecția esofagului
 - D. Gastrectomia
 - E. Vagotomia selectivă proximală
56. CM. Enumerați indicațiile pentru tratamentul chirurgical al diverticulului esofagian:
- A. Diverticule de dimensiuni mari
 - B. Diverticule complicate (hemoragie, diverticulită, perforații)
 - C. Suspecție la malignizare
 - D. Lipsa efectului de la tratamentul conservator
 - E. Esofagită de reflux
57. CM. Enumerați stadiile radiologice de dezvoltare a diverticulului faringo-esofagian:
- A. Diverticulul are forma unui spin de trandafir
 - B. Diverticulul are forma unui buzdugan
 - C. Diverticulul are forma unui sac, fără compresie de esofag
 - D. Diverticulul comprimă și împinge esofagul anterior
 - E. Diverticulul are formă de clepsidră

58. CM. Care sunt semnele radiologice de perforație a esofagului?
- Emfizem al mediastinului și regiunii cervicale
 - Dilatarea și indurația umbrei spațiului periesofagian
 - Deviația traheii și esofagului spre zona de inflamație
 - Pneumohidrotorax
 - Simptom „coada șoarecelui“

KEY: PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A ESOFAGULUI

1.C; 2.E; 3.C; 4.D; 5.D; 6.B; 7.A; 8.C; 9.B; 10.D; 11.D; 12.E; 13.C; 14.A, 15.D; 16.A; 17.A; 18.A; 19.C; 20.C; 21.B; 22.D; 23.C; 24.C; 25.A; 26.C; 27.C; 28.BE; 29.ABD; 30.ACDE; 31.AB; 32.AD; 33.ABDE; 34.ABC; 35.ADE; 36.ACD; 37.CD; 38.BC; 39.CD; 40.ABDE; 41.ADE; 42.AC; 43.BCDE; 44.ACD; 45.ADE; 46.BCD; 47.ACDE; 48.C; 49.ABC; 50.ABCD; 51.ABC; 52.B; 53.ABC; 54.B; 55.AB; 56.ABCD; 57.ABCD; 58.ABCD.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientul este bolnav timp de aproximativ 3 ani. Acuză dificultate în trecerea alimentelor. Alimentele lichide trec mai ușor, decât cele solide, regurgitare de 1-2 ori pe zi, periodic dureri retrosternale, sialoree, piroziz. Pacientul este de nutriție scăzută, hemodinamic este stabil, TA – 125/85 mm Hg, Ps – 74/min. Abdomenul moale, sensibil la palpație în epigastru. Semnele peritoneale negative. Din datele de laborator: Hb – 130 g/l, Er. – 4,2. Le – $6,8 \times 10^9$ /l. Temperatura corpului 36,7°C. La radiografie simplă abdominală de panoramă se depista lipsa bulei de aer a stomacului.

- Formulați diagnosticul prezumtiv.
- Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor /semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
- Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
- Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
- Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.

6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrieți rețeta medicamentului de bază – H_2 - blocatori, prokinetice, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Achalazie

2. O pacientă de 35 de ani este internată în secția de otorinolaringologie cu o strictură cicatriceală a esofagului după o combustie chimică, unde urmează procedura de dilatare cu control endoscopic. După o dilatare planică (bujare) au apărut dureri retrosternale severe, dispnee, tahipnee, febră peste $38^{\circ}C$, leucocitoză – $17 \times 10^9/g/l$, starea generală fiind gravă cu apariția semnelor de soc, TA – 80/60 mm Hg, Ps – 120 /min. La radiografie toracică – pneumomediastin.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor /semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrieți rețeta medicamentului de bază – analgezice, antibiotice cu spectru larg de acțiune, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: Perforație de esofag. Mediastinită

ARTERIOPATIILE PERIFERICE

1. CS. În stenoza aterosclerotică a arterei carotide interne tratamentul de elecție constă în:
 - A. Trombendarterectomie
 - B. Rezecție cu anastomoză termino-terminală
 - C. Bypass
 - D. Ligaturarea arterei carotide interne
 - E. Administrarea preparatelor antitrombotice
2. CS. Tratamentul fistulelor arterio-venoase constă în:
 - A. Excizia fistulei cu restabilirea continuității vaselor
 - B. Ligaturarea arterei distale de fistulă
 - C. Amputația membrului
 - D. Ligaturarea venei distale de fistulă
 - E. Tratament exclusiv medicamentos
3. CM. În arteriopatiile periferice, modificările trofice, condiționate de ischemia cronică, includ următoarele:
 - A. Căderea părului
 - B. Modificările unghiilor
 - C. Atrofia pielii
 - D. Atrofia musculaturii
 - E. Hiperpigmentarea pielii
4. CS. Embolii arteriali se fixează mai des la nivelul:
 - A. Bifurcației aortice
 - B. Arterei iliace comune
 - C. Arterei femurale comune
 - D. Vaselor cerebrale
 - E. Arterei poplitee
5. CS. Ce afirmație referitoare la particularitățile bolii Burger este incorectă?
 - A. Se întâlnește mai frecvent la bărbați
 - B. Se observă între 20 și 40 de ani
 - C. Este însoțită de claudicație intermitentă
 - D. Este în raport strâns cu fumatul
 - E. Prezintă o formă deosebită de arteriopatie periferică

6. CM. Referitor la ocluzia femuro-popliteală segmentară sunt exacte următoarele afirmații:
 - A. Interesează, de obicei, artera femurală superficială în limitele canalului aductor
 - B. Sunt obișnuite ulcerațiile și gangrena
 - C. Este caracterizată de claudicație intermitentă
 - D. Evoluția maladiei este rapidă
 - E. Se observă între 20 și 40 de ani
7. CM. Principiile de tratament ale ocluziei femuro-popliteale includ:
 - A. Un program de mișcări energice
 - B. Simpatectomie în caz de claudicație intermitentă pronunțată
 - C. Bypass cu grefă autovenoasă
 - D. Endarterectomie
 - E. Tratament conservator
8. CM. Manifestările clinice ale fistulei arterio-venoase ale extremităților includ:
 - A. Vene varicoase dilatate
 - B. Tahicardie la comprimarea fistulei cu degetul
 - C. Murmur permanent în aria fistulei
 - D. Insuficiență arterială distal de fistulă
 - E. Insuficiență venoasă acută
9. CS. Claudicația intermitentă ca urmare a aterosclerozei avansate a arterelor iliace externe este mai efectiv tratată prin:
 - A. Simpatectomie lombară
 - B. Gimnastică efectuată zilnic
 - C. Bypass
 - D. Vasodilatatoare
 - E. Rezecție a segmentului afectat cu anastomoză
10. CM. Caracteristicile maladiei vasculare aorto-iliace includ:
 - A. Lipsa de manifestări clinice până când obliterarea lumenului nu atinge 90%
 - B. Formarea frecventă a unui anevrism
 - C. Afecțiune vasculară coronariană sau cerebrală în 30-50% din cazuri
 - D. Deseori are loc ocluzia totală a aortei în decadele VII -VIII de viață
 - E. Conduc la gigantism loco-regional

11. CM. Fistulele congenitale arterio-venoase:
 - A. Se localizează, de obicei, pe extremități
 - B. Deseori sunt multiple
 - C. Conduc la gigantism loco-regional
 - D. Conduc la insuficiență cardiacă
 - E. Conduc la insuficiență venoasă acută
12. CS. Condiții necesare pentru dezvoltarea trombozelor intravasculare sunt:
 - A. Lezarea intimei vasculare
 - B. Dereglarea fluxului sangvin
 - C. Schimbarea componenței sangvine
 - D. Toate cele enumerate mai sus
 - E. Gravitatea stării generale
13. CS. Informații despre starea arterelor magistrale distal de nivelul emboliei putem obține la:
 - A. Capilaroscopie
 - B. Examenul obiectiv
 - C. Examinarea radionuclidă
 - D. Dopplerografie
 - E. Toate cele menționate mai sus
14. CS. Intervenția chirurgicală de elecție practică în embolia arterei femurale include:
 - A. Dilatarea roentgenoendovasculară
 - B. Trombintimectomia
 - C. Embolectomia
 - D. Profundoplastia
 - E. Bypassul
15. CS. Factorul principal, ce determină tactica de tratament în insuficiența arterială acută periferică, este:
 - A. Vârsta pacientului
 - B. Gravitatea stării generale
 - C. Gradul ischemiei membrului
 - D. Prezența ocluziei aterosclerotice concomitente
 - E. Localizarea trombului sau embolului

16. CS. Restabilirea circulației sangvine în insuficiența arterială acută a membrului este absolut contraindicată în:
- A. Ischemia de gradul I-a lent progresivă
 - B. Ischemia de gradul II-b la pacient cu infarct miocardic
 - C. Ischemia de gradul III-a la pacient cu ictus
 - D. Ischemia de gradul III-c
 - E. Vârsta pacientului >85 de ani
17. CS. Amputația ca operație de elecție în insuficiența arterială acută a membrelor este indicată:
- A. În ateroscleroza avansată a vaselor magistrale ale membrelor cu manifestări incipiente ale trombozei acute
 - B. La pacienți în vârstă avansată
 - C. În gradul III-b de ischemie
 - D. Numai în gradul III-c de ischemie
 - E. În internarea tardivă a pacientului
18. CS. Terapia conservatoare în embolia arterială acută poate fi metoda de elecție:
- A. În stadiul avansat al ischemiei acute
 - B. La pacienți cu vârsta >80 de ani
 - C. La pacienți cu patologie concomitentă gravă
 - D. În caz de contraindicații absolute pentru tratament chirurgical
 - E. În prezența maladiilor trombogene și embologene
19. CS. Efectul trombolitic se obține prin administrarea:
- A. Complaminei
 - B. Streptazei
 - C. Aspirinei
 - D. Heparinei
 - E. Solcoserilului
20. CS. Îmbunătățirea microcirculației prin administrarea de Trental este determinată de:
- A. Efectul spasmolitic
 - B. Efectul antiagregant
 - C. Activarea procesului de fibrinoliză
 - D. Proprietățile anticoagulante
 - E. Acțiunea trombolitică

21. CM. Alegeți afirmațiile corecte referitor la manifestarea clinică a anevrismului aortic abdominal erupt:
- A. Dureri abdominale, șoc și tumoră pulsativă abdominală
 - B. Dureri avansate, dar caracteristice și pentru anevrismul aortic abdominal neerupt
 - C. Durerile abdominale nu depind de poziția bolnavului și sunt relativ constante
 - D. Hipotensiunea și șocul nu sunt caracteristice pentru anevrismul aortic abdominal neerupt
 - E. Icter
22. CM. Alegeți afirmațiile corecte referitor la anevrismul aortic abdominal:
- A. Creșterea incidenței anevrismului aortic abdominal reflectă creșterea vârstei medii a populației, îmbunătățirea metodelor diagnostice
 - B. Incidența anevrismului aortic abdominal crește cu alte leziuni aterosclerotice
 - C. La pacienții cu anevrism femural sau popliteal incidența anevrismului aortic abdominal crește până la 50%
 - D. Majoritatea anevrismelor aortice abdominale sunt simptomatice înainte de erupție
 - E. Anevrismul aortic abdominal este asociat cu boala varicoasă a membrelor inferioare
23. CS. Embolia arterială acută și flegmazia albastră a membrului au simptome comune, exceptând:
- A. Durerile
 - B. Lipsa pulsului
 - C. Paliditatea tegumentelor
 - D. Paresteziile
 - E. Hipotermia tegumentelor
24. CS. Pentru tromboza acută a arterei magistrale a piciorului nu este caracteristic:
- A. Paliditatea
 - B. Durerile
 - C. Edemul
 - D. Parestezia
 - E. Dispariția pulsului

25. CS. Către sindromul ischemic al membrelor inferioare se referă următoarele, exceptând:
- A. Lipsa pulsului
 - B. Paresteziile
 - C. Ulcerele trofice ale gambelor
 - D. Paralizia inferioară
 - E. Paliditatea tegumentelor și durerile
26. CS. În embolia arterei femurale, ischemie gradul III (contractura piciorului) metoda de elecție este:
- A. Embolectomie de urgență
 - B. Terapie trombolitică
 - C. Terapie cu anticoagulante
 - D. Terapie simptomatică
 - E. Amputația primară a piciorului
27. CS. Embolia arterei brahiale poate fi cauzată de următoarea maladie, exceptând:
- A. Stenoza mitrală
 - B. Infarctul miocardic acut
 - C. Aneurismul cardiac
 - D. Aneurismul aortei abdominale
 - E. Comprimarea arterei subclaviculare cu o coastă cervicală adăugătoare
28. CS. Viabilitatea piciorului ischemizat de origine embolică se poate aprecia prin:
- A. Sfigmografie
 - B. Reovasografie
 - C. Scintigrafie cu Te 99 (technetiu)-pirofosfat
 - D. Pletismografie
 - E. Termografie
29. CM. În ateroscleroza aortei și a arterelor iliace se pot efectua:
- A. Bypass aortofemural
 - B. Rezecția porțiunii afectate cu protezare
 - C. Endarterectomie
 - D. Amputarea membrului
 - E. Dilatarea endovasculară

30. CS. Cea mai frecventă cauză a emboliei arterelor circuitului mare este:
- A. Ateroscleroza cârjei aortei
 - B. Boala ischemică a cordului
 - C. Tromboza venelor circuitului mare
 - D. Aneurismul aortal
 - E. Aneurismul cardiac
31. CS. Referitor la aneurismul arterei lienale ce afirmație este incorectă?
- A. Printre aneurismele arteriale viscerale se întâlnește cel mai rar
 - B. Este determinat, de obicei, de degenerarea tunicii musculare
 - C. Provoacă dureri în hipocondrul stâng cu iradiere în umăr
 - D. Radiografia de ansamblu poate evidenția un inel calcificat de aneurism
 - E. Se asociază cu riscul înalt de ruptură pe parcursul gravidității
32. CS. Aneurismele aterosclerotice periferice se localizează cel mai frecvent la nivelul arterelor:
- A. Carotide
 - B. Subclaviculare
 - C. Femurale
 - D. Poplitee
 - E. Ulnare
33. CS. Peste 18 ore după ocluzia traumatică a arterei femurale pacientul a fost operat și artera refăcută. După operație în salon s-a notat că gamba din partea traumatizată este dură și extrem de dureroasă. Cauza cea mai probabilă este:
- A. Lezarea neobservată a venelor
 - B. Reacția la revascularizare
 - C. Fractura nesuspectată a tibiei
 - D. Ischemia preoperatorie de lungă durată a țesuturilor
 - E. Spasmul muscular consecutiv al traumatismului nervilor
34. CS. Cea mai frecventă cauză a trombozei acute a arterelor piciorului este:
- A. Trombangeita obliterantă
 - B. Ateroscleroza obliterantă
 - C. Puncția și cateterizarea arterei

- D. Compresia extravazală a arterei
 - E. Policitemia
35. CS. Indicați localizarea afectării vaselor magistrale în sindromul Takaiasu:
- A. Artera subclavia
 - B. Arcul aortic și ramurile sale
 - C. Vasele cerebrale
 - D. Vasele enteromezenterice
 - E. Bifurcația aortei abdominale
36. CS. Sindromul Leriche prezintă:
- A. Arterită nespecifică brahiocefală
 - B. Ocluzie aterosclerotică a bifurcației aortei
 - C. Capilaropatie periferică a extremităților
 - D. Trombangeită migrantă
 - E. Ocluzia venei cave inferioare
37. CS. Pentru sindromul Leriche este caracteristic, exceptând:
- A. Hipotermia membrelor inferioare
 - B. Paliditatea pielii
 - C. Tromboflebita migrantă a membrelor
 - D. Dureri în regiunea fesieră la șezut
 - E. Impotența
38. CS. Pentru sindromul Takaiasu nu este caracteristic:
- A. Dispariția pulsului la membrele superioare
 - B. Dispariția pulsului la membrele inferioare
 - C. Grafospasmul
 - D. Cefaleea, vertijurile
 - E. Scăderea vederii până la cecitate
39. CS. Pentru tratamentul chirurgical în sindromul Leriche cea mai reușită metodă va fi:
- A. Simpatectomia lombară
 - B. Simpatectomia periarterială
 - C. Șuntul aorto-femural bifurcațional
 - D. Șuntul aorto-femural unilateral
 - E. Trombectomia cu cateterul Fogarti

40. CS. Alegeți afirmația corectă referitor la manifestarea clinică a anevrismului aortic abdominal:
- A. În 70-75% din cazuri anevrismele aortice abdominale sunt simptomatice
 - B. Examenul fizic de rutină și metodele imagistice permit stabilirea diagnosticului
 - C. Anevrismul aortic abdominal deseori se diagnostichează întâmplător în timpul operațiilor abdominale pentru alte patologii
 - D. Pacienții deseori stabilesc diagnosticul de sine stătător
 - E. Hipotensiunea și șocul sunt caracteristice pentru anevrismul aortic abdominal necompliat
41. CS. Auscultația vaselor este importantă:
- A. În boala Raynaud
 - B. În stenoza arterială periferică
 - C. În boala varicoasă a membrelor inferioare
 - D. În sindromul posttromboflebitic
 - E. În acrocianoză
42. CS. În intervenția chirurgicală pentru anevrismul fals de aortă abdominală este optimală:
- A. Eliminarea tuturor structurilor franjurate de anevrism fals
 - B. Ligaturarea arterelor și venelor în 4 locuri
 - C. Ligaturarea extensivă și diseecția colateralelor
 - D. Restabilirea integrității aortei și arterelor
 - E. Tratamentul chirurgical al anevrismelor aortei sub 4 cm
43. CM. La dezvoltarea endarteritei obliterante contribuie:
- A. Hipotermia
 - B. Traumatismele membrelor inferioare
 - C. Fumatul
 - D. Stresul
 - E. Infecțiile
44. CS. Simptomul claudicației intermitente constă în:
- A. Dureri în mușchii gambei și ai plantei ce apar în timpul mersului, impunând bolnavul să se oprească
 - B. Dureri periodice în mușchii gambei ce apar în ortostatism

- C. Dureri permanente în mușchii membrelor inferioare în timpul mersului, care nu dispar în repaus
 - D. Dureri paroxistice în timpul mersului, care se răspândesc de-a lungul terminațiilor nervoase și îl obligă pe bolnav să șchiopăteze
 - E. Rigiditate musculară permanentă, care îngreunează mersul bolnavului
45. CS. Cele mai eficiente probe funcționale sunt:
- A. Oppel, Șamova, Goldflame, Samuels, Pancenco, simptomul comprimării degetului
 - B. Oppel, simptomul comprimării degetului, Delbet-Perthes
 - C. Troianov-Trendelenburg, Oppel, simptomul comprimării degetului, Pratt-1
 - D. Pratt-2, Oppel, Samuels, proba de marș, Șamova
 - E. Obrazțov, Pratt-2, Oppel, Șamova, Samuels, proba de mers
46. CS. Apariția palidității piciorului la ridicarea lui poartă denumirea:
- A. Proba Samuels
 - B. Proba Șamova
 - C. Proba Oppel
 - D. Proba Pancenco
 - E. Proba Goldflame
47. CS. Instalarea palidității piciorului după 20 de mișcări flexie-extensie în articulația talocrurală reprezintă proba:
- A. Samuels
 - B. Goldflame
 - C. Oppel
 - D. Șamova
 - E. Pancenco
48. CS. Poziția așezat cu picior peste picior reprezintă proba:
- A. Oppel
 - B. Samuels
 - C. Șamova
 - D. Goldflame
 - E. Pancenco

49. CS. Simptomul comprimării degetului este pozitiv dacă pata ischemică se păstrează:
- A. 5 sec
 - B. 10 sec
 - C. 2 sec
 - D. 1 min
 - E. 5 min
50. CS. Trombangeita obliterantă (boala Buerger) se manifestă clinic prin:
- A. Formarea trombilor în venele membrelor inferioare
 - B. Formarea trombilor în arterele membrelor inferioare
 - C. Semne de insuficiență acută arterială a membrelor inferioare
 - D. Tromboflebită migratorie a venelor superficiale ale membrelor
 - E. Evoluție mai gravă, comparativ cu arteriopatiile periferice aterosclerotice
51. CM. În arterioscleroza obliterantă a vaselor membrelor inferioare mai frecvent sunt afectate:
- A. Arterele iliace
 - B. Arterele femurale
 - C. Arterele poplitee
 - D. Arterele gambei și piciorului
 - E. Capilarele și precapilarele
52. CS. Impotența în sindromul Leriche se datorează leziunii aterosclerotice a:
- A. Porțiunii terminale a aortei
 - B. Arterelor iliace
 - C. Arterelor iliace interne
 - D. Arterelor fesiere
 - E. Arterelor femurale
53. CM. Ateroscleroza obliterantă a vaselor membrelor inferioare se manifestă prin:
- A. Claudicație intermitentă
 - B. Parestezii
 - C. Absența pulsului pe arterele periferice și aortă
 - D. Suflu sistolic pe vasele mari
 - E. Limfostază

54. CM. Enderectomia reprezintă:
- A. Arterectomie
 - B. Înlăturarea intimei afectate
 - C. Înlăturarea trombului
 - D. Dilatarea lumenului arterei
 - E. Înlocuirea zonei afectate cu proteză din material sintetic
55. CM. Contraindicații în efectuarea endarterectomiei sunt:
- A. Răspândirea importantă a procesului ocluziv
 - B. Calcifieri vasculare pronunțate
 - C. Vârsta senilă
 - D. Decompensarea vascularizației membrului
 - E. Prezența ulcerelor trofice pe membrele inferioare
56. CS. Teoria modernă a etiologiei trombangitei obliterante:
- A. Nicotinică
 - B. Endocrină
 - C. Infecto-alergică
 - D. Steroidă
 - E. Trombogenă
57. CS. În primul stadiu al trombangitei obliterante se indică:
- A. Terapie conservatoare
 - B. Simpatectomie lombară
 - C. Intervenție chirurgicală vasculară reconstructivă
 - D. Amputație primară
 - E. Simpatectomie periarterială
58. CS. Pentru ischemia acută a membrelor inferioare, stadiul I-B nu este caracteristic:
- A. Senzație de amorțeală și extremități reci
 - B. Parestezii
 - C. Dureri în repaus
 - D. Paliditatea tegumentelor
 - E. Edemul subfascial
59. CM. Pentru diagnosticul diferențial dintre trombangita obliterantă și arteriopatia periferică recipientă la un bolnav de 36 de ani cu manifestarea ischemiei arteriale cronice stadiul II-B este necesar de a efectua următoarele investigații:

- A. Determinarea echilibrului acido-bazic al sângelui
 - B. Examinarea metabolismului lipidic
 - C. Eco-Doppler vascular al membrelor inferioare
 - D. Starea sistemului imun
 - E. Aorto-arteriografie de contrast
60. CM. Pentru a decide tactica tratamentului bolnavului cu ischemie severă a membrului de geneză necunoscută, sunt optimele următoarele asocieri de investigații instrumentale:
- A. Sfigmografia
 - B. Aorto-arteriografia
 - C. Termografia
 - D. Eco-Doppler
 - E. Pletismografia
61. CM. Simptomele ischemiei plantare sunt caracteristice pentru:
- A. Sindromul posttromboflebitic
 - B. Boala Raynaud
 - C. Varicoza venelor superficiale
 - D. Endarterita obliterantă
 - E. Ateroscleroza obliterantă
62. CS. În tratamentul bolnavului cu stenoza arterei iliace comune în lungime de 2 cm, cu îngustarea a 2/3 din lumenul vasului, procedeul chirurgical de rezolvare va fi următorul:
- A. Bypass de bifurcare aorto-femurală
 - B. Bypass unilateral ilio-femural
 - C. Bypass unilateral femuro-popliteu
 - D. Angioplastie (dilatarea intravasculară percutană)
 - E. Simpatectomie lombară
63. CS. În tromboangeita obliterantă cu ocluzia tuturor arterelor magistrale ale gambei, dar cu colaterale suficiente, metoda de tratament va fi:
- A. Tratament conservator
 - B. Amputarea primară a gambei
 - C. Bypass femuro-popliteu
 - D. Bypass femuro-tibial
 - E. Arterioectomie

64. CS. Predispoziția mai înaltă în trombangiita obliterantă se întâlnește mai frecvent la:
- A. Femei de la 18-35 de ani
 - B. Bărbați de la 18-35 de ani
 - C. În raport egal bărbați: femei până la 40 de ani
 - D. În raport egal bărbați: femei după 40 de ani
 - E. Bărbați după 60 de ani
65. CS. În ateroscleroza periferică obliterantă, ocluzivă segmentară a arterei femurale, cu ischemie cronică a membrului stadiul II-B, metoda de tratament este:
- A. Tratament conservator
 - B. Simpatectomie lombară
 - C. Intervenție chirurgicală vasculară reconstructivă
 - D. Trombectomie cu cateter Fogarti
 - E. Amputația primară a membrului
66. CS. Semnele angiografice de trombangiită obliterantă sunt următoarele, exceptând:
- A. Ingustarea uniformă a arterelor
 - B. Caracterul difuz al ocluziei
 - C. Forma conică a vasului la contrastare
 - D. Conturul șters al arterelor magistrale
 - C. Multiple colaterale mici, înguste
67. CS. În ocluzia aterosclerotică a arterelor femurale, poplitee și tibiale la un pacient de 76 de ani cu insuficiență arterială cronică a membrului inferior stadiul IV și gangrenă a piciorului metoda de tratament este:
- A. Tratament conservator
 - B. Simpatectomie lombară
 - C. Intervenție chirurgicală vasculară reconstructivă
 - D. Amputare primară
 - E. Transplant microchirurgical al epiploonului mare pe gambă
68. CS. În trombangiita obliterantă mai frecvent se afectează:
- A. Arcul aortei și trunchiul brahiocefalic
 - B. Porțiunea toracică a aortei
 - C. Bifurcația aortei
 - D. Artera femurală
 - E. Arterele gambei

69. CS. Criteriile angiografice caracteristice pentru arteriopatia periferică aterosclerotică sunt următoarele, exceptând:
- A. Conturul șters al arterelor
 - B. Îngustarea neuniformă a vaselor magistrale
 - C. Calcinoza arterelor
 - D. Îngustarea cronică uniformă a arterelor magistrale cu contururi clare ce se termină cu colaterale slab dezvoltate
 - E. Colaterale bine dezvoltate
70. CM. Cele mai informative metode-screening de diagnostic în patologia arterelor membrelor inferioare sunt:
- A. Aorto-arteriografia membrelor inferioare
 - B. Eco-Doppler
 - C. Reovasografia
 - D. Angioscanarea cu ultrasunet
 - E. Termografia
71. CM. La examinarea bolnavului ați presupus un anevrism necomplicat al aortei. Ce metode de diagnostic pot oferi o informație amplă despre caracterul maladiei?
- A. Radioscopia de ansamblu a cavității abdominale
 - B. Laparoscopia
 - C. Examenul ultrasonor al cavității abdominale și retroperitoneale
 - D. Urografia excretorie
 - E. Aorto-arteriografia
72. CM. Aneurismele aortei abdominale clinic se manifestă prin următoarele sindroame:
- A. Sindromul radicular condiționat de compresiunea rădăcinilor măduvei spinării
 - B. Sindromul abdominal condiționat de compresiunea duodenului și de implicarea în procesul patogen a ramurilor viscerale ale aortei abdominale
 - C. Sindromul urologic condiționat de dereglările urodinamicii în urma comprimării pelvisului sau ureterului
 - D. Sindromul ischemic cronic al membrelor inferioare
 - E. Sindromul de ischemie cardiacă

73. CM. Sindroamele de compresiune în anevrismul aortei toracice sunt:
- A. Tulburări circulatorii treptat crescute cerebrale și ale membrelor superioare
 - B. Compresia esofagului
 - C. Compresia traheii
 - D. Compresia nervului recurent
 - E. Compresia glandei tiroide
74. CM. Tabloul clinic al anevrismului aortei toracice include:
- A. Sindromul dolo mai frecvent al durerilor toracice
 - B. Dereglările ischemice cardiovasculare
 - C. Dereglările neurologice – simptome de ischemie cerebrală, ischemie a măduvei spinării și a nervilor periferici
 - D. Sindromul de insuficiență enteromezenterică acută
 - E. Sindromul de insuficiență respiratorie cronică
75. CS. Clasificare. După dimensiune anevrismele aortei abdominale sunt:
- A. Anevrisme mici cu diametrul egal cu 3-5 cm
 - B. Anevrisme medii cu diametrul egal cu 5-7 cm
 - C. Anevrisme mari cu diametrul mai mare de 7 cm
 - D. Anevrisme „gigante” cu diametrul de 8-10 ori mai mare decât diametrul normal al aortei
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
76. CM. Alegeți afirmațiile corecte referitor la semiologia clinică în boala Raynaud:
- A. Semnele clinice ale bolii apar sub influența hipotermiei și stresurilor psihoemoționale
 - B. Afectarea bilaterală obligatorie a membrelor în lipsa gangrenei
 - C. La pacienți lipsesc alte procese patologice, care pot induce secundar semiologia bolii Raynaud
 - D. Durata maladiei este totdeauna mai mare de 2 ani
 - E. Afectarea nesimetrică a degetelor membrelor
77. CS. Sindromul Raynaud nu este caracteristic pentru:
- A. Boala Buerger
 - B. Sclerodermie
 - C. Stenozele arterei subclaviculare
 - D. Coasta cervicală
 - E. Fistulele arterio-venoase

78. CS. Principala caracteristică a anevrismului veritabil (adevărat) este:
- A. Hematom încapsulat
 - B. Comunicare între arteră și venă
 - C. Implicarea în proces a tuturor straturilor vasului
 - D. Sindromul „torsului de pisică” în regiunea anevrismului
 - E. Prezența pulsației în porțiunea distală a vasului
79. CS. Fazele de formare a endarteritei obliterante includ toate, excep-tând:
- A. Distrofia terminațiilor nervoase
 - B. Spasmul vaselor magistrale
 - C. Dezvoltarea țesutului conjunctiv în toate straturile vaselor arte-riale
 - D. Obliterarea totală (tromboza) vaselor periferice
 - E. Faza dilatației vaselor magistrale
80. CS. Semnele angiografice ale arteriopatiilor aterosclerotice sunt toate cele enumerate, exceptând:
- A. Conturul neuniform al vaselor arteriale
 - B. Îngustările neuniforme ale vaselor magistrale
 - C. Calcinoza arterială
 - D. Îngustarea coniformă a vaselor arteriale magistrale cu contururi clare și întrerupere bruscă și vase colaterale slab dezvoltate
 - E. Spasmul vaselor magistrale
81. CS. La bolnavul de 65 de ani, internat cu acuze de formațiune pulsati-lă în cavitatea abdominală, la examenul angiografic s-a depistat o di-latare anevrismală a porțiunii infrarenale a aortei, care se raspândește pe ambele artere iliace. Arterele magistrale ale membrilor inferioare sunt permeabile. Ce metodă de tratament va fi aplicată?
- A. Tratament conservator strict
 - B. Intervenție chirurgicală în caz de ruptură de anevrism
 - C. Intervenție planificată – rezecția porțiunii infrarenale a aortei cu protezare aorto-iliacă
 - D. Intervenție planificată – rezecția anevrismului cu protezare aor-to-femurală bilaterală
 - E. Intervenție planificată – bypass bilateral aorto-femural și femu-ro-popliteu

82. CS. La investigarea bolnavului de 70 de ani, care suferă de ateroscleroză obliterantă a vaselor membrelor inferioare, s-au depistat stenoze la nivel de arteră iliacă externă stângă și femurală superficial. Ce metodă de tratament va fi utilizată?
- A. Tratament conservator
 - B. Angioplastie endovasculară cu cateter
 - C. Plastie autovenoasă laterală a arterei iliace externe și femurale superficiale
 - D. Bypass ilio-femural stâng
 - E. Simpatectomie lombară
83. CM. Manifestări clinice ale sindromului de ischemie cronică abdominală:
- A. Celiacă (doloră)
 - B. Entero-mezenterică proximală – disfuncția intestinului subțire
 - C. Entero-mezenterică distală – colopatia terminală – disfuncția preponderentă a jumătății stângi a intestinului gros
 - D. Combinată
 - E. Rectală
84. CM. Variantele clinice evolutive ale trombangitei obliterante sunt următoarele:
- A. Acută, evoluție malignă, generalizată, vârsta 18-25 de ani, în perioada 3 luni-1an capătă caracter sistemic
 - B. Subacută cu perioade de acutizare și remisiuni evolutive diverse
 - C. Cronică, vârsta de 30-35 de ani, cu o perioadă îndelungată de compensare clinică
 - D. Boala evoluează indolor
 - E. Remisiuni evolutive constante
85. CM. În procesul bolii Raynaud se evidențiază următoarele stadii:
- A. Stadiul angiospastic
 - B. Stadiul angioparalitic
 - C. Stadiul trofoparalitic
 - D. Gangrena umedă a membrelor superioare
 - E. Stadiul maladiei de ischemie de repaus
86. CM. Simpatectomia lombară în ateroscleroză obliterantă a vaselor membrelor inferioare este indicată în:
- A. Starea gravă a bolnavului

- B. Răspândirea procesului ocluziv
 - C. Forme de afectare distală
 - D. Dezvoltarea gangrenei
 - E. Primul stadiu al ischemiei regionale
87. CS. Date despre starea arterelor magistrale distal de locul emboliei putem obține la:
- A. Capilaroscopie
 - B. Examenul obiectiv
 - C. Examinarea radionuclidă
 - D. Dopplerografie
 - E. Toate cele menționate mai sus
88. CM. Operațiile reconstructive în ateroscleroza obliterantă sunt indicate în:
- A. Decompensarea vascularizării membrului
 - B. Gangrena membrului
 - C. Restenozarea ocluziei arterei magistrale
 - D. Obturarea totală a lumenului pe întreaga lungime a arterei
 - E. Forma periferică de afectare
89. CS. La un bolnav de 38 de ani cu trombangită obliterantă stadiu II-B, în cazul ocluziei arterei poplitee, intervenția necesară este:
- A. Profundoplastia
 - B. Endarterectomia din artera poplitee
 - C. Bypassul femural-tibial posterior mare
 - D. Dilatarea endovasculară percutană cu cateter
 - E. Amputarea primară

KEY: ARTERIOPATIILE PERIFERICE

1.A; 2.A; 3.ABCD; 4.C; 5.E; 6.AC; 7.AC; 8.AC; 9.C; 10.ABC;
11.ABC; 12.D; 13.D; 14.C; 15.C; 16.D; 17.D; 18.D; 19.B; 20.B; 21.ABCD;
22. ABC; 23.C; 24.C; 25.C; 26.E; 27.D; 28.C; 29.AB; 30.B; 31.A;
32.D; 33.D; 34.B; 35.CBD; 36.B; 37.C; 38.B; 39.C; 40.B; 41.B; 42.D;
43.ACDE; 44.A; 45.A; 46.C; 47.B; 48.E; 49.A; 50.BCDE; 51.ABCD;
52.A; 53.ABCD; 54.BCD; 55.AB; 56.C; 57.A; 58.E; 59.BCDE; 60.ACE;
61.DE; 62.D; 63.A; 64.C; 65.C; 66.C; 67.D; 68.D; 69.D; 70.BD; 71.CE;

72.ABCD; 73.ABCD; 74.ABC; 75.E; 76.ABCD; 77.E; 78.C; 79.E; 80.E; 81.D; 82.C; 83.ABCD; 84.ABC; 85.ABC; 86.ABC; 87.D; 88.CE; 89.C.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientul E., de 59 de ani, s-a adresat la chirurg, cu acuze de dureri la mers peste fiecare 50 m, senzație de frig și furnicăături în ambele picioare. Se consideră bolnav timp de 2 ani, de când a observat oboseala rapidă a picioarelor și necesitatea de a se opri la distanță mai mare de 1000 m. În ultimele 3 luni semnele clinice au progresat, fapt ce l-a determinat să se adreseze la chirurg. În anamneză neagă altă patologie. Fumează de 25 de ani.

Examenul obiectiv evidențiază paliditate, alopecie, hipotrofia mușchilor și a țesuturilor moi la ambele gambe și plante, temperatura pielii scăzută. Simptomele Opell, Goldflame, Pancenco, Samuels sunt pozitive bilateral. Pulsul este păstrat la arterele femurale și diminuat la a. poplitee stângă. La membrul inferior drept pulsul la arterele periferice (a. poplitee, a.dorsalis pedis) nu se determină. Patologie cardiacă nu a fost depistată.

1. Formulați ÎN SCRIS diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați ÎN SCRIS diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/ sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Vasiprostan, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Arteriopatie periferică aterosclerotică. Stenoză a arterei femurale pe stânga și ocluzie femurală pe dreapta, stadiul III

2. Pacientul M., de 20 ani, se internează în secția de chirurgie vasculară pentru ulceratii extinse, profunde ale gambei drepte, hipertrofie a membrului inferior drept cu dificultăți de statică și mers. Simptomatologia a devenit evidentă la vârsta de 8 ani prin apariția de varice ale membrului inferior drept. În ultimii 12 ani a prezentat repetate episoade de hemoragie la nivelul varicelor ulcerate. Pe parcursul creșterii și dezvoltării sistemului osteo-articular s-a produs hipertrofia membrului inferior drept. Diferența dintre circumferința coapsei drepte și cea stângă este de 9 cm, respectiv de 6 cm la nivelul gambelor. Se constată și o diferență de lungime între membrele inferioare de 7 cm. Investigațiile de laborator au fost în limite normale. La oscilometrie la nivelul membrului inferior drept se evidențiază o hipersfigmie. Eco-Doppler a sistemului venos și arterial al membrului inferior drept evidențiază dilatație importantă a venei femurale cu flux de tip arterial, turbulent în interiorul acesteia, dilatarea importantă a sistemului venos superficial safen, cu varice extinse de la nivelul coapsei până la nivelul gambei și o mică comunicare între vena și artera femurală. Arteră femurală cu flux normal, dar cu impregnare ateromatoasă a pereților.

1. Formulați ÎN SCRIS diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați ÎN SCRIS diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/ sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Pentoxifilină inj., din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Fistule arterio-venoase (boala Parks-Weber-Rubașev)*

CHIRURGIA BOLII ULCEROASE. BOALA STOMACULUI OPERAT

1. CS. Gastrectomia totală este utilă în:
 - A. Sindromul dumping precoce
 - B. Sindromul dumping tardiv
 - C. Ulcerul peptic recidivant cauzat de sindromul Zollinger-Ellison
 - D. Gastrita alcalină de reflux
 - E. Diareea postvagotomică
2. CS. Irigoscopia are o importanță majoră în diagnosticul:
 - A. Gastrostazei postvagotomice
 - B. Fistulei gastrojejunocolice
 - C. Ulcerului peptic recidivant al gastroduodenoanastomozei
 - D. Sindromului dumping
 - E. Toate cele sus-numite
3. CS. Frecvența ulcerului peptic recidivant este determinată în primul rând de:
 - A. Vârsta bolnavului
 - B. Vechimea bolii
 - C. Stadiul și dimensiunile ulcerului
 - D. Complicații ale ulcerului existente la momentul operației primare
 - E. Tipul operației primare
4. CS. În urma cărui tip de operație, frecvența ulcerului peptic recidivant este cea mai mică?
 - A. Gastroenteroanastomoză
 - B. Rezecție gastrică 2/3
 - C. Vagotomie tronculară cu operație de drenaj gastric
 - D. Vagotomie tronculară cu rezecție gastrică economă
 - E. Vagotomie selectivă proximală
5. CS. Pentru sindromul cronic al ansei aferente cel mai caracteristic semn clinic este:
 - A. Dureri în epigastru, grețuri, vome
 - B. Pirozis
 - C. Anorexie

- D. Constipații
 - E. Tahicardie
6. CS După care din intervențiile menționate poate apărea gastrita alcalină de reflux?
- A. Vagotomie tronculară cu piloroplastie
 - B. Rezeția gastrică 2/3 tip Bilioth-I
 - C. Vagotomie tronculară cu gastroduodenostomie
 - D. Vagotomie tronculară cu gastrojejunostomie
 - E. Oricare din procedeele citate
7. CS. Cauza cea mai frecventă pentru apariția ulcerului peptic recidivant este:
- A. Rezeția economă a stomacului
 - B. Vagotomia incompletă
 - C. Rămășița unui sector de țesut al canalului piloric în bontul duodenal
 - D. Gastrinomul
 - E. Hiperparatireoidismul primar
8. CS. Excluderea gastrinomului la un bolnav ulceros va începe cu:
- A. Ultrasonografie, tomografie computerizată
 - B. Angiografie selectivă
 - C. Testul cu secretină
 - D. Dozarea gastrinei serice
 - E. Testele secreției gastrice
9. CS. Ulcerul peptic recidivant este cel mai frecvent determinat de:
- A. Alegerea și efectuarea incorectă a intervenției chirurgicale
 - B. Hiperparatireoidism
 - C. Gastrinom
 - D. Infecție cu *Helicobacter pylori*
 - E. Reflux duodeno-gastral
10. CS. La 5 zile după o rezeție Bilioth-II bolnavul prezintă subicter scleroconjunctival, febră, dureri severe permanente în epigastru și hipocondrul drept, grețuri și vărsături, tahicardie, leucocitoză și amilazemie. Local: abdomen mobil cu respirația, dureros și rigid în epigastru și hipocondrul drept unde palpator se depistează o formațiune tumora-

- lă. Examenul radiologic pe gol evidențiază o ansă intestinală dilatată conținând aer. Tranzitul baritat – nesemnificativ. Examenul clinic repetat arată alterarea stării generale. La ce complicație va gândiți?
- A. Gastropareza postvagotomică
 - B. Dehiscenta bontului duodenal
 - C. Sindromul acut al ansei aferente
 - D. Ocluzie dinamică postoperatorie
 - E. Hepatită acută
11. CS. Pentru astenia agastrală sunt caracteristice următoarele semne, excluzând:
- A. Diareea
 - B. Iritabilitatea
 - C. Anemia
 - D. Vomele repetate
 - E. Somnolența
12. CS. Pentru anemia agastrală sunt caracteristice, excluzând:
- A. Slăbiciunile generale
 - B. Amețelile
 - C. Eritropenia și hipohemoglobinemia
 - D. Paliditatea tegumentelor
 - E. Creșterea ponderală
13. CS. Care maladii ale stomacului operat, de regulă, necesită reintervenție chirurgicală:
- A. Sindromul dumping de gr. I-II
 - B. Anemia agastrală
 - C. Ulcerul peptic recidivant al gastroduodenoanastomozei
 - D. Diareea postvagotomică
 - E. Maladsorbția enterogenă
14. CS. Numiți maladiile stomacului operat:
- A. Hemoragie intraabdominală la a IV-a zi după rezecție gastrică
 - B. Sindromul hipoglicemic
 - C. Astenia agastrală
 - D. Anemia postgastrorezețională
 - E. Dehiscenta suturilor gastroduodenoanastomozei

15. CS. Numiți patologiiile care nu sunt calificate drept maladii ale stomacului operat:
- A. Gradul III al sindromului dumping
 - B. Fistula gastrojejunocolică
 - C. Dehiscentța suturilor carenei gastrice
 - D. Ulcerul peptic al jejunului
 - E. Pancreatita acută postoperatorie în urma rezecției gastrice
16. CS. Marcați boala stomacului operat:
- A. Hemoragia gastrică postoperatorie la a 2-a zi postoperatorie
 - B. Diareea postvagotomică
 - C. Ulcerul peptic recidivant duodenal
 - D. Dehiscentța bontului duodenal
 - E. Dehiscentța suturilor gastroenteroanastomozei
17. CS. Care patologie nu este complicația bolii ulceroase și nu este boală a stomacului operat?
- A. Insuficiența cardiei
 - B. Gastrita biliară de reflux
 - C. Stenoza pilorică
 - D. Fistula gastrojejunocolică
 - E. Penetrația ulcerului
18. CS. Boala stomacului operat este:
- A. Ulcerul peptic al jejunului
 - B. Pancreatita acută postoperatorie
 - C. Ocluzia acută a ansei eferente prin strangulație cu bride
 - D. Hemoragia din ulcerul duodenal exclus
 - E. Dehiscentța suturilor bontului duodenal
19. CS. Boala stomacului operat se numește:
- A. Suferință ce apare în perioada postoperatorie tardivă după operațiile la stomac curative, etiopatogenice pentru boala ulceroasă
 - B. Patologiile ce se dezvoltă numai după rezecțiile gastrice
 - C. Patologiile organice și funcționale postvagotomice
 - D. Maladiile ce apar în urma intervențiilor de drenare gastrică
 - E. Maladiile ce apar în urma operațiilor pentru boala ulceroasă
20. CS. Sindrom postvagotomic este:
- A. Stenoza cicatriceală a gastroenteroanastomozei

- B. Ulcerul acut al jejunului
 - C. Gastrostaza
 - D. Gastrita atrofică
 - E. Sindromul dumping
21. CS. Sindrom postgastrorezectional este:
- A. Anemia agastrală
 - B. Sindromul cronic al ansei aferente cauzat de malrotația duodenală
 - C. Reflux-gastrita biliară
 - D. Stenoza piloroduodenală după suturarea ulcerului duodenal perforat
 - E. Ulcerul peptic recidivant după vagotomie selectivă proximală
22. CS. Cel mai util în diagnosticul sindromului dumping se consideră:
- A. Aprecierea manifestărilor clinice ale maladii
 - B. Anamneza
 - C. Datele examenului radiologic cu masă baritată a tractului digestiv
 - D. Examinarea funcției de secreție a HCl de către stomac
 - E. Testul cu soluție de glucoză de 50%
23. CS. Semnul clinic principal al ulcerului peptic recidivant este:
- A. Pirozis
 - B. Dureri epigastrale
 - C. Grețuri și vomă
 - D. Pierdere ponderală
 - E. Constipații
24. CS. Care investigație va începe diagnosticul ulcerului peptic recidivant?
- A. Irigoscopia
 - B. Testul ureazic pentru aprecierea *Helicobacter pylori*
 - C. Examenul radiologic baritat al etajului superior al tractului digestiv
 - D. Examenul endoscopic
 - E. Studiarea secreției gastrice
25. CS. Operația de elecție în sindromul Zollinger-Ellison de tip II este:
- A. Rerezecție gastrică tip „Roux”
 - B. Rerezecție cu vagotomie tronculară
 - C. Vagotomie tronculară

- D. Gastrectomie totală indiferent de faptul înălăturării gastrinomei
E. Înălăturarea gastrinomei depistate
26. CS. Metoda de elecție în diagnosticul sindromului stomacului mic este:
- A. FEGDS
 - B. Biopsia stomacului
 - C. PH-metria gastrică
 - D. Examenul radiologic baritat
 - E. Toate cele enumerate
27. CS. Frecvența maladiilor stomacului operat este cuprinsă în limitele:
- A. 3-5%
 - B. 5-10%
 - C. 10-25%
 - D. 25-50%
 - E. 50-75%
28. CS. Disfagia în urma operațiilor pentru ulcere gastrice și duodenale este cauzată de:
- A. Rezeecția înaltă a stomacului
 - B. Anastomozită
 - C. Gastrita biliară de reflux
 - D. Denervarea esofagului
 - E. Vagotomia incompletă
29. CS. Sindromul dumping tardiv apare postprandial la:
- A. 30 min
 - B. 1 oră
 - C. 2-3 ore
 - D. 3-4 ore
 - E. 6 ore
30. CS. Albastrul de metil administrat per os poate fi util în diagnosticul:
- A. Diareei postvagotomice
 - B. Gastritei de reflux
 - C. Fistulei gastrojejunocolice
 - D. Gastrinomei
 - E. Sindromului dumping

31. CM. Pentru a stabili cauza ulcerului peptic recidivant sunt utile următoarele explorări:
- A. Esofagogastroduodenoscopia
 - B. Examenul biopsic
 - C. Dozarea gastrinemiei
 - D. Dozarea calciului seric
 - E. Testele de evaluare a secreției gastrice
32. CM. Tratamentul conservator preoperator al ulcerului peptic recidivant poate include:
- A. Antagoniști H_2
 - B. Diclofenac, cu scop de micșorare a edemului periulceros
 - C. Vitamine
 - D. Infuzii cu soluții de aminoacizi
 - E. Omeprazol
33. CM. Cauze ale ulcerului peptic recidivant sunt considerate următoarele, exceptând:
- A. Rezeția economă a stomacului
 - B. Gastroenteroanastomoza largă
 - C. Evacuarea continuă, rapidă a conținutului gastric
 - D. Hiperplazia celulelor parietale
 - E. Reflux-gastrita
34. CM. Enumerați operațiile în urma cărora poate surveni boala stomacului operat:
- A. Suturarea ulcerului perforat
 - B. Rezeția gastrică tip Bilioth-I
 - C. Gastrojejunoanastomoza pe ansa „omega”
 - D. Vagotomia tronculară cu excizia ulcerului și piloroplastie tip Djudd
 - E. Rezeția gastrică cu aplicarea gastrojejunoanastomozei pe ansa „omega”
35. CM. Enumerați afirmațiile corecte pentru sindromul Zollinger-Ellison:
- A. Simptomul dominant este hipersecreția acidului clorhidric
 - B. Se manifestă prin hipergastrinemie
 - C. Poate fi cauzat de tumoră de celule D pancreatice

- D. Poate fi cauzat de hiperplazia celulelor G ale mucoasei antrale
E. Gastrinomul poate fi localizat în peretele duodenului
36. CM. Hiperparatiroidia primară se manifestă prin:
A. Hiperclorhidrie
B. Hiperacalcemie
C. Fosfaturie
D. Adenomatoză endocrină multiplă
E. Osteocondroză a coloanei vertebrale
37. CM. Enumerați afirmațiile ce definesc corect gastrina:
A. Este produsă de celule G din mucoasa antrului
B. Este produsă de celulele D ale pancreasului
C. Nivelul seric la om sănătos este de 50-200 pg
D. Nivelul seric la om sănătos este de 500-600 pg
E. Se apreciază prin testul de stimulare maximă Key
38. CM. Semnele radiologice ale sindromului dumping sunt:
A. Stomac în formă de „pâlnie”
B. Refluxul duodeno-gastral
C. Pasajul grăbit pe intestinul subțire
D. Diaree peste 15 min de la administrarea masei baritate
E. „Prăbușirea” masei baritate din stomac în jejun
39. CM. Este caracteristic pentru gradul I al sindromului dumping:
A. Intensificarea pulsului cu 10-15 bătăi pe min după administrarea glucidelor
B. Scăderea TA cu 10-15 mm Hg
C. Ineficacitatea tratamentului conservator
D. Capacitate de muncă pierdută
E. Deficit de masă corporală 5 kg
40. CM. Cauzele sindromului cronic al ansei aferente sunt:
A. Stenoza ansei aferente
B. Gastrostaza postoperatorie
C. Denervarea duodenului
D. Maladsorbția intestinală
E. Stenoza ansei eferente

41. CM. Pentru sindromul acut al ansei aferente este caracteristic:
- A. Stenoza gastroduodenoanastomozei
 - B. Prezintă pericol pentru viața pacientului
 - C. Apare în urma invaginatului ansei aferente
 - D. Apare în urma cudurii ansei aferente
 - E. Apare în urma denervării duodenului
42. CM. Enumerați operațiile utile în sindromul acut al ansei aferente:
- A. Reduodenizare
 - B. Rerezecție cu refacerea GEA pe ansa în „Y” a la Roux
 - C. Jejunoduodenostomie
 - D. Reversiunea segmentului jejunal
 - E. Dezinvinagarea ansei aferente
43. CM. Enumerați sindroamele postvagotomice:
- A. Gastrostaza
 - B. Sindromul dumping tardiv
 - C. Duodenostaza
 - D. Sindromul cronic al ansei aferente
 - E. Sindromul dumping precoce
44. CM. Enumerați tipurile de maladsorbție postoperatorie:
- A. Gastrogenă
 - B. Enterogenă
 - C. Pancreatogenă
 - D. Hepatogenă
 - E. Endocrină
45. CM. Enumerați semnele clinice ale maladsorbției:
- A. Cașexie
 - B. Anemie
 - C. Hiperhidroza tegumentelor
 - D. Hirsutism
 - E. Steatoree
46. CM. Enumerați factorii favorizanți pentru instalarea diareei postvagotomice:
- A. Secreția minoră de HCl
 - B. Disbacterioza

- C. Hipergastrinemia
 - D. Dereglările de motilitate intestinală
 - E. Dereglări de metabolism al acizilor grași
47. CM. Enumerați cauzele ulcerului peptic recidivant după vagotomie:
- A. Secționarea incompletă a ramurilor gastrice ale nervilor vagi
 - B. Rezeția economă gastrică
 - C. Drenajul gastric neadecvat
 - D. Hipercalcemia
 - E. Hipergastrinemia
48. CM. Enumerați cauzele ulcerului peptic recidivant după rezeția gastrică Bilroth-II:
- A. Invazie cu *Helicobacter pylori*
 - B. Rezeția gastrică economă
 - C. Mucoasa antrală reziduală deasupra bontului duodenal
 - D. Hipergastrinemia
 - E. Maladsorbția
49. CM. Enumerați operațiile inutile în caz de ulcer peptic recidivant cauzat de mucoasa antrală reziduală deasupra bontului duodenal:
- A. Micșorarea dimensiunilor gastroenteroanastomozei
 - B. Reduodenizare
 - C. Rezeția porțiunii antrale deasupra duodenului
 - D. Reduodenizare prin gastrojejunoduodenoplastie
 - E. Reconstrucția anastomozei din Bilroth-II în Bilroth-I
50. CM. Enumerați operațiile utile în tratamentul sindromului dumping:
- A. Reversiunea segmentului jejunal
 - B. Gastrojejunoplastie izoperistaltică
 - C. Jejunoduodenostomie
 - D. Reconstrucția anastomozei din Bilroth-II în Bilroth-I
 - E. Rerezeție subtotală
51. CM. Tabloul clinic al sindromului Zollinger-Ellison include:
- A. Diaree
 - B. Ulcere refractare la tratament standard
 - C. Sindromul algic pronunțat, ce se supune greu tratamentului anti-ulceros standard

- D. Constipațiile
 - E. Leucopenia
52. CM. Care dintre simptomele enumerate mai jos caracterizează ulcerul duodenal?
- A. Dureri epigastrale
 - B. Simptome dispeptice
 - C. Xerostomie
 - D. Alternanța diaree-constipație
 - E. Meteorism
53. CM. Numiți factorii ulcerogeni în patogenia bolii ulceroase:
- A. Prezența *Helicobacter pylori*
 - B. Hipersecreția HCl
 - C. Hiperproducere de pepsină
 - D. Mărirea secreției de bicarbonați
 - E. Mărirea sintezei de prostaglandine
54. CM. Care sunt semnele caracteristice pentru sindromul dumping?
- A. Palpitații postprandiale
 - B. Astenie fizică pronunțată postprandială
 - C. Disfagie
 - D. Necesitatea în alimentație lichidă
 - E. Ameliorarea stării în poziție verticală
55. CM. Enumerați patologiile cu risc oncologic:
- A. Ulcerul duodenal
 - B. Gastrita cronică a bontului gastric
 - C. Duodenita cronică
 - D. Sindromul ansei aferente
 - E. Ulcerul gastric
56. CM. Indicațiile polipectomiei endoscopice sunt:
- A. Adenoame gastrice ce au devenit maligne
 - B. Mărirea până la 20 mm
 - C. Polip hiperplazic
 - D. Mărirea mai mult de 20 mm
 - E. Formațiune protruzivă cu bază mare de implantare

57. CM. Influența fumatului în ulcerul gastro-duodenal:
- Scăderea fumatului în ultimii 20 de ani a redus incidența ulcerelor refractare
 - Este considerat agentul etiologic
 - Inhibă sinteza leucotrienelor în stomac și duoden
 - Scade secreția de mucus gastric
 - Scade secreția de bicarbonat din pancreas, stomac și vezica biliară
58. CM. Sindromul dispeptic de tip ulceros:
- Este specific doar pentru ulcerul gastric, nu și duodenal
 - Cancerul gastric poate evolua cu astfel de simptome, doar că e ulcerat
 - Ulcerul duodenal se poate manifesta prin durere calmată de alimentație
 - Durerea este caracterizată prin ritmicitate: perioadele libere alternând cu perioadele dureroase
 - Durerile care apar la 60 de minute după masă sugerează ulcer gastric

**KEY: CHIRURGIA BOLII ULCEROASE.
BOALA STOMACULUI OPERAT**

1.C; 2.B; 3.E; 4.D; 5.A; 6.E; 7.A; 8.E; 9.A; 10.C; 11.D; 12.E; 13.C; 14.B; 15.C; 16.C; 17.A; 18.A; 19.A; 20.C; 21.C; 22.E; 23.B; 24.D; 25.D; 26.D; 27.C; 28.D; 29.C; 30.C; 31.ABCDE; 32.ABCDE; 33.BC; 34.BDE; 35.ABCDE; 36.ABCD; 37.ABC; 38.ACDE; 39.ABE; 40.ACE; 41.BCD; 42.BC; 43.AC; 44.ABCDE; 45.ABE; 46.ABDE; 47.AC; 48.BC; 49.ABDE; 50.ABD ; 51.ABC; 52.ABC; 53.ABC; 54.AB; 55.BE; 56.AB; 57.ABD; 58.CE.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacient de 42 de ani acuză dureri epigastrale cu iradiere lombară, care se accentuează în timpul nopții, pirozis și vome periodice. În ultimele 6 luni a fost spitalizat repetat în secția chirurgie din cauza hemoragiilor gastrice.

Cu 3 ani în urmă a suportat rezecție gastrică procedeu Bilioth-II, pentru ulcer duodenal.

Examenul obiectiv: stare generală satisfăcătoare, troficitate moderată; tegumentele roz-pale. Sistemele respirator și cardiovascular fără particulărități. Datele de laborator în limitele normei.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Novocaini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Ulcerul peptic al gastroenteroanastomozei*

2. Pacientă de 38 de ani acuză pirosis, vome periodice, dureri permanente în epigastru. Starea s-a agravat considerabil acum 3 săptămâni, când au apărut eructații, vome zilnice cu miros fetid, scaune diareice, pierdere ponderală semnificativă.

Cu 2 ani în urmă a suportat rezecție gastrică procedeu Hofmeister Finsterer pentru ulcer piloric. Postoperator a urmat o perioadă de ameliorare aproximativ 2 ani, după care treptat au apărut acuzele sus-numite. Masele vomitante sunt în cantități mici cu miros neplăcut.

Examenul obiectiv: stare generală gravă. Pacientă subponderală, este adinamică, istovită, picioarele sunt edemate. Limba cu depuneri albicioase. Abdomenul moale, dureri în epi- și mezogastru, unde se determină un conglomerat fără limite clare. TA – 100/64 mm Hg. Puls – 86 băt./min. Hb – 84 g/l; Er. – 2,6; proteina generală – 53 g/l, steatoree.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.

4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Novocaini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Fistulă gastrojejunocolică*

PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A FICATULUI

1. CS. Numărul de segmente hepatice constituie:
 - A. 2
 - B. 6
 - C. 8
 - D. 4
 - E. 10
2. CS. Segmentația Couinaud se bazează pe distribuția:
 - A. Arborelui biliar
 - B. Arterei hepatice
 - C. Venei portă
 - D. Venei hepatice
 - E. Pediculului Glissonian
3. CS. Segmentația Brisbane se bazează pe distribuția:
 - A. Arborelui biliar
 - B. Arterei hepatice
 - C. Venei portă
 - D. Venei hepatice
 - E. Pediculului Glissonian
4. CS. Explorarea imagistică de rutină în patologia chirurgicală a ficatului include:
 - A. PET CT
 - B. Ecografia abdominală
 - C. Eco-Dopplerul color
 - D. Rezonanța magnetică nucleară
 - E. Tomografia computerizată
5. CS. Ecografia Doppler color a ficatului are ca scop:
 - A. Determinarea numărului și volumului tumorilor
 - B. Determinarea gradului de steatoză și fibroză hepatică
 - C. Determinarea datelor despre debitul de circulație sangvină
 - D. Determinarea morfologiei și volumului hepatic
 - E. Determinarea segmentației hepatice

6. CS. Cea mai frecventă etiologie a abceselor hepatice este:
 - A. Calea biliară
 - B. Calea arterială
 - C. Calea portală
 - D. Extensia locală
 - E. Abcesele criptogene
7. CS. Pe baza cărui diagnostic de chist hidatic hepatic se va interveni chirurgical?
 - A. Epidemiologic
 - B. Clinic
 - C. Imunologic
 - D. Imagistic
 - E. Biologic
8. CS. Tratamentul chirurgical de elecție în chistul hidatic hepatic include:
 - A. Rezecție hepatică
 - B. Drenaj extern al cavității chistului
 - C. Drenaj extern al cavității chistului
 - D. Perichistectomie maximală
 - E. Chistjejunostomie
9. CS. Tumoare epitelială hepatică este:
 - A. Hemangiomul cavernos
 - B. Teratomul
 - C. Hiperplazia nodulară focală
 - D. Hamartomul
 - E. Adenomul hepatocitar
10. CS. Cele mai des întâlnite tumori benigne hepatice sunt:
 - A. Hemangiomul cavernos
 - B. Teratomul
 - C. Hiperplazia nodulară focală
 - D. Hamartomul
 - E. Adenomul hepatocitar
11. CS. Operația necesară în hemangiomul hepatic este:
 - A. Hepatectomie dreapta sau stânga

- B. Rezeecție hepatică anatomică
 - C. Rezeecție hepatică nonanatomică
 - D. Enuclearea tumorii
 - E. Hemangiomectomie
12. CS. Operația necesară în Hiperplazia Nodulară Focală este:
- A. Hepatectomie dreapta sau stânga
 - B. Rezeecție hepatică anatomică
 - C. Rezeecție hepatică nonanatomică
 - D. Enuclearea tumorii
 - E. Hemangiomectomie
13. CS. Operația necesară în colangiocarcinomul intrahepatic este:
- A. Hepatectomie dreapta sau stânga
 - B. Rezeecție hepatică anatomică
 - C. Rezeecție hepatică nonanatomică
 - D. Enuclearea tumorii
 - E. Hemangiomectomie
14. CS. Operația necesară în chisturile hepatice neparazitare este:
- A. Fenestrarea chistului
 - B. Chistjeunoanastomoză
 - C. Rezeecție hepatică anatomică
 - D. Rezeecție hepatică nonanatomică
 - E. Enuclearea chistului
15. CS. Tratamentul principal al tumorilor hepatice include:
- A. Chimioterapie sistemică
 - B. Chimioterapie pe cale arterială
 - C. Criodistrucție
 - D. Rezeecție chirurgicală
 - E. Distrucție prin radiofrecvență
16. CS. Pentru a mări volumul hepatic se folosește următoarea metodă:
- A. Chimioembolizare arterială
 - B. TIPS
 - C. Pulsterapie cu Sol. Pednisolon
 - D. Radiofrecvență locală
 - E. Embolizarea venei portă

17. CS. Volumetria hepatică include:
 - A. Determinarea volumului țesutului hepatic
 - B. Determinarea volumului fluxului portal
 - C. Determinarea volumului fluxului arterial
 - D. Determinarea volumului fluxului venos
 - E. Determinarea volumului fluxului biliar
18. CS. Manevra Pringle constă în:
 - A. Torsiunea hemifecatului drept în plaga operatorie
 - B. Torsiunea hemifecatului stâng în plaga operatorie
 - C. Suspendarea ficatului în plaga operatorie
 - D. Clamparea pediculului hepatic
 - E. Izolarea triunghiului de atac
19. CS. Metoda diagnostică de elecție în colangiocarcinom este:
 - A. Tomografia computerizată simplă
 - B. Rezonanța magnetică regim colangiografie
 - C. Tomografia computerizată regim multislice
 - D. Ecografia cu contrast
 - E. Eco-Dopplerul color
20. CS. Complicația rezecției hepatice include:
 - A. Ciroză hepatică
 - B. Alveococoză hepatică
 - C. Steatoză hepatică
 - D. Tromboză portală
 - E. Tromboză biliară
21. CS. Chimioembolizarea în CHC se va efectua prin:
 - A. Vena hepatică
 - B. Vena portă
 - C. Artera hepatică
 - D. Coledoc
 - E. Vena ombilicală
22. CS. Metastazele cancerului colorectal în ficat:
 - A. Sunt contraindicații absolute pentru rezecție hepatică
 - B. Sunt considerate ca st. IV și sunt supuse doar chimioterapiei sistemice

- C. Necesită de a fi rezecate
 - D. Chimioterapia sistemică este contraindicată
 - E. Pacientul este incurabil
23. CS. Modalitatea necesară de rezecție a tumorilor hepatice:
- A. R0
 - B. R1
 - C. R2
 - D. R ½
 - E. R ¾
24. CS. Capsula hepatică, care se prelungește de pe suprafață pe pedicul și în interiorul ficatului, este:
- A. Capsula Cantlie
 - B. Capsula Couninaud
 - C. Capsula Goldsmith
 - D. Capsula Glisson
 - E. Capsula Claude
25. CS. Rezecția chirurgicală a tumorilor hepatice la pacienți cirofici:
- A. Este contraindicată
 - B. Este indicată doar în Child C
 - C. Este indicată doar în Child A
 - D. Varicele esofagiene nu influențează asupra alegerii metodei de tratament chirurgical
 - E. Nu influențează asupra supraviețuirii
26. CM. Anatomia ficatului include:
- A. Lobul drept
 - B. Lobul stâng
 - C. Lobul intermediar
 - D. Lobul caudat
 - E. Lobul pătrat
27. CM. Terminologia Brisbane include următoarele secțiuni ale ficatului:
- A. Secțiunea inferioară dreapta
 - B. Secțiunea anterioară dreapta
 - C. Secțiunea posterioară dreapta
 - D. Secțiunea laterală stânga
 - E. Secțiunea medială stânga

28. CM. Patologia chirurgicală a ficatului include:
- A. Tumorile hepatice maligne
 - B. Metastazele hepatice ale cancerului colorectal
 - C. Sidromul Budd-Chiari
 - D. Boala Karoli
 - E. Sindromul Reynaud
29. CM. Chisturi parazitare ale ficatului sunt:
- A. Opistorhoza hepatică
 - B. Alveococoza hepatică
 - C. Ascaridoză hepatică
 - D. Echinococoza hepatică
 - E. Lamblioza hepatică
30. CM. Complicații ale chistului hidatic sunt:
- A. Abcedarea chistului
 - B. Icterul mecanic
 - C. Reacția alergică
 - D. Malignizarea
 - E. Eruperea în organele adiacente
31. CM. Indicații ale echinococectomiei deschise sunt:
- A. Supurația chistului hidatic hepatic
 - B. Calcificarea chistului hidatic hepatic
 - C. Prezența unei fistule biliare
 - D. Situația anatomică a chistului nefavorabilă pentru bolnav și chirurg
 - E. Prezența cirozei hepatice
32. CM. Alveococoza alveolară:
- A. Are o evoluție lentă
 - B. Diagnosticul întâmpină dificultăți
 - C. Este o tumoră malignă
 - D. Are creștere invazivă și prognostic sumbru
 - E. Puncția-lavaj peritoneală este soluția optimă de tratament
33. CM. Tratamentul posibil al hematomului subcapsular al ficatului include:
- A. Puncția și evacuarea hematomului

- B. Incizia capsulei și evacuarea hematomului
 - C. Evacuarea hematomului și diatermocoagularea zonei respective
 - D. Drenajul cavității peritoneale
 - E. Abținerea de la orice manevre și închiderea cavității peritoneale
34. CM. Hemobilia poate fi reprezentată prin:
- A. Colică hepatică
 - B. Icter
 - C. Hemoragie în tractul digestiv
 - D. Hepatomegalie
 - E. Melenă
35. CM. Chistul hepatic neparazitar se afirmă prin:
- A. Debut acut
 - B. Poate fi posttraumatic
 - C. Adesea este asimptomatic
 - D. Puncția ecoghidată este soluția optimă de tratament
 - E. Pot surveni unele complicații evolutive
36. CM. Gazda intermediară pentru *Echinococcus granulosus* poate fi:
- A. Oaia
 - B. Porcul
 - C. Omul
 - D. Câinele
 - E. Calul
37. CM. Care sunt principalele efecte adverse ale Escazolului?
- A. Leucopenie
 - B. Insuficiență renală
 - C. Aritmie cardiacă
 - D. Creștere reversibilă a aminotransferazelor
 - E. Nu are efecte adverse
38. CM. Tratamentul chirurgical al perichistului constă în:
- A. Reducerea cavității perichistului cu un tub de dren
 - B. Capitonajul cavității restante
 - C. Închiderea fără drenaj a cavității restante
 - D. Anastomoze chisto-digestive
 - E. Puncția-lavaj peritoneală

39. CM. Abcesul hepatic amebian se caracterizează astfel:
- A. Infestarea cu Entamoeba Histolitica se produce prin ingestia chisturilor din apa contaminată
 - B. Majoritatea chisturilor sunt solitare
 - C. Peste 75% dintre ele au ca sediu lobul drept hepatic
 - D. Reacția de hemaglutinare indirectă este pozitivă în 95% din cazuri
 - E. Este asimptomatic
40. CM. Cauzele hemoboliei sunt:
- A. Trauma ficatului
 - B. Tumoare a ficatului cu distrucție
 - C. Litiiza biliară
 - D. Sindromul Budd-Chiari
 - E. Sindromul Mirizzi
41. CM. Intervențiile chirurgicale pentru chistul hidatic sunt:
- A. Echinococectomie ideală
 - B. Perichistectomie totală
 - C. Perichistectomie subtotală
 - D. Fenestrarea chistului
 - E. Marsupializarea cavității chistului
42. CM. Tratamentul abcesului bacterian hepatic constă în:
- A. Evacuarea și drenajul abcesului
 - B. Simplă observație
 - C. Tratament antibacterian
 - D. Drenaj transcutan transhepatic al cavității abcesului
 - E. Transplant hepatic
43. CM. Tumori hepatice maligne sunt:
- A. Hemangiomul
 - B. Hepatoblastomul
 - C. Colangiocarcinomul
 - D. Carcinomul hepatocelular
 - E. Hiperplazia nodulară focară
44. CM. Algoritm diagnostic al tumorilor hepatice include:
- A. Sonografia abdominală

- B. Determinarea markerilor tumorali AFP și CEA
 - C. Tomografia computerizată abdominală cu contrast
 - D. Scintigrafia hepatică
 - E. FibroScan-ul
45. CM. Tratatamentul posibil în cazul carcinomului hepatocelular constă în:
- A. Rezecție chirurgicală
 - B. Transplant hepatic
 - C. Terapie antivirală
 - D. Ablajie prin radiofrecvență
 - E. Chimioembolizare transarterială
46. CM. Clasificarea rezecțiilor hepatice include:
- A. Rezecție anterogradă
 - B. Rezecție atipică
 - C. Rezecție retrogradă
 - D. Rezecție anatomică
 - E. Hepatectomie reglată
47. CM. Rezecția hepatică la pacienții cirofici:
- A. Este absolut contraindicată
 - B. Este indicată doar în Child A
 - C. Este indicație absolută
 - D. Rezerva morfofuncțională hepatică devine un factor important în tactica chirurgicală
 - E. HTP Gr. I nu este contraindicație pentru rezecție
48. CM. Enumerați metodele posibile de a mări volumul hepatic:
- A. Embolizarea arterei hepatice
 - B. Embolizarea venei portă
 - C. Ligaturarea venei portă
 - D. Ligaturarea arterei hepatice
 - E. Ligaturarea sau embolizarea venelor hepatice
49. CM. Tumori benigne hepatice sunt:
- A. Hepatoblastomul
 - B. Hemangiomul
 - C. Hepatomul
 - D. Hiperplazia nodulară focară
 - E. Hematomul

50. CM. Criteriile diagnostice în carcinomul hepatocelular includ:
- A. RMN cu contrast
 - B. Tomografia computerizată abdominală cu contrast
 - C. Alfa-fetoproteina
 - D. Antigenul carcinoembrionic
 - E. FibroScan-ul
51. CM. Criteriile diagnostice pentru metastaze hepatice ale cancerului colorectal includ:
- A. RMN cu contrast
 - B. Tomografia computerizată abdominală cu contrast
 - C. Alfa-fetoproteina
 - D. Antigenul carcinoembrionic
 - E. FibroScan-ul
52. CM. Criteriile diagnostice în colangiocarcinomul intrahepatic includ:
- A. Ecografia
 - B. RMN în regim colangiografie
 - C. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
 - D. Alfa-fetoproteina
 - E. Antigenul carcinoembrionic

KEY: PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A FICATULUI

1.C; 2.C; 3.B; 4.B; 5.C; 6.C; 7.C; 8.A; 9.E; 10.E; 11.D; 12.C; 13.A; 14.A; 15.D; 16.E; 17.A; 18.D; 19.B; 20.D; 21.C; 22.C; 23.A; 24.D; 25.C; 26.ABDE; 27.BCDE; 28.ABCD; 29.BD; 30.ABCE; 31. ACD; 32.ABD; 33.ABC; 34.CD; 35.BCDE; 36.ABCE; 37.AD; 38.ABCD; 39.ABCD; 40.AB; 41.ABCE; 42.ACD; 43.BCD; 44. ABCD; 45.ABDE, 46.BDE; 47.BDE; 48.BD; 49.BCD; 50.ABC; 51.ABD; 52.ABC.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientul M., de 41 de ani, vânător, acuză senzație de greutate sub rebordul costal drept. Alte acuze nu prezintă. Din anamneză s-a constatat că deseori apar erupții cutanate de tip urticarie și prurit cutanat. La palpare ficatul +3 cm sub rebordul costal drept, marginea rotundă, abdomenul indolor. Temperatura corpului normală. La USG în ficat se determină o

formațiune chistică, iar la radiografia toracelui ascensiunea cupolei drepte a diafragmului.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce program de investigare veți realiza pentru stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?
7. În ce constă programul curativ. Argumentați indicațiile pentru tratamentul chirurgical.
8. Ce metode chirurgicale pot fi utile în tratamentul acestei maladii?
9. Prescrieți rețeta – Ciprinoli, din foaia de prescripții.
10. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: *Infecție hepatică cu Echinococcus granulosis*

2. La 10 zile după apendicectomie pentru apendicită distructivă, pacientul, un bărbat de 53 de ani, este internat în stare gravă cu febră, frisoane, transpirații profuze, astenie, anorexie, dureri în hipocondrul drept cu iradiere scapulară. Examenul clinic relevă: icter sclerotegegmentar, abdomen dureros la palpare. În epigastru și hipocondrul drept hepatomegalie. Febră – 39,2°C, Er. – $2,8 \times 10^{12}/l$, Hb – 100 g/l, Le – $18 \times 10^9/l$, devierea formulei leucocitare spre stânga. Bilirubinemia, fosfataza alcalină și transaminazele moderat crescute. La examenul fizic se constată matitate la baza hemitoracelui drept și diminuarea murmurului vezicular. Examenul ecografic atestă o formațiune lichidiană heterogenă în lobul drept.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce program de investigare veți realiza pentru stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?

7. În ce constă programul curativ? Argumentați indicațiile pentru tratamentul chirurgical.
8. Ce metode chirurgicale pot fi utile în tratamentul acestei maladii?
9. Prescrieți rețeta – Ciprinoli, din foaia de prescripții.
10. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: *Abces hepatic*

HEMORAGIILE DIGESTIVE

1. CS. Cauza dominantă a hemoragiei digestive superioare este:
 - A. Esofagitele peptice
 - B. Angiodisplaziile
 - C. Patologia ulceroasă
 - D. Tumorile digestive
 - E. Hemobiliile
2. CS. Endoscopia digestivă superioară în urgență se face:
 - A. La un pacient cu rectocolită ulceroasă
 - B. Pentru golirea stomacului prin perfuzie cu amoxicilină
 - C. La un pacient instabil hemodinamic
 - D. În scop diagnostic, prognostic și terapeutic
 - E. În scop exclusiv terapeutic
3. CS. În clasificarea Forrest a hemoragiilor digestive superioare, scorul Forrest IB semnifică:
 - A. Hemoragie în pânză
 - B. Vas vizibil nehemoragic
 - C. Cheag aderent
 - D. Pete pigmentare
 - E. Hemoragie în jet
4. CS. Hemoragia digestivă superioară este definită ca hemoragie provenită din tubul digestiv situat:
 - A. În aval de unghiul duodenojejunal
 - B. În aval de flexura splenică
 - C. În aval de valvula ileocecală
 - D. În amonte de unghiul duodenojejunal
 - E. În aval de flexura hepatică
5. CS. La un pacient cu hemoragie digestivă inferioară cu colonoscopie normală și hemoragie, care persistă și este abundentă, se va avea în vedere efectuarea de urgență a:
 - A. Tomografiei computerizate
 - B. Rezonanței magnetice nucleare
 - C. Arteriografiei celiomezenterice

- D. Examinării cu videocapsulă endoscopică
 - E. Laparoscopiei diagnostice
6. CS. Când pierderea de sânge în HDS constituie 40% din volumul sangvin, apare:
- A. Șoc cu tahicardie accentuată
 - B. Hipotensiune
 - C. Paloare
 - D. Piele rece
 - E. Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte
7. CS. Care dintre următoarele patologii reprezintă cauze frecvente de HDS:
- A. Hipertensiunea portală
 - B. Esofagita peptică
 - C. Epistaxisul posterior
 - D. Neoplasmul gastric
 - E. Sindromul Mallory-Weiss
8. CM. În hemoragia digestivă superioară persistentă, indicații de esofagogastroduodenoscopie sunt:
- A. Anticiparea unei intervenții chirurgicale
 - B. Anticiparea unei angiografii
 - C. Suspiciunea de varice hemoragice
 - D. Prezența hemoroizilor
 - E. Toate răspunsurile de mai sus
9. CS. Hematemeza se definește ca:
- A. Vărsătură cu sânge
 - B. Exteriorizare de scaune negre
 - C. Exteriorizare de scaune fără sânge
 - D. Vărsătură fără sânge
 - E. Vărsătură cu sânge și exteriorizare de scaune cu sânge
10. CS. Sindromul Mallory-Weiss NU:
- A. Are un prognostic nefavorabil
 - B. Prezintă rectoragii repetate
 - C. Apare după eforturi de vărsătură
 - D. Prezintă fitobezuar gastric
 - E. Reprezintă o ruptură longitudinală supracardială

11. CM. Cauze rare de leziuni esofagiene hemoragice sunt:
 - A. Esofagitele
 - B. Cancerul esofagian
 - C. Gastritele
 - D. Duodenitele
 - E. Ulcerul gastric
12. CS. Identificarea locului de sângerare în HDS se face cel mai bine cu ajutorul:
 - A. Examenului cu pastă baritată
 - B. Radiografiei abdominale simple
 - C. Esofagogastrroduodenoscopiei
 - D. Colonoscopiei
 - E. Rectoscopiei
13. CM. Cauze de hemoragie digestivă inferioară legate de intestinul subțire sunt:
 - A. Apendicita acută
 - B. Ulcerațiile Crohn
 - C. Hemopatiile maligne
 - D. Infecțiile abdominale
 - E. Tumorile colorectale
14. CM. Cauze rare de hemoragie digestivă superioară sunt:
 - A. Esofagita peptică
 - B. Hemobiliile
 - C. Ulcerațiile Dieulafoy
 - D. Tumorile
 - E. Hipertensiunea portală
15. CM. Diagnosticul diferențial în caz de hemoragie digestivă superioară se impune cu:
 - A. Cancerul rectal
 - B. Hemoptizia
 - C. Sângerarea de origine ORL
 - D. Vărsăturile cu conținut de culoare roșie (vin, sfeclă roșie)
 - E. Anevrismul de arteră mezenterică

16. CM. La pacienții cu leziuni ulcerate gastroduodenale complicate cu hemoragie digestivă superioară, în caz de eșec repetat al tratamentului endoscopic, se recomandă:
 - A. Embolizare arterială pe cale radiologică
 - B. Intervenție chirurgicală
 - C. Tratament injectabil cu inhibitori ai pompei de protoni
 - D. Administrare intravenoasă de hemostatice
 - E. Tratament cu sucralfat în doză de 4 grame pe zi
17. CM. Hemoragia digestivă inferioară se caracterizează prin:
 - A. Sursa sângerării este în aval de unghiul duodeno-jejunal
 - B. Se manifestă prin hematemeză
 - C. Rar hemoragii diverticulare
 - D. Se manifestă prin rectoragii
 - E. Frecvent sursa sângerării este sindromul Zollinger- Ellison
18. CM. Hemostaza endoscopică în cazul ulcerului gastroduodenal hemoragic se poate realiza prin următoarele:
 - A. Administrare de ser adrenalinat
 - B. Ligaturi elastice pentru ulcer
 - C. Metode termice
 - D. Clips-uri pentru varicele esofagiene
 - E. A, C și D sunt variante incorecte
19. CM. Referitor la HDS, sunt adevărate următoarele afirmații:
 - A. Sursa sângerării se află în amonte de unghiul duodeno-jejunal
 - B. Nu generează niciodată instabilitate
 - C. Este frecvent gravă
 - D. Se manifestă prin hematemeză
 - E. Una dintre cauzele frecvente este esofagita peptică
20. CM. Care dintre următoarele afirmații despre HDS sunt adevărate?
 - A. Clasificarea Forrest ghidează tratamentul farmacologic
 - B. Cele din clasa Forrest IIC și III primesc tratament cu IPP p.o
 - C. În cazul celor din clasa Forrest IIC, se poate folosi ser adrenalinat
 - D. În cazul celor din clasele Forest IA-B se administrează tratament i/v cu IPP timp de 72 de ore
 - E. În cazul celor din clasele IIA-B, se administrează tratament i/v cu IPP timp de 24 de ore

21. CS. Sindromul Mallory -Weiss se caracterizează prin:
 - A. Rectoragie
 - B. Prognostic nefavorabil
 - C. Apare secundar efortului de vărsătură
 - D. Reprezintă frecvent o complicație a cirozei
 - E. Se instituie tratament hepatoprotector
22. CS. Sfâșierea mucoasei apare în sindromul Mallory-Weiss în regiunea:
 - A. Duodenului
 - B. Esofago-gastrică
 - C. Colonului
 - D. Jejunului
 - E. Ileonului
23. CM. Care dintre patologii reprezintă cauze rare de hemoragie digestivă superioară?
 - A. Ulcerațiile Dieulafoy
 - B. Tumorile
 - C. Wirsungoragiile
 - D. Esofagita peptică
 - E. Hemobilia
24. CM. Cele mai frecvente cauze de HDS sunt:
 - A. Fisura anală
 - B. Ulcerația peptică
 - C. Gastrita erozivă
 - D. Hemoroizii
 - E. Varicele esofagiene
25. CM. Endoscopia digestivă superioară are următoarele roluri:
 - A. Diagnostic
 - B. Scăderea hipertensiunii portale
 - C. Prognostic
 - D. Terapeutic
 - E. Golirea stomacului
26. CM. Semnele asociate sângerării din varicele esofagiene ar putea fi:
 - A. Tahicardia posturală usoară

- B. Bradicardia
 - C. Episoadele de fibrilație atrială paroxistică
 - D. Alcaloza metabolică
 - E. Șocul hemoragic
27. CM. Tratamentul hemoragiilor acute la nivelul varicelor eso-gastrice include:
- A. Heparina
 - B. Vasopresina
 - C. Scleroterapia
 - D. Ligaturile endoscopice
 - E. Papaverina
28. CM. Hemoragiile digestive inferioare ale intestinului subțire pot fi cauzate de:
- A. Ulcerațiile din boala Crohn
 - B. Diverticulul Meckel
 - C. Ulcerațiile Dieulafoy
 - D. Ulcerațiile legate de AINS
 - E. Sindromul Mallory-Weiss
29. CS. Hemoragia digestivă din cancerul de colon este caracterizată de:
- A. Asociază frecvent rectoragia
 - B. Silențiul abdominal
 - C. Disfagie
 - D. Este cea mai frecventă cauză de hemoragii digestive inferioare
 - E. Se manifestă deseori prin trombocitopenie
30. CM. În hemoragiile digestive inferioare se recomandă capsula endoscopică dacă:
- A. Hemoragia este abundentă și colonoscopia negativă
 - B. Hemoragia este mică și persistă, iar colonoscopia este negativă
 - C. Hemoragia s-a oprit, iar colonoscopia este negativă
 - D. Este suspectată o diverticuloză colonică
 - E. Nu se poate diferenția între HDI și HDS
31. CM. În hemoragia digestivă gravă reanimarea constă în:
- A. Monitorizare cardiacă, tensională și a saturației
 - B. Administrare de octreotid i/v

- C. Administrarea heparinelor cu greutate moleculară mică
 - D. Umplere vasculară sau transfuzie
 - E. Oxigenoterapie
32. CM. Care este tratamentul hemoragiei digestive superioare?
- A. Inhibitori ai pompei de protoni per os, pentru hemoragie în jet
 - B. Droguri vasoactive splanhnice (octreotid), în caz de hipertensiune portală cunoscută sau suspectată
 - C. Drenare nazobiliară
 - D. Ligaturi elastice pentru varicele esofagiene
 - E. Metode termice
33. CM. Indicatori ai unei hemoragii digestive superioare masive sunt:
- A. Bradicardia în repaus
 - B. Azotemia
 - C. Rectoragia
 - D. Continuarea hemoragiei sau resângerări în timpul endoscopiei
 - E. Tahicardie în repaus
34. CM. Leziunea Dieulafoy (cauza de hemoragie digestivă):
- A. Reprezintă o lacerăție a mucoasei în porțiunea inferioară a esofagului
 - B. Se datorează creșterii presiunii intraluminală în legătură cu efortul de vomă
 - C. Este în legătură cu hepatopatiile severe
 - D. Se caracterizează prin hemoragii gastrice recidivante a caror sursă nu este identificată, neexistând leziuni ulcerative
 - E. Este precedată, de obicei, de hemoragia heraldică
35. CM. Farmacoterapia ca măsură de stopare a hemoragiei în varicele hemoragice constă în:
- A. Octreotid
 - B. Ghepral
 - C. Beta-blocante
 - D. Peghintron
 - E. Factor uman recombinant VIIa
36. CS. Conform clasificării Forrest în HDS tipul I reprezintă:
- A. Sângerare continuă în pânză

- B. Sângerare în jet
 - C. Vas de sânge vizibil nesângerând
 - D. Cheag de sânge aderent
 - E. Leziuni fără stigmat de sângerare recentă
37. CM. Dintre cauzele de HDS prin malformații arteriale sau venoase fac parte:
- A. Sindromul Mallory-Weiss
 - B. Sindromul Osler-Rendu-Weber
 - C. Sindromul Zollinger-Ellison
 - D. Leziunea Dieulafoy
 - E. Fistula aorto-enterică
38. CS. Tratamentul sângerărilor prin ruptura varicelor esofagiene se face cu:
- A. Somatostatină
 - B. Lactuloză
 - C. Ursofalk
 - D. Silimarină
 - E. Colchicină
39. CS. Pentru tratarea hemoragiei determinată de gastropatia portal-hipertensivă prin ciroză NU se utilizează:
- A. Propranolol
 - B. Blocanți de H_2
 - C. Protectoare de mucoasă gastrică
 - D. Săruri de aluminiu
 - E. Prostaglandine cu efect citoprotector
40. CM. Care dintre următoarele medicamente se folosesc în tratamentul hemoragiei din varicele esofagiene?
- A. Octreotid
 - B. Nitroglicerină
 - C. Beta-blocante
 - D. Blocante ale canalelor de calciu
 - E. Somatostatină
41. CS. Asociat vasopresinei, în sângerarea din varice esofagiene se mai folosesc:
- A. Octreotidul

- B. Nitroglicerina în perfuzie venoasă
 - C. Nitroprusiatul de sodiu
 - D. Metronidazolul
 - E. Diazoxidul
42. CS. Octreotidul utilizat în hemoragiile varicelor esogastrice este:
- A. Vasodilatator splanhnic
 - B. Anestezic local
 - C. Sedativ
 - D. Blocant al receptorilor H_1
 - E. Vasoconstrictor splanhnic direct
43. CM. Metodele de profilaxie a recidivelor hemoragice la bolnavii cu varice esofagiene sunt:
- A. Tratamentul cu doze de propranolol care să scadă cu un sfert frecvența cardiacă
 - B. Inhibitorii de H_2 -receptori în doze mari
 - C. Șuntul porto-sistemic transjugular intrahepatic
 - D. Șunturile chirurgicale porto-sistemice
 - E. Omeprazolul în administrare cronică
44. CM. Alegeți caracteristicile clinice corecte ale sângerărilor variceale esogastrice:
- A. Au loc adesea datorită unor factori precipitanți
 - B. De obicei, se prezintă ca o hematemă nedureroasă, masivă
 - C. Semnele asociate merg de la tahicardie posturală usoară până la șoc
 - D. Pacienții cu varice pot sângera și datorită existenței altor leziuni gastrointestinale
 - E. La pacienții cu hemoragii anterioare nu e necesară excluderea altor surse de sângerare
45. CS. Cu privire la hemoragia digestivă superioară prin ruptura varicelor esofagiene sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. 80% din cazuri se opresc spontan
 - B. Controlul terapeutic al sângerării se obține la 50% din cazuri
 - C. Resângerarea apare la mai puțin de 50% din cazuri
 - D. 50% din cazurile de hemoragii digestive se opresc spontan
 - E. Tratamentul medicamentos constă în folosirea vasopresinei și somatostatinei

46. CM. Metodele de profilaxie a recidivelor hemoragice la bolnavii cu varice esofagiene sunt:
- Tratamentul cu doze de propranolol care să scadă cu un sfert frecvența cardiacă
 - Inhibitorii de H_2 -receptori în doze mari
 - Șuntul porto-sistemic transjugular intrahepatic
 - Șunturile chirurgicale porto-sistemice
 - Omeprazolul în administrare cronică

KEY: HEMORAGIILE DIGESTIVE

1.C; 2.D; 3.A; 4.D; 5.C; 6.E; 7.A; 8.ABC; 9.A; 10.C; 11.AB; 12.C; 13.BE; 14.BCD; 15.BCD; 16.AB; 17.AD; 18.ACD; 19.ABC; 20.ABD; 21.C; 22.B; 23.ABCE; 24.BE; 25.ACD; 26.AE; 27.BCD; 28.ABD; 29.A; 30.BC; 31.ADE; 32.BDE; 33.DE; 34.AB; 35.AC; 36.B; 37.BE; 38.A; 39.E; 40.ABCE; 41.B; 42.E; 43.ACD; 44.BCD; 45.D; 46.ABCD.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Bolnava V.M., 52 de ani, cu ciroză cronică, s-a internat în clinică în mod urgent cu tabloul clinic al unei hemoragii digestive superioare exteriorizată prin vome tip „zaț de cafea” și scaune melenice repetate. Criteriile Seufert de gravitate a hemoragiei sunt date de: AV – 100; TA – 100/60 băt./min.; Hb – 78; Ht – 30%; PVC – 2 cm H_2O ; Diureza – 40 ml/oră.

- Formulați diagnosticul prezumtiv.
- Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
- Efectuați diagnosticul diferențial.
- Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
- Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
- Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
- Formulați diagnosticul definitiv.
- Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/ sau chirurgical necesar.

9. Prescrieți rețeta – Pituitrină, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Ciroză hepatică. Hipertensiune portală II B. Hemoragie digestivă superioară variceală gravă*

2. Bolnavul P., vechi cirotic, se internează în serviciul de urgențe într-o stare generală alterată: tegumente palide reci, transpirații, hematemă, melenă, puls – 100/minut, Ts – 80 mmHg în clinostatism.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Octreotid în bolus i/v, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Ciroză hepatică Child B. Hipertensiune portală II B. Hemoragie variceală acută*

PANCREATITA CRONICĂ

1. CM. În patogeneza pancreatitei cronice alcoolice se întâlnesc următoarele ipoteze:
 - A. Ipoteza „Pancreatita cronică – boală inițială la nivelul canalelor mici”
 - B. Ipoteza leziunii acinare primare
 - C. Ipoteza metaboliților toxici
 - D. Ipoteza „necroză – fibroză”
 - E. Ipoteza duodenostazei
2. CM. Modificarea biochimismului sucului pancreatic în pancreatita cronică constă în:
 - A. Hipersecreția acinară de proteine
 - B. Hiposecreția acinară de proteine
 - C. Creșterea concentrației de calciu
 - D. Scăderea volumului secreției pancreatice
 - E. Scăderea concentrației bicarbonaților și a pH-ului
3. CM. Ce presupune ipoteza „metaboliților toxici” în patogenia pancreatitei cronice cauzate de alcool?
 - A. Alcoolul și metaboliții săi conduc la fenomenul de colocalizare a enzimelor digestive și lizozomale
 - B. Are loc creșterea secreției tripsinogenului, chimotripsinogenului, fosfatazei acide și catepsinei B
 - C. Activarea intrapancreatică a zimogenilor
 - D. Descărcarea canalară a enzimelor activate
 - E. Alcoolul și metaboliții săi scad secreția de enzime pancreatice
4. CM. Fibrogeneza țesutului pancreatic este determinată de:
 - A. Celulele stelate pancreatice
 - B. Factorul de creștere a țesutului conjunctiv
 - C. Citokine, precum TGF alfa, TGF beta, fibroblast growth factor 5
 - D. Inhibitorul tisular de metaloproteaze TIMP1
 - E. Celulele beta pancreatice

5. CM. Patogeneza pancreatitei cronice cauzate de duodenostază include următoarele momente:
 - A. Acumulare în duoden a reziduurilor alimentare, amestec supraagresiv de bilă, enzime, HCl
 - B. Creșterea presiunii intraduodenale
 - C. Refluxul conținutului din duoden în ductul pancreatic
 - D. Activarea enzimelor pancreatice în ductul Wirsung, inițial provocând pancreatită acută, cu evoluție spre pancreatită cronică
 - E. Compresia pancreasului de către duodenul dilatat
6. CS. Rolul central în procesul de fibroză a țesutului pancreatic aparține:
 - A. Celulelor stelate pancreatice
 - B. Celulelor alfa pancreatice
 - C. Celulelor beta pancreatice
 - D. Celulelor acinare
 - E. Celulelor ductale
7. CS. Deficitul cărei proteine în suc pancreatic se consideră a fi principalul factor responsabil pentru dezvoltarea pancreatitei cronice?
 - A. Litostatina
 - B. Tripsina
 - C. Insulina
 - D. Lactoferina
 - E. Somatostatina
8. CS. Care este simptomul major al pancreatitei cronice?
 - A. Durere
 - B. Cefalee
 - C. Diaree
 - D. Greață
 - E. Febră
9. CM. Selectați sindroamele de bază în tabloul clinic al pancreatitei cronice:
 - A. Sindromul algic
 - B. Sindromul de compartiment
 - C. Sindromul de hipertensiune biliară
 - D. Manifestările insuficienței endocrine a pancreasului
 - E. Sindromul hematologic

10. CM. Caracteristicile dereglărilor digestive în pancreatita cronică:
 - A. Sindromul de malabsorbție
 - B. Malabsorbție vitaminică
 - C. Creatoree
 - D. Steatoree
 - E. Absorbție normală a Vit.B₁₂
11. CM. Punctele dureroase în pancreatita cronică sunt:
 - A. Mayo-Robson
 - B. Cacia
 - C. Mallet-Guy
 - D. Desjardins
 - E. Brudzinsky superior
12. CM. Caracteristica durerilor în pancreatita cronică:
 - A. Durere colicativă
 - B. Durere permanent surdă
 - C. Durere sub rebordul costal stâng
 - D. Durere în regiunea ombilicală
 - E. Durere occipitală nocturnă
13. CM. Malabsorbția vitaminică în pancreatita cronică include vitaminele:
 - A. A
 - B. D
 - C. E
 - D. K
 - E. PP
14. CM. Factorii care provoacă sindromul algic în pancreatita cronică sunt:
 - A. Mărirea presiunii în sistemul ducturilor pancreatice
 - B. Apariția pseudochistului și inflamația perifocală
 - C. Inflamația în parenchimul pancreatic
 - D. Compresiunea trunchiurilor nervoase
 - E. Eliminarea liberă a sucului pancreatic în duoden
15. CM. În pancreatita cronică icterul se caracterizează prin:
 - A. Apariție bruscă
 - B. Simptomul Courvoisier pozitiv
 - C. Prurit cutanat persistent

- D. Fără sindrom algic
 - E. Sindrom algic intens
16. CM. Pe fundalul insuficienței exocrine a pancreasului se va instala:
- A. Inapetență
 - B. Eructații
 - C. Balonări
 - D. Flatulență
 - E. Poftă de mâncare crescută
17. CS. Cel mai informativ test direct pentru determinarea funcției exocrine pancreatice este:
- A. Testul secretină-pancreozimină
 - B. Testul Chilling dublu marcat
 - C. Testul hidrogenului respirator
 - D. Testul respirator la trigliceride
 - E. Determinarea grăsimilor fecale
18. CM. Simptomele clinice majore în pancreatita cronică sunt:
- A. Durere
 - B. Micșorarea ponderii corporale
 - C. Diaree
 - D. Sindromul de malabsorbție
 - E. Melenă
19. CM. În pancreatita cronică sindromul de malabsorbție se manifestă prin:
- A. Scădere ponderală
 - B. Steatoree
 - C. Balonări
 - D. Creștere ponderală
 - E. Creatoree
20. CM. Care produse se vor evita în pancreatita cronică?
- A. Alcoolul
 - B. Fructele
 - C. Alimentele grase
 - D. Alimentele picante
 - E. Terciurile

21. CS. Care dintre următoarele preparate este un analog al somatostatinei, însă are o acțiune mai îndelungată:
 - A. Famotidina
 - B. Ranitidina
 - C. Cimetidina
 - D. Octreotidul
 - E. Omeprazolul

22. CM. Enumerați grupurile de preparate necesare pentru tratamentul pancreatitei cronice în acutizare:
 - A. Glucocorticosteroizi
 - B. Antisecretoare
 - C. Antispastice
 - D. Enzime pancreatice
 - E. Analgezice

23. CM. În tratamentul pancreatitei cronice cu durere persistentă se include:
 - A. Dietă cu evitarea prânzurilor abundente bogate în grăsimi și proteine
 - B. Evitarea consumului de alcool
 - C. Terapia cu somatostatină
 - D. Morfina
 - E. Terapia cu enzime pancreatice

24. CM. În tratamentul sindromului algic în pancreatita cronică sunt eficiente următoarele medicamente:
 - A. Antiinflamatoare nesteroidiene
 - B. Analgezice nonopioide
 - C. Salicilați
 - D. Analgezice + narcotice
 - E. Riboxina

25. CM. În diagnosticul de laborator al pancreatitei cronice, testele de rutină vor include următoarele:
 - A. Hemograma și VSH
 - B. Examenul de urină
 - C. Glicemia
 - D. Bilirubinemia și Colesterolemia
 - E. Ferul seric

26. CM. Care dintre elementele propuse se analizează în cazul efectuării testului cu secretină-pancreozimină în diagnosticul pacreatitei cronice?
- A. Bicarbonații
 - B. Lipaza
 - C. Amilaza
 - D. Tripsinele
 - E. Leucinaminopeptidaza
27. CM. Care pot fi rezultatele testului cu secretină-pancreozimină în cadrul diagnosticului pancreatitei cronice?
- A. Insuficiența secretorie totală
 - B. Scăderea cantitativă a volumului secretului și al enzimelor
 - C. Scăderea calitativă a volumului bicarbonaților și enzimelor
 - D. Insuficiența fermentativă izolată
 - E. Creșterea cantitativă a secretului și a enzimelor
28. CM. Despre testele funcționale indirecte de evaluare a funcției pancreatice exocrine sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Mai ușor de realizat
 - B. Apreciază enzimele pancreatice în ser
 - C. Apreciază concentrația enzimelor în fecale
 - D. Unul dintre testele indirecte cele mai frecvente folosite este testul PABA
 - E. Testul secretină-pancreozimină nu este informativ
29. CM. Tipurile curbelor glicemice în testul toleranței la glucoză Ștaube-Taugot pot fi următoarele:
- A. Cu valori normale
 - B. Bicefotic
 - C. Iritativ
 - D. Diabetic
 - E. Tipul „șevii de pușcă”
30. CS. Metoda de elecție în diagnosticul fistulelor pancreatice este:
- A. Colangiopancreatografia retrogradă
 - B. Laparoscopia
 - C. Laparocenteza
 - D. Fistulografia
 - E. Radiografia abdominală

31. CS. În care caz de pseudochist pancreatic este indicată intervenția chirurgicală urgentă?
- A. Comprimarea stomacului
 - B. Prezența pseudochistului
 - C. Eruperea pseudochistului
 - D. Comprimarea duodenului
 - E. Prezența formațiunii de volum abdominale
32. CS. Alegeți intervenția optimală organomenajantă în cazul unui chist pancreatic format, neinfectat:
- A. Drenare externă
 - B. Marsupializarea chistului
 - C. Excizia capsulei
 - D. Chistjejunostomie
 - E. Pancreatectomie
33. CM. Tratamentul chirurgical al fistulei pancreatice include:
- A. Excizia fistulei cu aplicarea ligaturii la bază
 - B. Excizia fistulei cu rezecția țesutului pancreatic
 - C. Pancreatectomie totală
 - D. Excizia fistulei cu rezecția stângă a pancreasului
 - E. Anastomoze fistulodigestive
34. CM. Care dintre complicațiile enumerate ale pancreatitei cronice necesită intervenție chirurgicală?
- A. Chist pancreatic cu diametrul mai mare de 5 cm
 - B. Obstrucție biliară
 - C. Litiază wirsungiană cu dilatarea ductului Wirsung
 - D. Stenoză decompensată duodenală
 - E. Pusee repetate de pancreatită acută
35. CM. Complicații ale pseudochistului pancreatic pot fi:
- A. Ruptura pseudochistului în cavitatea peritoneală
 - B. Stenoza digestivă
 - C. Abcedarea
 - D. Eroziunea aortei
 - E. Hemoragia intrachistică

36. CS. Tratatamentul conservator în pancreatita cronică se adresează:
- Durerii
 - Maldigestiei
 - Diabetului zaharat
 - Malabsorbției
 - Toate răspunsurile sunt corecte
37. CS. Somatostatina are efect:
- Inhibitor asupra secreției pancreatice
 - Stimulator asupra secreției pancreatice
 - De inducere a secreției bicarbonaților
 - De stimulare a colecistokininei
 - Toate răspunsurile sunt corecte
38. CM. Octreotidul reprezintă o alternativă convenabilă față de somatostatina nativă deoarece:
- Poate fi administrat subcutanat
 - Are acțiune prelungită
 - Inhibă secreția exocrină pancreatică în mod direct
 - Poate fi administrat timp îndelungat
 - Inhibă secreția gastrinei, ceea ce micșorează secreția gastrică
39. CM. Dieta recomandată în pancreatita cronică constă în:
- Sistarea consumului de alcool
 - Mese reduse cantitativ
 - Conținut scăzut de glucide
 - Conținut scăzut de lipide
 - Conținut scăzut de proteine
40. CM. Enzimoterapia indicată pentru diminuarea secreției pancreatice și jugularea sindromului doloar include:
- Tripsină
 - Chimiotripsină
 - Pancreatină (doze mici)
 - Glucoză
 - Kreon
41. CS. În clasificarea TIGAR-O, litera O reprezintă:
- Ocluzivă

- B. Obstructivă
 - C. Oxidabilă
 - D. Obnubilare
 - E. Oligurică
42. CS. Cauza majoră a pancreatitelor cronice este:
- A. Substanțe toxice
 - B. Hiperlipidemia
 - C. Hipercalcemia
 - D. Fumatul
 - E. Etilismul
43. CM. Semnificația literelor din clasificarea TIGAR-O este:
- A. Toxică și metabolică
 - B. Obstrucivă
 - C. Ischemică
 - D. Autoimună
 - E. Pancreatită acută severă și recurentă
44. CM. Care sunt cauzele obstructive ale pancreatitei cronice?
- A. Pancreas divisum (inelar)
 - B. Disfuncție duodenală
 - C. Cicatrici posttraumatice ale ductului pancreatic
 - D. Colecistită acută
 - E. Disfuncția sfincterului Oddi
45. CM. Care sunt cauzele toxice și metabolice ale pancreatitei cronice?
- A. Alcoolul
 - B. Fumatul
 - C. Hiperlipidemia
 - D. Postiradierea
 - E. Medicamentele
46. CM. Cauzele autoimune ale pancreatitei cronice sunt:
- A. Sdr. Sjogren
 - B. Boli inflamatorii intestinale
 - C. Ciroză biliară primitivă
 - D. Episoade autoimune izolate
 - E. Cistită cronică

47. CS. Care dintre elementele propuse se analizează în cazul efectuării testului cu secretină-pancreozimină în diagnosticul pancreatitei cronice?
- A. Bicarbonații
 - B. Lipaza
 - C. Amilaza
 - D. Tripsinele
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
48. CS. Tipurile curbelor glicemice în testul toleranței la glucoză Ștaube-Taugot pot fi următoarele:
- A. Valori normale
 - B. Bicifotic
 - C. Iritativ
 - D. Diabetic
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
49. CS. Care pot fi rezultatele testului cu secretină-pancreozimină în cadrul diagnosticului pancreatitei cronice?
- A. Insuficiență secretorie totală
 - B. Scăderea cantitativă a volumului secretului și al enzimelor
 - C. Scăderea calitativă a volumului bicarbonaților și enzimelor
 - D. Insuficiență fermentativă izolată
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
50. CM. Enzimele pancreatice intracelular depistate la examenul biochimic în pancreatita cronică sunt:
- A. Fosfohexoizomeraza
 - B. Fosfoglucomutaza
 - C. 1-fosfofructoaldolaza
 - D. Amilaza pancreatică
 - E. Amilaza salivară
51. CM. Testele funcționale pancreatice exocrine directe sunt:
- A. Tripsina serică
 - B. Chimiotripsina
 - C. Elastaza fecală 1
 - D. Testul la secretină-pancreozimină
 - E. BT-PABA

52. CM. Testele funcționale pancreatice exocrine indirecte sunt:
- A. BT-PABA
 - B. Testul cu pancreolauril
 - C. Testul respirator la trigliceride
 - D. Testul respirator la trioleină
 - E. Tripsina serică
53. CM. Metodele neinvazive utilizate în diagnosticul pancreatitei cronice sunt:
- A. USG abdominală
 - B. Eco-Doppler
 - C. Clișeul radiologic panoramic al cavității abdominale
 - D. Tomografia computerizată
 - E. Pancreaticoscopia endoscopică retrogradă
54. CM. Metodele invazive utilizate în diagnosticul pancreatitei cronice sunt:
- A. Puncția-biopsie echoghidă
 - B. Pancreaticoscopia endoscopică retrogradă
 - C. Angiografia
 - D. Splenoportografia
 - E. USG abdominală
55. CM. Tratamentul chirurgical al pancreatitei cronice are următoarele obiective:
- A. Formarea condițiilor optime pentru pasajul sucului pancreatic
 - B. Micșorarea sindromului algic
 - C. Tratamentul complicațiilor pancreatitei cronice
 - D. Păstrarea posibilă a funcției endocrine și exocrine
 - E. Evitarea reacțiilor adverse ale tratamentului conservator
56. CS. Procedeul de drenare a pancreasului este:
- A. Anastomoze wirsungiene cu jejunul
 - B. Gastrojejunoanastomoza pe ansa Roux
 - C. Operația Bilroth-II
 - D. Operația Bilroth-I
 - E. Plombarea ductului Wirsung cu materiale sintetice
57. CM. Care sunt tipurile de intervenții chirurgicale endoscopice efectuate în pancreatita cronică?
- A. Papiosfincterotomie

- B. Wirsungotomie
 - C. Laparoscopie diagnostică
 - D. Extragere endoscopică a calculilor din ductul Wirsung
 - E. Stentare endoscopică a ductului Wirsung
58. CM. Ce reprezintă intervenția chirurgicală Du Vale?
- A. Constă din rezecția subtotală a stomacului cu gastrojejunostomie termino-terminală
 - B. Este o metodă de drenaj pancreatic
 - C. Constă în drenarea pancreasului într-o ansă jejunală exclusă după rezecția unui segment pancreatic caudal, splenectomie și implantarea caudală în jejun
 - D. Baza fiziologică constă în mărirea presiunii wirsungiene de 2 ori peste valorile normale
 - E. Condiția de bază pentru intervenție este strictura izolată a Wirsungului în regiunea cefalopancreatică
59. CM. Care sunt indicațiile pentru rezecția pancreato-duodenală?
- A. Durerea ca simptom dominant, refractar la tratament conservator
 - B. Schimbări pronunțate ale țesuturilor cefalopancreatice
 - C. Ineficiența metodelor de drenaj
 - D. Pancreatită cronică în acutizare
 - E. Afectarea canalelor ductale mici ale cefalopancreasului
60. CS. Care este scopul tratamentului chirurgical în pancreatita cronică?
- A. Înlăturarea pancreasului
 - B. Suprimarea durerii cu păstrarea funcției endocrine și exocrine a pancreasului
 - C. Rezecția gastrică
 - D. Colecistectomia
 - E. Rezecția pancreato-duodenală
61. CS. Ce include intervenția chirurgicală Puestow-I?
- A. Rezecția caudală pancreatică cu anastomoză pancreatico-jejunală termino-laterală
 - B. Ocluzia ducturilor pancreatice dilatate
 - C. Expres-biopsia pancreasului
 - D. Splenectomie
 - E. Litotriție

62. CS. Operația Puestow-II include următoarele componente:
- A. Splenectomia
 - B. Splahnnicectomia pe stânga și rezecția plexului solar
 - C. Pancreatojejunoanastomoză longitudinală latero-laterală cu ansă defuncționalizată în „Y” a la Roux
 - D. Duodenojejunoanastomoză
 - E. Colecistectomie
63. CS. Care dintre următoarele este leziunea anatomopatologică fundamentală în pancreatita cronică?
- A. Litiaza wirsungiană
 - B. Necroza
 - C. Fibroscleroza
 - D. Supurația
 - E. Pseudochisturile
64. CS. Care dintre următoarele semne prezente la radiografia abdominală pe gol sunt specifice pancreatitei cronice?
- A. Ansa santinelă
 - B. Calcificări în aria pancreatică de proiecție
 - C. Aerocolia
 - D. Niveluri Kloiberg
 - E. Stenoza wirsungiană
65. CS. Care dintre următoarele măsuri dietetice este cea mai importantă în tratamentul pancreatitei cronice?
- A. Aportul crescut de vitamine
 - B. Aportul crescut de proteine
 - C. Reducerea rației de glucide
 - D. Renunțarea la alcool
 - E. Creșterea aportului de legume
66. CS. Care dintre următoarele este indicația principală în tratamentul chirurgical al pancreatitei cronice?
- A. Scăderea ponderală
 - B. Hipertensiunea portală
 - C. Diareea
 - D. Durerea
 - E. Calcificări pancreatice

67. CS. Care dintre următoarele situații constituie indicație pentru operația Puestow-II (wirsungojejunostomie)?
- A. Pseudochisturi multiple
 - B. Pseudochisturi infectate
 - C. Wirsung dilatat
 - D. Wirsung nedilatat
 - E. Niciuna din cele de mai sus
68. CM. Care dintre următorii factori sunt incriminați în etiologia pancreatitei cronice?
- A. Obstacolul canalar
 - B. Etilismul
 - C. Hipertensiunea portală
 - D. Duodenostaza
 - E. Litiază biliară
69. CM. Care dintre următoarele semne clinice se pot întâlni în pancreatita cronică?
- A. Durerea
 - B. Icterul
 - C. Steatoreea
 - D. Anemia
 - E. Scăderea ponderală
70. CM. Care dintre următoarele semne de pancreatită cronică pot fi evidențiate prin tomografie computerizată?
- A. Pseudochisturi
 - B. Litiază pancreatică
 - C. Canal Wirsung dilatat
 - D. Dimensiuni mărite ale pancreasului
 - E. Spasmul sfincterului Oddi
71. CS. Care dintre următoarele constituie metoda de tratament electivă a unui pseudochist pancreatic format necomplicat, cu diametrul mai mare de 5,0 cm?
- A. Alcoolizare
 - B. Excizie
 - C. Drenaj intern
 - D. Distrucție cu laser
 - E. Drenaj extern

72. CS. Indicație pentru drenarea externă a chistului pancreatic este:
- A. Malignizarea pseudochistului
 - B. Supurația pseudochistului
 - C. Icterul mecanic
 - D. Hemoragia în lumenul pseudochistului
 - E. Indicații nu sunt
73. CM. Care dintre următoarele complicații ale pancreatitei cronice pot necesita tratament chirurgical?
- A. Obstrucție biliară
 - B. Litiază wirsungiană cu dilatarea ductului Wirsung și sindrom algic pronunțat
 - C. Stenoză digestivă
 - D. Pusee repetate de pancreatită acută
 - E. Hipertensiune portală
74. CS. Metoda de elecție în tratamentul pseudochistului postnecrotic supurat al pancreasului în perioada până la 3 luni este:
- A. Drenaj extern
 - B. Derivații chistodigestive
 - C. Drenajul Wirsungului
 - D. Splenopancreatectomie stângă
 - E. Pancreatectomie totală
75. CS. Cancerul cefalopancreatic se manifestă prin următoarele simptome, exceptând:
- A. Icter progresiv
 - B. Veziculă mare palpabilă
 - C. Prurit cutanat
 - D. Angiocolită
 - E. Ficat atrofic
76. CM. Pseudochistul pancreatic nesupurat se poate manifesta prin:
- A. Sindrom algic
 - B. Febră
 - C. Simptomatică locală
 - D. Icter mecanic
 - E. Tumoră abdominală

77. CS. Care metodă de tratament a pseudochistului pancreatic format, cu diametrul mai mare de 5,0 cm, este preferabilă?
- A. Extirparea
 - B. Marsupializarea
 - C. Drenajul transparietal
 - D. Derivația internă
 - E. Niciuna din ele
78. CS. Explorarea exhaustivă a pancreasului prevede următoarele momente, exceptând:
- A. Mobilizarea duodenului după Kocher
 - B. Secționarea ligamentului gastrocolic
 - C. Mobilizarea splinei împreună cu porțiunea caudală a pancreasului
 - D. Secționarea micului epiploon
 - E. Secționarea ligamentului Teres
79. CS. Alegeți volumul optimal al intervenției chirurgicale în caz de chist pancreatic format, cu diametrul mai mare de 5,0 cm, fără semne de abcedare:
- A. Drenare externă
 - B. Chistjejunostomie
 - C. Pancreatectomie
 - D. Excizia peretelui chistic
 - E. Marsupializarea chistului
80. CS. Indicați termenul optimal pentru tratamentul chirurgical al pseudochistului pancreatic necomplicat:
- A. Imediat după stabilirea diagnosticului
 - B. După jugularea semnelor de pancreatită acută
 - C. Peste 1-2 luni după puseu de pancreatită acută
 - D. Peste 2-3 luni după puseu de pancreatită acută
 - E. Peste 3-4 luni după puseu de pancreatită acută
81. CS. Alegeți semnul morfologic specific pentru chistul pancreatic adevărat:
- A. Conținutul chistului sub formă de gel
 - B. Prezența septelor în lumenul chistului
 - C. Forma sferică a chistului

- D. Lipsa schimbărilor inflamatorii în porțiunea pancreasului neafectată de chist
- E. Prezența stratului epitelial pe suprafața internă a chistului
82. CS. Care intervenție chirurgicală este indicată în pancreatita cronică indurativă cu dereglări de evacuare a sucului pancreatic prin ductul pancreatic principal?
- A. Colectectomie
- B. Intervenție la sistemul nervos vegetativ
- C. Pancreatectomie caudală de pancreas
- D. Pancreatojejunostomie longitudinală
- E. Pancreatectomie
83. CS. Alegeți factorul care indică timpul intervenției chirurgicale urgente în caz de chist pancreatic:
- A. Prezența chistului
- B. Comprimarea stomacului
- C. Pericolul erupției chistului, infectarea conținutului chistului, hemoragie în chist
- D. Comprimarea intestinului
- E. Mărirea spațiului retrogastral la R-scopia stomacului
84. CS. Indicați termenul optimal de efectuare a intervenției chirurgicale în cazul de fistulă pancreatică:
- A. Peste 2 săptămâni de la apariția fistulei
- B. Peste 1-2 luni de la apariția fistulei
- C. Peste 2-3 luni de la apariția fistulei
- D. Peste 3-4 luni de la apariția fistulei
- E. Peste 6 luni de la apariția fistulei
85. CS. În normă presiunea în ductul Wirsung este:
- A. 300-600 mm col. H_2O
- B. 250-450 mm col. H_2O
- C. 100-150 mm col. H_2O
- D. 50-10 mm col. H_2O
- E. 700-800 mm col. H_2O
86. CM. O doamnă cu vârsta de 46 de ani, cu anamneză alcoolică și pancreatită cronică, timp de 1 lună acuză dureri progresive abdominale în

regiunea hipocondrului stâng. Ce investigații diagnostice este necesar de a efectua?

- A. USG
- B. Colangiopancreatografie retrogradă endoscopică
- C. Testele funcționale pancreatice
- D. Tomografie computerizată
- E. Radiografia oaselor bazinului

87. CM. Care dintre următoarele afirmații sunt corecte în privința sindromului algic în pancreatita cronică?

- A. Dezvoltarea sindromului algic coincide cu dezvoltarea insuficienței exocrine a pancreasului
- B. Micșorarea presiunii intraductale prin chirurgie decompresivă poate micșora durerile la pacienții cu pancreatită cronică
- C. Alterarea nervilor peripancreatici la examenul histologic este demonstrată la pacienții cu pancreatită cronică
- D. Blocada plexului celiac conduce numai la ameliorarea limitată a sindromului algic la pacienții cu pancreatită cronică
- E. Splahnicectomia toracoscopică conduce la ameliorarea sindromului algic

88. CM. Care dintre următoarele afirmații sunt corecte în privința abceselor pancreatice?

- A. Sunt asociate cu dezvoltarea sindromului de detresă respiratorie la adulți
- B. În tabloul clinic se asociază apariția febrei
- C. Este indicat tratamentul chirurgical în mod urgent cu debridarea țesutului necrotic
- D. Diagnosticul poate fi stabilit prin puncția percutanată a abcesului pancreatic cu un ac fin
- E. Tratamentul chirurgical constă în aplicarea anastomozelor de derivație internă

89. CM. Care dintre următoarele afirmații sunt corecte în privința pseudochistului pancreatic?

- A. În lipsa complicațiilor, drenarea internă a pseudochistului trebuie să fie limitată la cazuri când pseudochistul are dimensiuni mai mari de 5,0 cm și persistă mai mult de 4 luni

- B. În caz de hemoragie intrachistică este indicat tratament chirurgical urgent
 - C. Pseudochistul localizat distal de strictura ductului pancreatic trebuie să fie drenat percutan
 - D. Pseudochistul localizat în regiunea cefalopancreatică poate fi drenat endoscopic prin papila duodenală mare sau mică
 - E. În caz de apariție a complicațiilor purulente ale pseudochistului va fi efectuată drenarea externă a pseudochistului pancreatic
90. CS. Metoda cea mai importantă de diferențiere a ascitei de etiologie pancreatică de cele cirogene este:
- A. Paracenteza abdominală
 - B. Ultrasonografia abdominală
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
 - E. Colangiografia percutanată transhepatică
91. CM. Alegeți afirmațiile corecte referitor la dezvoltarea pancreatitei alcoolice:
- A. Creșterea concentrației enzimelor proteice în suc pancreatic
 - B. Diminuarea secreției pancreatice
 - C. Creșterea secreției pancreatice
 - D. Precipitarea de calciu în lumenul ducturilor pancreatice
 - E. Spasmul sfincterului Oddi
92. CS. Efectul cel mai important în caz de insuficiență pancreatică exocrină este scăderea absorbției de:
- A. Calciu
 - B. Glucide
 - C. Grăsimi
 - D. Vitamine
 - E. Proteine
93. CS. Pancreatografia, efectuată la un pacient în vârstă de 54 de ani și care suferă de etilism cronic, arată semnul „salbei de lacuri”. Rezolvarea chirurgicală adecvată va fi:
- A. Colecistectomie cu revizia coledocului
 - B. Colecistectomie cu sfincteroplastie

- C. Deschiderea longitudinală a ductului pancreatic și aplicarea pancreaticojejunostomiei latero-laterale (longitudinale)
 - D. Rezecția cozii pancreasului și aplicarea pancreaticojejunostomiei
 - E. Pancreatectomie totală
94. CS. Toate afirmațiile referitor la secretină sunt corecte, exceptând:
- A. Secretina este stimulator major al secreției lichidului pancreatic și a bicarbonaților
 - B. Micșorarea Ph-lui duodenal până la 4,5 și mai puțin conduce la stimularea eliberării secretinei
 - C. Secretina stimulează secreția enzimelor pancreatice
 - D. Celulele ce produc secretină sunt localizate în porțiunea proximală a intestinului subțire
 - E. Colecistokinina potențează efectul stimulator al secretinei asupra secreției bicarbonaților
95. CM. Markerii ce permit diferențierea patologiei benigne a pancreasului de adenocarcinomul pancreatic sunt:
- A. CA 19-9
 - B. Alfa-fetoproteina
 - C. Antigenul carcinoembrionic
 - D. Testul de inhibiție a adheziei leucocitare
 - E. Secretina
96. CS. La un pacient cu scădere ponderală și dureri abdominale situate profund, dar fără icter se suspectează adenocarcinom pancreatic. Testul diagnostic cel mai informativ va fi:
- A. Angiografie
 - B. Tomografie computerizată
 - C. Laparoscopie
 - D. Imagistică prin rezonanță magnetică
 - E. Ultrasonografie
97. CS. Simptomul caracteristic pentru dereglările funcției endocrine a pancreasului este:
- A. Diaree
 - B. Diabet zaharat
 - C. Micșorarea ponderii corporeale, creato- și steatoree
 - D. Dilatarea venelor peretelui abdominal anterior
 - E. Insuficiență hepato-renală

98. CS. Un pacient în vârstă de 40 de ani, în decurs de 10 ani suferă de pancreatită cronică recidivantă. Intraoperator este suspectat cancerul pancreatic. Acțiunile chirurgului:
- Rezeecție de pancreas
 - Examinare citologică și histologică a materialului biptic (Cito)
 - Pancreatectomie
 - Drenare externă a ducturilor pancreatice cu dren în formă de „T”
 - Neurotomie marginală
99. CS. Informația cea mai amplă despre starea ducturilor pancreatice în pancreatita cronică intraoperator o prezintă:
- Biopsia
 - Pancreatografia intraoperatorie
 - Examenul histologic al țesutului pancreatic
 - Colangioscopia
 - Debitometria ducturilor biliare
100. CS. Indicație pentru intervenție chirurgicală în caz de pancreatită distructivă este:
- Infiltratul parapancreatic
 - Durerile în regiunea epigastrală
 - Edemul țesuturilor retroperitoneale
 - Peritonita pancreatogenă
 - Intoxicația gravă

KEY: PANCREATITA CRONICĂ

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

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientul V.A., 49 de ani, prezintă dureri epigastrice „în bară”, permanente, exacerbate de alimente, semne de malnutriție cu o scădere ponderală importantă în ultimele 3 luni – 15 kg. Starea generală relativ satisfăcătoare, FMR = 24/min; FCC = 80 băt./min, PS=80 băt./min, TA = 110/70 mm Hg. Abdomenul simetric, ușor dureros la palpate în regiunea epigastrică. Hb – 168 g/l, Er. – $4,4 \times 10^{-12}$, Le – $6,6 \times 10^{-9}$, VSH – 18 mm/oră, bilirubina totală – 12,1 $\mu\text{mol/l}$, bilirubina directă – 2,0 $\mu\text{mol/l}$, AST – 0,31 $\mu\text{mol/l}$, ureea – 6,1 $\mu\text{mol/l}$, ind. protromb. – 88%. Ecografia – pancreas cu aspect neomogen, la nivelul corpului și al cozii neregularități de contur, la nivelul cefalopancreasului o formațiune hipoecogenă – 8,6x7,0 cm, cu grosimea peretelui 0,3-0,4 cm, bine diferențiată de parenchimul din jur, care apare cu microcalcificări. IRM – pancreas ratatinat cu diminuarea intensității semnalului din cauza dezvoltării țesutului conjunctiv. În regiunea cefalopancreatică se manifestă o formațiune lichidiană cu diametrul de 5 cm, care comunică cu ductul Wirsung. De asemenea, în această porțiune se manifestă o stenoză a ductului Wirsung, ce împiedică evacuarea sucului pancreatic. Suprastenotic se atestă o dilatare a ductului Wirsung și a sistemului canalicular pancreatic.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Ketoprofen, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Pancreatită cronică. Pseudochist cefalopancreatic format

2. Pacientul A.V., 42 de ani, acuză dureri intense în hipocondrul drept, care cresc progresiv în intensitate cu o durată până la 2-3 zile. Starea generală relativ satisfăcătoare. Se atestă prurit cutanat, tegumente și sclere icterice de aproximativ 3 zile. FMR = 20/min; PS = 95 băt./min, TA = 110/90 mm/Hg; limba saburată, abdomenul dureros la palpare în regiunea epigastrică. Semnul Courvuasier pozitiv. Hb – 143g/l; Er. – $4,1 \times 10^{12}$; Le – $7,4 \times 10^9$, VSH – 25 mm/oră; bilirubina totală 163,2 $\mu\text{mol/l}$, bilirubina directă 133,2 $\mu\text{mol/l}$, ALT 0,38 $\mu\text{mol/l}$, AST 0,26 $\mu\text{mol/l}$, ureea 3,0 $\mu\text{mol/l}$. Ecografia – ficatul cu lobul drept de 12,0 cm, cel stâng de 5,0 cm. Contur regulat, parenchimul cu ecogenitate difuz crescută. Colecistul: 14,0 x 5,0 cm, pereții 0,2 cm. CBP – 1,1 cm. Pancreasul: cap – 5,4 cm, corpul – 3,5 cm, coadă – 2,7 cm, contur clar, parenchimul cu ecogenitate neomogenă cu focare mici, nodulare, reflectogene. Ductul pancreatic cu diametrul de 15 mm, dilatat neuniform pe tot parcursul. Radiografia simplă abdominală: concluzie – în proiecția pancreasului se vizualizează multiple formațiuni calcare repartizate preponderent liniar în aria de proiecție a ductului Wirsung. RMN: concluzie – hipertrofia cozii pancreasului, în rest cu diminuarea intensității semnalului din cauza dezvoltării țesutului conjunctiv pe imagini T₁. Dilatarea ductului Wirsung pe tot parcursul și a sistemului canalor pancreatic. Fibroză periductală. Stricтура porțiunii intramurale a CBP. CBP suprastenotic dilatăta. Dereglări de evacuare a bilei și a sucului pancreatic. Formațiune lichidiană a cefalo-pancreasului necomunicantă cu ductul Wirsung. Hipertensiune wirsungiană.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Plathyphyllini hydrocloridi, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Pancreatită cronică calculoasă. Pseudochist cefalo-pancreatic format. Hipertensiune biliară și wirsungiană. Icter mecanic*

SINDROMUL POSTCOLECISTECTOMIE

1. CS. Care dintre explorările paraclinice enumerate este cea mai precisă în diagnosticul litiazei coledociene?
 - A. Ecografia biliară
 - B. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
 - C. Colangiografia intravenoasă
 - D. Scintigrafia biliară
 - E. Colangiografia transparietohepatică
2. CS. Care ar putea fi principala cauză a litogenezei la nivelul coledocului?
 - A. Tulburările metabolice
 - B. Anomaliile ducturilor intra- și extrahepatice
 - C. Infecția
 - D. Staza biliară
 - E. Patologiile hemolitice
3. CS. În cazul prezenței coledocolitiazei și diametrului CBP ce nu depășește 10 mm, ce atitudine veți lua?
 - A. Supraveghere prin dispensarizare
 - B. Litotriție extracorporeală prin unde de șoc
 - C. Extragerea calculilor pe cale endoscopică
 - D. Coledocolitotomie deschisă
 - E. Anastomoză biliodigestivă
4. CS. În care dintre afecțiunile enumerate este indicată de elecție sfinc-terotomia oddiană?
 - A. Împietrirea coledociană
 - B. Litiaza coledociană cu calculi flotanți
 - C. Microlitiaza veziculară și coledociană
 - D. Calcul inclavat în papilă
 - E. Calcul unic în canalul hepatic drept
5. CS. Care dintre variantele de calculi biliari descriși este radioopacă?
 - A. Galbeni, multiformi
 - B. Rotund-ovalar, culoare albă
 - C. Mici, negri cu „ace”, multipli
 - D. Pământii, rotunzi-ovalari, sfărâmicioși
 - E. Brunii-verzui, fațetați, nesfărâmicioși

6. CS. În caz de megalocolocod asociat cu stenoză oddiană și litiază, ce metodă de tratament indicați?
- A. Papilosfincterotomie endoscopică
 - B. Papilosfincterotomie endoscopică și litextracție
 - C. Coledocolitotomie deschisă și papilosfincterotomie endoscopică în aceeași ședință
 - D. Coledocolitotomie deschisă urmată de coledocoduodenostomie
 - E. Coledocolitotomie deschisă și coledocojejunostomoză pe ansa „Y” a la Roux
7. CS. În care dintre afecțiunile enumerate este indicată de elecție bilio-jejunoanastomoza pe ansa „Y” a la Roux?
- A. Calcul inclavat în papilă
 - B. Împietrire coledociană
 - C. Stenoză oddiană benignă
 - D. Calcul unic flotant cu diametrul de 8 mm
 - E. Microlitiază coledociană
8. CS. Dintre anomaliile căilor biliare extrahepatice deosebit de importante, din punct de vedere chirurgical, sunt cele de la nivelul:
- A. Coledocului
 - B. Cisticului
 - C. Veziculei biliare
 - D. Arterei cistice
 - E. Arterei hepatice
9. CS. După o colecistectomie efectuată doi ani în urmă, apariția semnelor clinice caracteristice colicii biliare ce patologie vă sugerează?
- A. Pancreatită cronică
 - B. Reflux-esofagită
 - C. Boală ulceroasă
 - D. Sindrom postcolecistectomie
 - E. Colon iritabil
10. CS. În cazul când colangiografia prin RMN denotă coledoc cu diametrul de 15 mm, timp de evacuare a substanței de contrast mai mult de 45 min, calculi absenți, cum procedați?
- A. Papilosfincteroplastie transduodenală
 - B. Coledocoduodenostomie

- C. Papilosfincterotomie endoscopică
 - D. Coledocojunoanastomoză
 - E. Laparotomie exploratorie
11. CS. Apariția la un bolnav colecistectomizat în antecedente a icterului intermitent, cu sindrom algic și febră, cel mai probabil sugerează diagnosticul de:
- A. Pancreatită cronică
 - B. Colangiocarcinom
 - C. Tumoră de PDM
 - D. Litiază coledociană
 - E. Neoplasm cefalopancreatic
12. CS. Cel mai util examen preoperator, pentru stabilirea sediului obstacolului biliar, este:
- A. Ecografia
 - B. Tomografia computerizată
 - C. CPGRE
 - D. RMN
 - E. Colangiografia
13. CS. La o pacientă colecistectomizată, cu icter, colică biliară, vome, febră, cel mai util examen pentru confirmarea în urgență a diagnosticului este:
- A. Radiografia abdominală pe gol
 - B. Tomografia computerizată
 - C. Ecografia
 - D. RMN
 - E. Laparoscopia
14. CS. Care metodă diagnostică-curativă este cea mai utilă în cazul litiazei canaliculare?
- A. Laparoscopia
 - B. RMN
 - C. CPGRE
 - D. Biliscintigrafia
 - E. Fibrogastroduodenoscopia

15. CS. La pacienții colecistectomizați cauza cea mai probabilă de apariție a icterului este:
 - A. Ocluzia intestinală
 - B. Voma
 - C. Coledocolitiaza
 - D. Refluxul duodenogastral
 - E. Diabetul zaharat

16. CM. Care dintre semnele enumerate vor fi prezente într-un icter de geneză benignă?
 - A. Icter progresiv
 - B. Icter fluctuent
 - C. Icterul se instalează fără a fi precedat de colică
 - D. Colica precede icterul
 - E. Icterul este asociat obligator cu febră

17. CM. Care dintre semnele enumerate fac parte din sindromul coledocian major?
 - A. Febra
 - B. Pneumobilia
 - C. Durerea colicativă
 - D. Icterul
 - E. Prezența plastronului subcostal

18. CM. Care dintre caracteristicile enumerate aparțin formei complexe a litiazei coledociene?
 - A. Calculi sfărâmicioși
 - B. Calculi flotanți în coledoc
 - C. Calcul inclavat în PDM
 - D. Calcul unic, consistent, bine format
 - E. Calcul în căile biliare intrahepatice

19. CM. Care dintre caracteristicile enumerate aparțin unei forme maligne a litiazei coledociene?
 - A. Calea biliară principală este plină cu calculi
 - B. Este indicată extragerea calculilor asociată cu sfincterotomie od-diană
 - C. Recidivează dacă nu se asigură cu drenaj biliar eficient

- D. De obicei se asociază cu megalocolodoc
 - E. Este indicată extragerea calculilor cu drenaj tip Kehr
20. CM. Cauzele de apariție a litogenezei la nivelul coledocului sunt:
- A. Tulburările metabolice
 - B. Anomaliile ducturilor intrahepatice
 - C. Stenoza PDM
 - D. Staza biliară
 - E. Infecția
21. CM. În cazul extragerii cu succes a calculilor din CBP ce recomandați în continuare?
- A. Drenaj nazobiliar
 - B. Dozarea repetată a amilazei serice
 - C. Tratament de susținere a celulei hepatice și funcției renale
 - D. Conversiune la o operație deschisă pentru efectuarea unei derivații biliodigestive
 - E. Antibioterapie
22. CM. Ce examene considerați că ar fi utile pentru a identifica litiiza canaliculară?
- A. Colangiografia transparietohepatică
 - B. CPGRE
 - C. Ecografia
 - D. Tomografia computerizată
 - E. Bilioscintigrafia
23. CM. Care trebuie să fie măsurile de urgență în coledocolitiaza cu angiolită?
- A. Reechilibrarea hidro-electrolitică
 - B. Decompresia biliară
 - C. Intervenția chirurgicală
 - D. Antibioterapie
 - E. Nu necesită medicație
24. CM. Ce acțiuni considerați necesare pentru a rezolva problema stenozei căii biliare principale?
- A. Drenajul biliar
 - B. Antibioterapia

- C. Endoprotezarea coledocului
 - D. Dilatarea stricturii cu balonașul
 - E. Coledocojunostomia
25. CM. În cazul unei stenoze de PDM ce explorări sunt necesare pentru a preciza diagnosticul și a obține datele necesare pentru planificarea intervenției ce urmează?
- A. Testele de epurare hepatică
 - B. Colangiografie
 - C. Tomografie abdominală
 - D. Angiografie
 - E. Investigații de rutină pentru evaluarea stării generale
26. CM. Ce explorări considerați că ar fi utile pentru a identifica cauza durerilor colicative abdominale la un pacient colecistectomizat?
- A. Ecografia abdominală
 - B. CPGRE
 - C. Tranzitul baritat
 - D. Endoscopia
 - E. Tomografia abdominală
27. CM. Ce metode endoscopice de tratament sunt utile în cazul stenozei PDM asociată cu litiaza coledociană?
- A. Papilosfincterotomie
 - B. CPGRE
 - C. Papilosfincterotomie, litextracție
 - D. Papilosfincterotomie, litextracție, stentarea CBP
 - E. Stentarea CBP
28. CM. Ce practicați în primele 24-72 de ore în cazul icterului mecanic avansat pe fundalul coledocolitiazii asociată cu colangita acută?
- A. Reechilibrare hidroelectrolitică
 - B. Antibioterapie
 - C. Drenajul nazobiliar
 - D. CPGRE, sfincterotomie, litextracție
 - E. Stentarea CBP

KEY: SINDROMUL POSTCOLECISTECTOMIE

1.B; 2.D; 3.C; 4.D; 5.B; 6.E; 7.B; 8.B; 9.D; 10.C; 11.D; 12.E; 13.C; 14.C; 15.C; 16.BD; 17.ACD; 18.ACE; 19.ACD; 20.CD; 21.BCE; 22.CD; 23.AD; 24.ABE; 25.BCE; 26.ABDE; 27.CD; 28.ABCD.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. La 2 ani după colecistectomie, efectuată pentru colecistită acută calculoasă distructivă, pacientul, un bărbat de 53 de ani, este reinternat în stare gravă, septică, cu febră, frisoane, transpirații profuze, astenie, anorexie, dureri permanente în hipocondrul drept, icter tegumentar. Debutul icterului a fost după un episod de colică biliară. Concomitent cu instalarea icterului a evoluat febra cu episoade de 37,8°C.

Examenul clinic relevă: prezența icterului sclerotegumentar. Abdomenul dureros la palpare preponderent în epigastru și în hipocondrul drept hepatomegalie. Febră-39,2°C. Examenul de laborator: eritrocite – 2 800 000 mm³, hemoglobina – 10g%, leucocite – 18 000 mm³, devierea la stânga a formulei leucocitare – 40%. Bilirubinemia directă – 300 mlmol/l, Protrombina serică 50% și transaminazele moderat crescute de 2 ori față de normă.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Papaverini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Coledocolitază reziduală complicată cu angiocolită acută purulentă

2. O bolnavă consultă medicul de familie, acuzând un sindrom, care se manifestă prin accese de dureri surde cu iradiere dorsală în epigastru și în hipocondrul drept, însoțite de prurit, subictericitatea sclerelor, grețuri și vomă. Accesese apar la intervale neregulate, se prelungesc, de obicei, 20–25 de ore și încetează spontan. Cu această ocazie, bolnava a efectuat diverse tratamente medical-conservatoare (metoclopramid, antispastice, regim alimentar), care s-au dovedit a fi ineficace la momentul examinării, constatând progresarea icterului și apariția febrei. Din anamneza pacienta a suportat 2 ani în urmă colecistectomie laparoscopică.

Examenul obiectiv: bolnava prezintă stare generală bună, abdomenul este suplu, slab dureros, ficatul nu se palpează, colecistul este tensionat, slab dureros la nivelul rebordului costal, Sindroamele Ortner, Miusi-Gheorghivski slab pozitive. Bilirubina și enzimele hepatice (fosfataza alcalină, aminotransferazele) indică valori moderat crescute, protrombina este de 60%, restul indicatorilor sunt în limitele normei.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestică, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Drotaverini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Suspiciunea diagnostică va fi orientată spre un calcul în coledoc complicat cu colică biliară, episoade de icter mecanic și angiocolită*

PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A INTESTINULUI SUBȚIRE

1. CS. Care este complicația cea mai frecventă a unui diverticul Meckel?
 - A. Diverticulita
 - B. Ocluzia intestinală
 - C. Malignizarea
 - D. Hernia Littre strangulată
 - E. Hemoragia digestivă

2. CS. În infarctul intestinomezenteric sunt adevărate următoarele afirmații, exceptând:
 - A. Durerea periombilicală violentă
 - B. Vărsăturile
 - C. Starea generală alterată
 - D. Colapsul precoce
 - E. Zgomotele peristaltice hiperactive

3. CS. Care este complicația cea mai frecventă în tumorile intestinului subțire?
 - A. Hemoragia digestivă
 - B. Perforația
 - C. Tumora palpabilă
 - D. Ocluzia intestinală
 - E. Tulburările dispeptice

4. CS. Ce tratament este indicat în complicațiile în boala Crohn?
 - A. Antibiotice
 - B. Salozopirină
 - C. Tratament chirurgical
 - D. Metronidazol
 - E. Radioterapie

5. CS. Prezența unui diverticul Meckel într-un sac herniar se numește:
 - A. Hernie Littre
 - B. Hernie Richter
 - C. Hernie Spiegel

- D. Hernie Morgany
 - E. Hernie Gardner
6. CS. Cea mai frecventă indicație pentru tratamentul operator în boala Crohn o constituie:
- A. Evoluția îndelungată a bolii
 - B. Recidiva ordinară
 - C. Ocluzia intestinală
 - D. Fistulele externe
 - E. Hemoragiile digestive masive
7. CS. Care este localizarea cea mai frecventă a tumorilor carcinoide?
- A. Intestinul subțire
 - B. Apendicele vermicular
 - C. Colonul
 - D. Rectul
 - E. Stomacul
8. CS. Tratamentul de elecție în tumorile carcinoide intestinale este:
- A. Radioterapia
 - B. Chimioterapia
 - C. Combinarea chimioterapiei și radioterapiei
 - D. Chirurgia urmată de radioterapie
 - E. Rezecția intestinală
9. CS. Semne radiologice asemănătoare cu cele din boala Crohn pot fi găsite și în:
- A. Rectocolita ulcero-hemoragică și purulentă
 - B. Enterita necrozantă
 - C. Tuberculoza ileocecală
 - D. Cancerul cecului
 - E. Actinomicoza cecală
10. CS. Mecanismul cel mai frecvent al ocluziei în tumorile intestinului subțire este:
- A. Volvulusul
 - B. Aderențele
 - C. Invaginația
 - D. Spasmul
 - E. Mecanismul mixt

11. CS. Complicațiile intestinale ale bolii Crohn includ următoarele, exceptând:
 - A. Perforația
 - B. Fistulele
 - C. Recidivele postoperatorii
 - D. Stenozele intestinale
 - E. Malignizarea
12. CS. Ileita terminală se traduce cel mai frecvent prin:
 - A. Diaree
 - B. Tumoră abdominală
 - C. Constipație
 - D. Peritonită
 - E. Fistule
13. CS. Mecanismul cel mai frecvent al ocluziei în tumorile intestinului subțire este:
 - A. Volvulusul
 - B. Aderențele
 - C. Invaginația
 - D. Spasmul
 - E. Mecanismul mixt
14. CS. Manifestările extraperitoneale ale bolii Crohn includ următoarele, exceptând:
 - A. Eritemul nodos
 - B. Poliartrita
 - C. Uveita
 - D. Piodermia
 - E. Leziunile valvulare cord drept
15. CS. Boala Crohn este determinată de:
 - A. Un virus
 - B. Corticoterapie
 - C. Boală autoimună
 - D. Bacterii
 - E. Niciuna

16. CS. Boala diverticulară a intestinului este mai frecventă la nivelul:
 - A. Duodenului
 - B. Jejunului
 - C. Colonului transvers
 - D. Colonului descendent
 - E. Colonului sigmoid
17. CS. Ce afirmație referitoare la boala Crohn nu este exactă?
 - A. Leziunea inițială se găsește în mucoasă
 - B. Sediul preferat al bolii este ileonul proximal
 - C. Leziunile sunt discontinue, intercalându-se zone sănătoase
 - D. Tendința spre fistulizare
 - E. Leziunile histologice sunt de tip folicular granulomatos
18. CS. Toate complicațiile enumerate pot evolua în boala Crohn, excep-tând:
 - A. Hemoragia
 - B. Fistulele intestinale interne
 - C. Plastroanele intraperitoneale
 - D. Stricurile intestinului
 - E. Polipoza colonului
19. CS. Ce explorare ar fi cea mai potrivită în patologiile intestinului sub-țire?
 - A. Enteroclaizisul
 - B. Screening-ul izotopic cu Tc-99m
 - C. Angiografia
 - D. Tomografia computerizată cu contrast
 - E. Laparoscopia
20. CS. Examenul angiografic evidențiază o malformație arterio-venoasă dintr-o ramură a arterei mezenterice superioare. Ce intenționați să faceți?
 - A. Hemostază cu laser
 - B. Perfuzii cu vasopresină
 - C. Ligaturarea endoscopică a leziunii
 - D. Hemostază prin embolizarea vasului
 - E. Enterectomie segmentară

21. CM. Tabloul clinic al ocluziei intestinale include următoarele semne clinice:
- A. Durere abdominală colicativă
 - B. Vărsături
 - C. Oprirea tranzitului de gaze
 - D. Meteorism abdominal
 - E. Zgomote hidroaerice
22. CM. Examenul radiografic pe gol al abdomenului în ocluzia intestinală mecanică poate arăta următoarele:
- A. Distensia gazoasă a intestinului subțire
 - B. Nivele hidroaerice
 - C. Pneumoperitoneu
 - D. Aerobilie
 - E. Ștergerea umbrei psoasului
23. CM. În ocluzia intestinală mecanică deshidratarea este determinată de următoarele cauze:
- A. Acumulare de lichid în intestin
 - B. Pierdere a ionilor de sodiu
 - C. Vărsături
 - D. Transvazarea apei în cavitatea peritoneală
 - E. Pierderea ionilor de clor
24. CM. În embolia arterei mezenterice superioare se găsesc următoarele semne clinice:
- A. Semne funcționale de ocluzie
 - B. Semne generale de hemoragie
 - C. Vărsături rare
 - D. Meteorism
 - E. Tumefacție mată cu contur șters
25. CM. Care dintre următoarele cauze pot determina un ileus paralytic?
- A. Fitobezoarii
 - B. Colica renală
 - C. Peritonita
 - D. Volvulusul
 - E. Supurația retroperitoneală

26. CM. Ce semne radiologice se întâlnesc în ocluzia ileală?
- A. Imagine hidroaerică unică periombilicală
 - B. Imagini aerice periferice
 - C. Nivele sub formă de arcuri orizontale
 - D. Contur boselat
 - E. Distensia cadrului colic
27. CM. Ce afirmații referitoare la infarctul intestinomezenteric sunt adevărate?
- A. Tabloul clinic este dominat de durere
 - B. Durerea pornește din regiunea lombară
 - C. Pulsul este frecvent și TA este crescută
 - D. Abdomenul este suplu, cu matitate pe flancuri
 - E. La auscultația abdomenului nu se înregistrează zgomote
28. CM. Diverticulul Meckel poate să:
- A. Conțină țesut ectopic gastric
 - B. Determine hemoragie digestivă
 - C. Conțină tumoră carcinoidă
 - D. Determine ocluzie intestinală
 - E. Ajungă într-un sac de hernie inghinală
29. CM. Cele mai folosite operații în boala Crohn sunt:
- A. Derivații externe
 - B. Bypass cu excluderea segmentului afectat
 - C. Rezecții intestinale limitate
 - D. Rezecții întinse de intestin subțire
 - E. Colectomie totală
30. CM. Ce semne clinice nu confirmă ocluzia mecanică a intestinului subțire?
- A. Vărsăturile precoce
 - B. Absența meteorismului
 - C. Alterarea stării generale
 - D. Sindromul Koning
 - E. Contractura musculară
31. CM. Ce semne se pot înregistra pe o radiografie simplă de față în ortostatism într-un sindrom ocluziv?
- A. Nivele hidroaerice numeroase și centrale

- B. Pneumoperitoneu
 - C. Distensie gazoasă a unei anse intestinale
 - D. Imagini hidroaerice în „trepte de scară”
 - E. Imagine hidroaerică în omega ce ocupă 1/2 inferioară a abdomenului
32. CM. Enterita tuberculoasă se manifestă clinic mai frecvent prin următoarele semne clinice:
- A. Subocluzie intestinală
 - B. Tumoră abdominală
 - C. Diaree
 - D. Hemoragie digestivă masivă
 - E. Poate mima o apendicită acută
33. CM. Decompresia intestinului destins în ocluzia mecanică este utilă prin următoarele efecte:
- A. Reduce ischemia intestinului
 - B. Îndepărtează toxinele lumenale
 - C. Facilitează cicatrizarea
 - D. Reduce riscul infecției plăgii
 - E. Previne sindromul Mendelsohn
34. CM. Într-o ocluzie intestinală acută mecanică înaltă se găsesc următoarele semne clinice:
- A. Accentuarea undelor peristaltice
 - B. Liniște abdominală
 - C. Zgomote hidroaerice
 - D. Meteorism
 - E. Apărare musculară localizată
35. CM. Sindromul de malabsorbție poate fi condiționat de:
- A. Insuficiența exocrină a pancreasului
 - B. Deficitul acizilor biliari în urma bolii colestatice a ficatului
 - C. Ischemia cronică a intestinului subțire
 - D. Patologia funcțională a intestinului gros
 - E. Sindromul colonului iritabil
36. CM. Tratamentul sindromului de malabsorbție include:
- A. Administrarea parenterală de vitamine

- B. Indicarea preparatelor antifermenți
 - C. Administrarea parenterală de preparate proteice
 - D. Administrarea prokineticelor
 - E. Administrarea parenterală de microelemente
37. CM. Paraclinic sindromul de malabsorbție se manifestă prin următoarele simptome:
- A. Hipoalbuminemie
 - B. Creșterea ceruloplasminei
 - C. Hipovitaminoză
 - D. Steatoree
 - E. Scăderea nivelului fierului seric
38. CM. Care sunt sinonimele bolii Crohn?
- A. Ileită terminală
 - B. Enterocolită granulomatoasă
 - C. Colită regională
 - D. Enterită regională
 - E. Boala ischemică a intestinului
39. CM. Ce este caracteristic macroscopic pentru boala Crohn?
- A. Ulcerații intense și profunde
 - B. Fisuri transversale
 - C. Mucoasă intactă
 - D. Fisuri și stenoze
 - E. Eroziuni punctiforme
40. CM. Ce este caracteristic microscopic pentru boala Crohn?
- A. Inflamație transmurală
 - B. Edem limfatic
 - C. Infiltrație limfocitară
 - D. Microabcese
 - E. Leziunile se limitează la mucoasa și stratul superficial al submucoasei
41. CM. Care sunt simptomele locale intestinale în boala Crohn?
- A. Dureri abdominale postprandiale
 - B. Garguiment intestinal
 - C. Diaree

- D. Meteorism
 - E. Scaun cu sânge, mucus, puroi
42. CM. Care sunt simptomele generale extraintestinale în boala Crohn?
- A. Anemie
 - B. Febră
 - C. Scădere ponderală
 - D. Artrite reactive, iridociclită
 - E. Sclerodermie
43. CM. Prin ce se manifestă sindromul de malabsorbție clinic?
- A. Edem și ascită
 - B. Dureri în oase
 - C. Scădere ponderală
 - D. Artrite
 - E. Sângerare mărită
44. CM. Ce include tratamentul în sindromul de malabsorbție?
- A. Tratament parenteral cu microelemente
 - B. Administrarea parenterală cu preparate proteice
 - C. Preparare antifermenți
 - D. Administrarea prokineticilor
 - E. Tratament parenteral cu vitamine
45. CM. Testele paraclinice folosite pentru precizarea patologiei intestinului subțire:
- A. Examen radiologic
 - B. Examen endoscopic
 - C. Examen coprologic
 - D. Test de toleranță la glucoză
 - E. Test cu secretină-pancreozimină
46. CM. Tratamentul enterocolitei virale acute include:
- A. Preparare antivirale
 - B. Preparare antibacteriene
 - C. Preparare antifungice
 - D. Reechilibrare hidroelectrolitică
 - E. Loperamid

47. CM. Complicații extraintestinale în boala Crohn sunt:
- Diabetul zaharat
 - Pioderma gangrenosum
 - Spondilita anchilozantă
 - Eritemul nodos
 - Artrita
48. CM. În tratamentul patogenetic al bolii Crohn se utilizează:
- Mesalazina
 - Corticosteroizi
 - Azatioprina
 - Papaverina
 - Famotidina

KEY: PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A INTESTINULUI SUBȚIRE

1.A; 2.E; 3.D; 4.C; 5.A; 6.C; 7.B; 8.E; 9.C; 10.C; 11.A; 12.B; 13.E; 14.D; 15.E; 16.E; 17.B; 18.E; 19.A; 20.D; 21.ABCDE; 22.ABD; 23.ABCD; 24.ABE; 25.BCE; 26.AC, 27.AE; 28.ABCDE; 29.ABC; 30.DE; 31.ACDE; 32.ABCE; 33.ABE; 34.ACD; 35.ABC; 36.ACE; 37.ACDE; 38.ABCD; 39.ABCD; 40.ABCD; 41.ABCD; 42.ABCD; 43.ABCE; 44.ABE; 45.ABCD; 46.DC; 47.BCDE; 48.ABC.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacienta M., 65 de ani, s-a adresat în chirurgia de urgență. Se consideră bolnavă de 3 zile, când prima dată au apărut dureri colicative de intensitate moderată în abdomen. Ulterior, durerile s-au acutizat, au apărut scaune neformate cu sânge. Starea generală a bolnavei este de gravitate medie. Temperatura corporală – 37,5°C. Pulsul – 100 de bătăi pe minut, ritmic. Burta ușor mărită în volum, moale, dureroasă pe flancul abdominal stâng și epigastru. Semnul Sciotkin-Blumberg – negativ. Semnul Mondor – pozitiv. Din cauza lipsei efectului la terapia conservatoare, s-a intervenit chirurgical. Intraoperator: în cavitatea abdominală se atestă exsudat hemoragic intraperitoneal în cantitate mare. Ansele intestinului subțire de

culoare vișinie întunecată, cianotice, mezoul și peretele intestinului subțire cu edem pronunțat.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Novocaini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: Infarct enteromezenteric

2. Pacientul S., bărbat de 38 de ani, se internează în mod urgent cu dureri paroxistice intense în regiunea ombilicală, vărsături alimentare și biliare, oprirea tranzitului digestiv, apărute brusc cu 8 ore în urmă. A suferit în antecedente o intervenție pentru traumatism abdominal. Examenul clinic la prezentare: stare generală de gravitate medie, tegumentele palide, limba uscată, abdomenul meteorizat, cicatrice postoperatorie după laparotomia xifo-ombilicală. Examenul obiectiv: abdomenul este sensibil pe toată aria, rezistență elastică, clapotaj, timpanism generalizat, hiperperistaltism. La tușeul rectal – ampulă rectală goală. TA – 100/60 mmHg, puls – 100/min. Investigațiile de laborator arată: Er. – 4 500 000/mmc, Hb – 16 g/dl, Ht – 48%, Le – 15 000/mmc, proteine serice totale – 90 g/l, ionograma – fără deosebiri, pH – 7,3, diureza orară – 10 ml/h, ureea – 25 mg/dl.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?

5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/ sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Prozerini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Ocluzie intestinală*

SINDROMUL DE HIPERTENSIUNE PORTALĂ

1. CS. Ce afirmație referitor la ciroza hepatică este exactă?
 - A. Se asociază cu crize de hipoglicemie
 - B. Ecografia nu precizează diagnosticul
 - C. Este cauza cea mai frecventă a hipertensiunii portale
 - D. Apărarea musculară în hipocondrul drept este sugestivă pentru diagnostic
 - E. Febra poate fi prezentă în 80% din cazuri
2. CS. Care dintre următoarele intervenții chirurgicale se complică mai rar cu encefalopatie hepatică?
 - A. Anastomoza porto-cavă termino-laterală
 - B. Anastomoza porto-cavă latero-laterală
 - C. Anastomoza spleno-renală proximală
 - D. Anastomoza spleno-renală distală (Warren)
 - E. Anastomoza mezenterico-cavă
3. CS. Fibroscopia evidențiază varice esofagiene gr. III care sângerează, mucoasă gastrică fără ulcerații. La ce metodă de hemostază apeleți mai întâi?
 - A. Ligatura varicelor esofagiene
 - B. Rezeecția esofagului inferior cu anastomoză esogastrică
 - C. Tamponament cu sonda Blackemore, pituitrină intravenos
 - D. Deconexiune azygo-portală
 - E. Anastomoză spleno-renală
4. CS. Care dintre afirmațiile prezentate mai jos este eronată?
 - A. Ficatul posedă o dublă circulație
 - B. Fluxul sangvin hepatic este de cca 1500 ml/min sau 25-30% din debitul cardiac în repaus
 - C. Sistemul venos portal leagă 2 rețele capilare
 - D. Vena portă se formează prin unirea venei mezenterice superioare, mezenterice inferioare și splenice
 - E. Axul venos porto-caval este bogat în valve ce determină modificările de presiune în tot sistemul venos port

5. CM. Pentru sindromul Baumgarten-Cruveilhier NU este caracteristic:
 - A. Debutul acut
 - B. Recanalizarea venei portă, apariția capului de meduză și suflu specific la auscultație
 - C. Emfizemul subcutanat
 - D. Coagulopatia
 - E. Respirația paradoxală
6. CS. Cea mai sigură și obiectivă metodă de diagnostic al hemoragiilor digestive superioare este:
 - A. Fibroesofagogastroduodenoscopia
 - B. Radiografia baritată
 - C. Scintigrafia
 - D. Angiografia
 - E. Laparoscopia diagnostică
7. CS. Ce metodă poate fi utilă în tratamentul hipertensiunii portale cirogene?
 - A. Drenajul Wirsungului
 - B. Vagotomia tronculară
 - C. Transplantul lienal
 - D. Deconexiunea azygo-portală
 - E. Splenopancreatectomia stângă
8. CS. Cauza cea mai frecventă a hipertensiunii portale este:
 - A. Pericardita congestivă
 - B. Sindromul Budd-Chiari
 - C. Ciroza hepatică cu baraj intrahepatic
 - D. Cvadrifurcația venei portă
 - E. Tromboza venei lienale
9. CS. Pentru aprecierea stării funcționale hepatice la pacienții cirolici cu sindrom de hipertensiune portală se folosește:
 - A. Scorul Ranson
 - B. Indicele Algover
 - C. Scorul Apgar
 - D. Criteriile Child
 - E. Scorul Glasgow

10. CS. Pacienții cu șunt porto-cav pot dezvolta o stare de comă hepatică prin:
 - A. Hipocalcemie
 - B. Hiperglicemie
 - C. Hiperalbuminemie
 - D. Creșterea amoniemiei
 - E. Creșterea timpului de protrombină
11. CS. Operația Tanner are următoarea indicație:
 - A. Encefalopatia
 - B. Ascita refractară tratamentului medicamentos
 - C. Hemoragia prin ruptura varicelor esofagiene
 - D. Hemoragia prin ruptura varicelor colonice
 - E. Hemoragia prin ruptura varicelor rectale
12. CS. Ce afirmație referitor la forma prehepatică a hipertensiunii portale este falsă?
 - A. Apare mai frecvent la copii
 - B. Determină apariția claudicației intermitente
 - C. Anastomoza spleno-renală distală micșorează presiunea portală
 - D. Este cauzată de anomaliile congenitale de dezvoltare ale venei portă
 - E. Determină apariția hemoragiei digestive
13. CS. Cele enumerate mai jos sunt cauze ale hipertensiunii portale, exceptând:
 - A. Sindromul Budd-Chiari
 - B. Boala Chiari
 - C. Sindromul Zollinger-Ellison
 - D. Ciroza hepatică alcoolică
 - E. Chistul hidatic hepatic gigant (lob drept, S 6-7-8)
14. CS. O bolnavă cirotică în vârstă de 44 de ani se internează cu hemoragie gastrointestinală exteriorizată prin vome „zaț de cafea” și scaun „culoarea păcurei”. Ce explorare poate preciza sursa hemoragiei?
 - A. Scintigrafia hepatică
 - B. Colonoscopia
 - C. Angiografia suprasedectivă hepatică
 - D. Fibroesofagogastroduodenoscopia
 - E. Radiografia abdominală pe gol

15. CM. Care dintre explorările de laborator sunt utile pentru stabilirea gravității hemoragiei variceale?
- A. Testele de coagulare
 - B. Hemoglobina
 - C. Trombocitele
 - D. Hematocritul
 - E. Eritrocitele
16. CS. Care dintre manifestările de mai jos NU sunt caracteristice pentru hipertensiunea portală?
- A. Ascita
 - B. Splenomegalia
 - C. Disfagia
 - D. Encefalopatia hepatică
 - E. Varicele esofago-gastrice
17. CM. Condițiile necesare pentru apariția ascitei sunt:
- A. Existența sindromului de malabsorbție
 - B. Prezența icterului
 - C. Prezența hipertensiunii portale cronice și retenția hidrosalină
 - D. Prezența hipertensiunii portale acute asociată cu icter intermitent
 - E. Hipoalbuminemie
18. CS. Manifestările biochimice și hematologice enumerate mai jos caracterizează hipersplenismul autoimun cu excepția uneia. NU-MIȚI-O:
- A. Leucocitopenie
 - B. Glicemie
 - C. Anemie
 - D. Creșterea complexului imun circulant
 - E. Trombocitopenie
19. CS. Care dintre afirmațiile de mai jos referitoare la hipertensiunea portală este falsă?
- A. Evoluția, de obicei, este severă
 - B. Determină hemoragia digestivă
 - C. Este consecința unui obstacol în sistemul port
 - D. Consecințele ei pot fi: splenomegalia, encefalopatia, ascita, hemoragia digestivă
 - E. Se micșorează la administrarea 5-fluorouracilului

20. CM. După care dintre următoarele intervenții chirurgicale mai rar apare encefalopatia hepatică?
- A. Anastomoza porto-cavă termino-laterală
 - B. Anastomoza porto-cavă latero-laterală
 - C. Anastomoza spleno-renală proximală
 - D. Anastomoza spleno-renală distală (Warren)
 - E. Anastomoza mezenterico-cavă
21. CS. Hipertensiunea portală se caracterizează prin următoarele semne, exceptând:
- A. Splenomegalia
 - B. Ascita
 - C. Circulația colaterală abdominală
 - D. Varicele esofagiene
 - E. Silențiul abdominal
22. CS. Una dintre cele mai informative metode specifice în diagnosticul sediului și sursei hemoragiei variceale este:
- A. Irigoscopia
 - B. Fibroesofagogastroduodenoscopia
 - C. Radiografia abdominală de ansamblu
 - D. Laparoscopia
 - E. Pasajul bariului prin intestin
23. CS. Alegeți afirmația incorectă pentru hipertensiunea portală:
- A. Splenomegalia se însoțește de hipersplenism hematologic predominant de trombocitopenie și leucopenie
 - B. Cauzele și clasificarea hipertensiunii portale se bazează pe sediul obstacolului și raportul acestuia cu patul sinusoidal
 - C. Hemoragia variceală este complicația hipertensiunii portale
 - D. Presiunea în vena portă, în mod normal, este de 10-15 mmHg
 - E. Manifestările clinice ale hipertensiunii portale apar dacă gradientul presional este mai mic de 10 mmHg
24. CS. Caracteristic pentru sindromul Baumgarten-Cruveilhier este:
- A. Hemoptizia
 - B. Recanalizarea venei ombilicale, apariția capului de meduză și apariția suflului specific la auscultație
 - C. Coagulopatia

- D. Melena
 - E. Disfagia
25. CS. Complicațiile hipertensiunii portale sunt următoarele, exceptând:
- A. Icterul mecanic
 - B. Rectoragia
 - C. Ascita
 - D. Hemoragia digestivă superioară din varicele esogastrice
 - E. Encefalopatia
26. CS. Care dintre cele enumerate mai jos sunt procedee de deconexiune azygo-portală?
- A. Anastomoza spleno-renală centrală
 - B. Anastomoza spleno-renală proximală
 - C. Anastomoza omfalo-cavă
 - D. Anastomoza porto-sistemică în „H”
 - E. Operația Șugiura
27. CS. Un bolnav cu hemoragie din varicele esofagiene prezintă bili-rubină serică în limitele 35-50 $\mu\text{mol/l}$, albumină-30-35 g/l, ascită tranzitorie, stare de nutriție bună. Ce procedeu de tratament este mai acceptabil în acest caz?
- A. Omentorenopexie
 - B. Șunt porto-sistemic transjugular (TIPS)
 - C. Embolizare transparietohepatică a venelor esofago-gastrice
 - D. Splenectomie
 - E. Omentohepatopexie
28. CM. Indicați remediile eficiente pentru reducerea hipertensiunii portale:
- A. Cimetidină
 - B. Octreotid
 - C. Mercazolil
 - D. 5-fluorouracil
 - E. Pituitrină
29. CM. Incidența complicațiilor cauzate de tamponamentul cu sonda Blackemore al varicelor esofagiene sângerânde variază între 4-9%. Cele mai frecvente dintre ele sunt:
- A. Ruptura esofagului

- B. Obturarea traheii
 - C. Necroza mucoasei esofagiene
 - D. Aspirația
 - E. Mediastinita
30. CS. Caracteristic pentru hipertensiunea portală este:
- A. Frecvent apare pe fundalul cirozei hepatice
 - B. Ca regulă este însoțită de hiperamilazemie
 - C. Debutează brusc
 - D. Apare ansa „santină” pe o radiografie abdominală simplă
 - E. Infarctul enteromezenteric este cea mai frecventă complicație a ei
31. CS. Operația cea mai frecvent practică în hipertensiunea portală este:
- A. Anastomoza porto-cavă
 - B. Anastomoza spleno-renală
 - C. Deconexiunea azygo-portală
 - D. Anastomoza mezenterico-cavă
 - E. Anastomoza omfalo-cavă
32. CS. Sindromul de hipertensiune portală se caracterizează prin:
- A. Este însoțit de creșterea presiunii venoase centrale
 - B. Se traduce prin icter progresiv, prurit
 - C. Se poate dezvolta pe fundalul bolii Chiari
 - D. Se asociază, de regulă, cu angina abdominală
 - E. Este însoțit de hipertensiune arterială
33. CS. Caracteristic pentru hipersplenismul secundar hipertensiunii portale este:
- A. Hiperamilazemia
 - B. Hiperleucocitoza și azotemia
 - C. Trombocitopenia și anemia
 - D. Scăderea ponderală importantă
 - E. Hemoragia digestivă ocultă
34. CM. Șunturile porto-sistemice nonselective sunt reprezentate de:
- A. Șuntul porto-cav termino-lateral
 - B. Șuntul porto-cav latero-lateral
 - C. Șuntul proximal spleno-renal

- D. Șuntul spleno-renal distal
E. Șuntul porto-sistemic transjugular intrahepatic
35. CS. Ce afirmație referitor la forma suprahepatică a hipertensiunii portale este adevărată?
A. Are un prognostic favorabil
B. Are debut brutal, legat de un moment alimentar
C. Cavografia și celiacografia nu sunt utile pentru diagnostic
D. Se însoțește de hepatomegalie dureroasă
E. Este asimptomatică
36. CS. Sindromul Budd-Chiari se caracterizează prin:
A. Durere în punctul costovertebral stâng la palpate
B. Debut acut asociat cu dureri intense epigastrice și hepatomegalie dureroasă
C. Disfagie paradoxală
D. Atrezia sau hipoplazia venei portă
E. Obstrucția segmentară a venei lienale
37. CS. Care este cea mai frecventă consecință a anastomozei porto-cave?
A. Encefalopatia
B. Pileflebita purulentă
C. Abcesul hepatic
D. Ruptura de splină în „doi timpi”
E. Hemangiomul hepatic
38. CM. Hipertensiunea portală cirogenă prezintă următoarele complicații, exceptând:
A. Icterul
B. Hemoragia variceală esofagiană
C. Hemoragia digestivă inferioară
D. Exoftalmia
E. Encefalopatia
39. CM. Șunturile portocave selective sunt preferate, deoarece se complică mai rar cu:
A. Ascită
B. Encefalopatie portală
C. Resângerare

- D. Insuficiență renală acută
 - E. Sindrom hepatorenal
40. CM. Enumerați riscurile importante ale aplicării sondei Blackemore:
- A. Aspirație traheală (sindromul Mendelson)
 - B. Ruptura peretelui esofagian
 - C. Respirație paradoxală
 - D. Ruptura vaselor mari intratoracice
 - E. Tulburări de ritm cardiac, dureri anginoase
41. CM. Enumerați cauzele de sângerare digestivă în contextul hipertensiunii portale:
- A. Ruperea varicelor esofagiene
 - B. Gastropatia portal-hipertensivă
 - C. Displazia epitelială esofagiană Barret
 - D. Ruperea hemoroizilor secundari
 - E. Ruperea varicelor gastrice fundice
42. CM. Care dintre următoarele modalități terapeutice pot fi folosite în stoparea hemoragiei din varicele esofagiene rupte?
- A. Scleroterapia endoscopică
 - B. Rezecarea esofagului toracic plus esofagoplastie
 - C. Sonda Sengstaken-Blackemore
 - D. Vagotomia cu piloroplastia
 - E. Ligatura cu inele elastice
43. CM. Care sunt obiectivele tratamentului chirurgical în hipertensiunea portală?
- A. Reducerea secreției gastrice
 - B. Reechilibrarea volemică și hematică
 - C. Reducerea hipertensiunii portale
 - D. Controlul hemoragiei acute variceale esofagogastrice
 - E. Micșorarea riscului de recidivă a sângerării variceale
44. CM. Criteriile clasificării Child de apreciere a stării funcționale hepatice includ:
- A. Bilirubina și albumina serică
 - B. Ascita, tulburările neurologice
 - C. Transaminazele, ureea, protrombina

- D. Glicemia, transferaza
 - E. Starea de nutriție
45. CM. Care dintre următoarele afirmații despre șuntul porto-cav realizat în cazurile de urgență sunt adevărate?
- A. Se obține o hemostază promptă
 - B. Trebuie să fie urmat de transplant hepatic
 - C. Este de preferat șuntul de tip selectiv
 - D. Nu are contraindicații
 - E. Mortalitatea postoperatorie este mică
46. CM. Răspunsul splinei la hipertensiunea portală, indiferent de sediul obstacolului, este:
- A. Splenomegalie
 - B. Hipervascularizare cu creșterea presiunii portale prin hiperflux
 - C. Hipersplenism imunologic
 - D. Rataținarea splinei
 - E. Apariția fistulelor arterio-venoase lienale
47. CM. Care dintre afecțiunile de mai jos pot cauza obstacol portal pre-hepatic?
- A. Atrezii ale axului venos portal
 - B. Flebite ale axului venos portal
 - C. Tromboze ale axului venos spleno-portal
 - D. Sindromul Banti
 - E. Fibroza hepatică
48. CM. Care dintre afecțiunile de mai jos pot cauza obstacol portal intra-hepatic?
- A. Afecțiunile pancreatice
 - B. Splenomegaliile primitive
 - C. Tumorile hepatice
 - D. Ciroza hepatică
 - E. Sindromul Budd-Chiari
49. CM. Cauzele principale ale obstrucției portale suprahepatice sunt:
- A. Sindromul Budd-Chiari
 - B. Pericardita constrictivă
 - C. Tromboza venei lienale

- D. Fibroza ficatului
- E. Ciroza hepatică

KEY: SINDROMUL DE HIPERTENSIUNE PORTALĂ

1.C; 2.D; 3.C; 4.E; 5.ACDE; 6.A; 7.D; 8.C; 9.D; 10.D; 11.C; 12.B; 13.C; 14.D; 15.BDE; 16.C; 17.CE; 18.B; 19.E; 20.DE; 21.E; 22.B; 23.E; 24.B; 25.A; 26.E; 27.B; 28.BE; 29.CD; 30.A; 31.C; 32.C; 33.C; 34.ABC; 35.D; 36.B; 37.A; 38.AD; 39.B; 40.ABE; 41.ABDE; 42.ACE; 43.CDE; 44.ABE; 45.AC; 46.ABC; 47.ABC; 48.CD; 49.AB.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Bolnavul M. N., 32 de ani, s-a internat în clinică cu splenomegalie (splina 21 cm), hipersplenism sever tradus prin pancitopenie, varice esofagiene gradul III. Ecografic s-a pus în evidență un chist pancreatic recidivant, cu diametrul de 8-10 cm localizat corporeocaudal, interpretat drept cauză a sindromului de hipertensiune portală.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/ sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Sandostatină, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Chist pancreatic. Hipertensiune portală, bloc subhepatic. Splenomegalie, hipersplenism*

2. Bolnava V.M., 52 de ani, veche cirotică, s-a internat în clinică în mod urgent cu tabloul clinic al unei hemoragii digestive superioare exteriorizată prin vome tip „zaț de cafea” și scaune melenice repetate. Criteriile Seufert de gravitate a hemoragiei sunt date de: AV – 100; TA – 100/60; Hb – 78; Ht – 30%; PVC – 2 cm H₂O; Diureza – 40 ml/oră.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Pituitrină, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Ciroză hepatică. Hipertensiune portală II B. Hemoragie digestivă superioară variceală gravă*

AFECTIUNILE CHIRURGICALE ALE SPLINEI

1. CM. Care dintre afirmațiile referitoare la hipersplenism sunt adevărate?
 - A. Hipersplenismul frecvent este determinat de leziunile traumatice ale splinei
 - B. Conduce la diminuarea uneia sau a mai multor linii celulare sangvine
 - C. Splenomegalia este aproape totdeauna prezentă
 - D. Dezordinile hematologice pot fi însoțite de febră și infecții recurente
 - E. Se tratează prin splenectomie
2. CS. În care dintre anemiile hemolitice congenitale menționate mai jos splenectomia aduce vindecare clinică?
 - A. Sferocitoza ereditară
 - B. Anemiile prin defecte enzimatică, eliptocitoza ereditară, talasemia majoră
 - C. Anemia falcipară (sickleemia)
 - D. Porfirie eritropoietică congenitală
 - E. Anemia hemolitică autoimună idiopatică
3. CS. Diminuarea numărului de pneumonii severe după splenectomie a fost posibilă după:
 - A. Introducerea procedurilor conservatoare în chirurgia splinei traumatice
 - B. Introducerea vaccinului pneumococic polivalent în tratamentul precoce postsplenectomie
 - C. Introducerea tehnicii de implant a micilor fragmente splenice în omentul mare
 - D. Introducerea vaccinului antimeningococic polivalent în tratamentul precoce postsplenectomie
 - E. Introducerea pe scară largă a antibioprolaxiei cu acoperire pe durată lungă postsplenectomie
4. CS. Semnele clinice de șoc secundar leziunii traumatice a splinei includ următoarele, exceptând:
 - A. Scăderea TA (sistolice < 90 mmHg și TA medii < 50-60 mmHg)

- B. Tahicardie
 - C. Tahipnee
 - D. Creșterea debitului urinar cu poliurie
 - E. Alterarea stării de conștiință, până la comă
5. CM. Procedee de splenectomie parțială segmentară și splenorafie pot fi indicate la:
- A. Pacienți care prezintă leziuni izolate ale splinei de tipul I, în echilibru hemodinamic
 - B. Pacienți care prezintă hematom intraparenchimos cu diametru peste 5 cm
 - C. Pacienți care prezintă ruptură de parenchim cu adâncime mai mare de 3 cm
 - D. Pacienți care prezintă ruptură de parenchim ce interesează vasele trabeculare
 - E. Pacienți care prezintă leziuni izolate ale splinei de tipul II, în echilibru hemodinamic
6. CM. Tratamentul chirurgical conservator prin splenorafie este recomandat în următoarele situații:
- A. Hematom subcapsular cu ruptură secundară
 - B. Ruptură capsulară izolată cu instabilitate hemodinamică
 - C. Leziuni parenchimoase superficiale cu instabilitate hemodinamică
 - D. Distrucția unui pol splenic
 - E. Detașarea hilului splenic
7. CS. Traumatismele splinei:
- A. Se pot asocia cu hemoperitoneu
 - B. Sunt mai rare la persoanele cu splenomegalie
 - C. Cel mai frecvent nu necesită intervenție chirurgicală
 - D. Prezintă balans mediastinal
 - E. Au caracteristic semnul Wirchoff-Troisier
8. CS. Valoarea normală a trombocitelor la bărbați este de:
- A. 4,5-5,5 mil./mm³
 - B. 4200-8000/mm³
 - C. 1-10 mm/1 oră
 - D. 10-15 ‰
 - E. 150-400.000/mm³

9. CS. Hipersplenismul debutează cel mai frecvent:
- A. Cu trombocitopenie
 - B. Cu dezvoltare rapidă a ascitei
 - C. Cu hemoragii digestive
 - D. Cu afectare monoarticulară
 - E. Cu afectare poliarticulară asimetrică
10. CM. Care dintre cauzele de mai jos contribuie la ruptura splinei în doi timpi?
- A. Traumatismul splinei cu hemoragie intrasplenică, menținută de rezistența capsulei
 - B. Infecția splinei
 - C. Cedarea rezistenței și ruperea capsulei cu revărsarea sângelui în peritoneu
 - D. Fragilitatea vasculară
 - E. Niciun raspuns corect
11. CS. La bolnavii splenectomizați, care dezvoltă infecții severe, germeni cei mai frecvent identificați în hemoculturi sunt:
- A. Streptococcus pneumoniae
 - B. Haemophilus influenzae
 - C. Bacilul Koch
 - D. Bacilul tetanic
 - E. Neisseria meningitidis
12. CM. Splenectomia este indicată în:
- A. Leziuni vasculare în hil
 - B. Hematom minim subcapsular
 - C. Rupturi multiple și profunde
 - D. Ruptură sub 1 cm din parenchim
 - E. Continuarea hemoragiei
13. CM. Sindromul hipersplenic se caracterizează prin următoarele:
- A. Asociază poliartrita reumatoidă cu splenomegalia
 - B. Apare în formele severe, cu evoluție prelungită, de ciroză hepatică
 - C. Citopenia este urmarea inhibiției sintezei medulare
 - D. Splenectomia are deseori efecte benefice asupra evoluției bolii
 - E. Se asociază cu anemie și trombopenie

14. CM. Care dintre următoarele NU reprezintă o modalitate evolutivă a unui hematom subcapsular lienal?
 - A. Dezvoltarea rapidă a encefalopatiei
 - B. Formarea unui abces splenic
 - C. Ruptura capsulei și hemoragie secundară
 - D. Formarea unui chist splenic
 - E. Apariția anemiei hemolitice autoimune idiopatică
15. CS. Care este metoda de elecție pentru controlul viabilității fragmentelor splenice transplantate după extirparea splinei traumatizate?
 - A. Ecografia
 - B. Tomografia computerizată
 - C. Scintigrafia
 - D. Laparoscopia
 - E. Radiografia abdominală simplă
16. CS. În cazul leziunilor splinei, omentosplenografia se indică în următoarele condiții:
 - A. Hematom perisplenic
 - B. Leziuni de gradul II și III
 - C. Hematom intraparenchimal rupt, cu hemoragie activă
 - D. Ruptura unui vas hilar
 - E. Fragmentarea polului splinei
17. CM. Cauza infarctului de splină poate fi:
 - A. Embolia sau tromboza din ramurile terminale ale arterei splenice
 - B. Endocardita infecțioasă
 - C. Boala reumatică de inimă
 - D. Boala coronariană de inimă
 - E. Papilita stenoizantă
18. CM. Chisturile neparazitare false sunt dobândite și sunt cauzate de:
 - A. Rupturile subcapsulare
 - B. Bolile infecțioase
 - C. Infarctul splenic
 - D. După tratamentul abcesului splenic
 - E. Infarctul miocardic

19. CS. Ce organe sunt cele mai afectate de traumatismul abdominal con-
tondent?
- Ficatul
 - Rinichii
 - Splina
 - Colonul
 - Pancreasul
20. CM. Caracteristicile splenomegaliei sunt:
- Apare în ciroză și în hipertensiune portală
 - Infarctul lienal este constant întâlnit
 - Hipersplenismul constant
 - Tromboza venoasă este o cauză frecventă
 - Icterul poate fi sever

KEY: AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE SPLINEI

1.BCDE; 2.A; 3.B; 4.D; 5.AE; 6.ABC; 7.A; 8. E; 9.A; 10.AC; 11.A;
12.ACE; 13.BE; 14.AE; 15.C; 16.A; 17.ABCD; 18.ACD; 19.C; 20.ACD.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. La 22 de zile după splenectomie, efectuată pentru splenomegalie-hi-
persplenism sever, pacientul cirotic, un bărbat de 43 de ani, este reinternat
în stare gravă, septică, cu febră, frisoane, transpirații profuze, astenie, ano-
rexie, dureri permanente în hipocondrul stâng, ascită moderată. Examenul
clinic relevă: prezența subicterului sclerotegumentar. Abdomenul dureros
la palpare preponderent în epigastru și hipocondrul stâng. Febră – 39,2°C.
Examen de laborator: Er. – 2 800 000/mm³, Hg – 10g%, Le – 16 000/
mm³, devierea la stânga a formulei leucocitare – 40%. Bilirubina directă –
59 mlmol/l, Protrombina serică – 50% și transaminazele moderat crescute
de 2 ori față de normă. USG – colecție lichidiană sub hemidiafragma stâng
– 4,0x5,0 cm.

- Formulați diagnosticul prezumtiv.
- Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
- Efectuați diagnosticul diferențial.
- Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt
necesare?

5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Ceftriaxone, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Abces al lojei lienale postsplenectomie*

2. Pacient cirotic, în vârstă de 54 de ani, se internează în clinică pentru dureri în hipocondrul stâng cu iradiere în regiunea scapulară sau în umărul stâng (semnul lui Kehr), febră septică, frisoane (cu 2 săptămâni înaintea internării), sensibilitate și/sau împăstare în hipocondrul stâng, splenomegalie. Examen clinic: abdomen suplu, mobil cu mișcările respiratorii, sensibil la palpare la nivelul hipocondrului stâng. Semnele peritoneale negative. Examen de laborator: Le – 15 000/mm³, Trombocitoză – 555 000/mm³, VSH – 72 mm/h. Ecografie abdominală: splina cu imagine hipoecogenă, cu zona hiperecogenă centrală, de 3/3 cm, contur bine delimitat ce nu modifică conturul splenic. TC: splina cu formațiune hipoecodensă de 3,5 cm, între fața diaframică și cea gastrică – colecție ce nu are densitate sangvină, cu margini aparent bine conturate.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Enoxaparină sodică, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Splenomegalie. Infarct lienal*

AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE COLONULUI

1. CS. Care este metoda diagnostică de elecție în cazul unui pacient cu hemoragie digestivă inferioară persistentă și abundentă cu colonoscopie normală?
 - A. Tomografia computerizată
 - B. Rezonanța magnetică nucleară
 - C. Arteriografia celio-mezenterică
 - D. Examinarea cu videocapsulă endoscopică
 - E. Laparoscopia diagnostică

2. CS. Care dintre următoarele afirmații, referitor la hemoragia digestivă inferioară (HDI), este adevărată?
 - A. Cea mai frecventă cauză a HDI este neoplasmul de colon
 - B. În 90% din cazuri sursa HDI este localizată în intestinul subțire
 - C. În 10% din cazuri sursa HDI este localizată în colon
 - D. Tratamentul anticoagulant reprezintă cauza principală de HDI
 - E. Hemoragiile diverticulare reprezintă sursa frecventă de HDI

3. CS. Care este cauza cea mai frecventă a hemoragiei digestive inferioare?
 - A. Angiodisplaziile
 - B. Diverticulele colonice
 - C. Colitele
 - D. Cancerele de colon
 - E. Tumorile benigne ale colonului

4. CS. Care dintre următoarele afirmații nu reprezintă cauză a hemoragiei digestive inferioare legate de intestinul subțire?
 - A. Tumorile
 - B. Angiodisplaziile
 - C. Ulcerațiile legate de boala Crohn
 - D. Diverticulul Meckel
 - E. Ulcerațiile Dieulafoy

5. CS. Cu ce rol se realizează colonoscopia în hemoragiile digestive inferioare?
 - A. Cu rol diagnostic și prognostic
 - B. Doar cu rol diagnostic
 - C. Cu rol diagnostic, prognostic și terapeutic
 - D. Cu rol diagnostic și eventual terapeutic
 - E. Cu rol terapeutic

6. CM. Care sunt cauzele dominante ale hemoragiilor digestive inferioare?
 - A. Angiodisplaziile
 - B. Diverticulele Meckel
 - C. Tumorile sângerânde
 - D. Diverticulozele colonice
 - E. Colitele grave

7. CM. Care dintre următoarele afirmații, referitor la hemoragiile diverticulare, sunt juste?
 - A. Sunt independente de consumul de antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
 - B. Sunt favorizate de complicațiile inflamatorii ale unei diverticuloze
 - C. Reprezintă cauza cea mai frecventă de hemoragie digestivă inferioară
 - D. Oprirea sângerării necesită, de cele mai multe ori, o intervenție endoscopică
 - E. Cel mai des reprezintă un diagnostic prezumtiv

8. CM. Care sunt cauzele hemoragiilor digestive inferioare legate de intestinul subțire?
 - A. Ulcerațiile cauzate de administrarea AINS
 - B. Ulcerațiile în boala Crohn
 - C. Polipozele
 - D. Infecțiile
 - E. Tumorile

9. CM. Care dintre următoarele medicamente pot favoriza producerea unei hemoragii digestive inferioare la pacienții cu cancer de colon?
 - A. Antiagregantele plachetare
 - B. Prokineticele
 - C. Anticoagulantele

- D. Antidiareicele
 - E. Hipolipemiantele
10. CM. Care dintre următoarele atitudini de conduită terapeutică și diagnostică sunt adecvate în cazurile de hemoragie digestivă inferioară cu colonoscopie normală?
- A. Administrarea inhibitorilor pompei protonice (IPP) pe injectomat
 - B. Videocapsula endoscopică
 - C. Administrarea intravenoasă de Octreotid
 - D. Arteriografia celio-mezenterică
 - E. Embolizarea endovasculară sub ghidare radiologică
11. CM. Care dintre următoarele măsuri de reanimare sunt aplicate în cadrul hemoragiei digestive inferioare?
- A. Oxigenoterapia
 - B. Administrarea inhibitorilor pompei protonice (IPP)
 - C. Transfuzia de plasmă congelată și concentrat eritrocitar
 - D. Montarea unei căi venoase periferice
 - E. Umplerea patului vascular
12. CM. Care dintre următoarele afirmații caracterizează angiodisplazia colonului?
- A. Se manifestă prin rectoragii repetate, puțin abundente
 - B. Este o anomalie vasculară
 - C. Este favorizată de consumul de antiinflamatoare nesteroidiene (AINS)
 - D. Sediul – colonul
 - E. Sediul – intestinul subțire
13. CM. Care sunt afirmațiile adevărate despre colonoscopie?
- A. Se efectuează fără pregătirea prealabilă a colonului
 - B. Se efectuează sub anestezie generală
 - C. Se poate efectua și în urgență
 - D. Se efectuează în scop diagnostic
 - E. Nu are rol terapeutic
14. CM. Care sunt afirmațiile adevărate despre hemoragia din cancerul de colon?
- A. Se asociază frecvent cu diaree
 - B. Rectoragiile sunt repetate, puțin abundente

- C. Tratamentul antiagregant favorizează hemoragia digestivă inferioară
 - D. Este cea mai frecventă cauză de hemoragii digestive inferioare
 - E. Se manifestă deseori printr-o hemoragie acută
15. CM. Care sunt măsurile de reanimare în hemoragia digestivă inferioară gravă?
- A. Monitorizare cardiacă, tensională și a saturației
 - B. Administrare intravenoasă de Octreotid
 - C. Administrare intravenoasă empirică a inhibitorilor pompei protonice (IPP) în doze crescute
 - D. Umplere vasculară sau transfuzie
 - E. Oxigenoterapie
16. CS. Care medicament favorizează apariția hemoragiilor diverticulare din colon?
- A. Aspirina
 - B. Omeprazolul
 - C. Enalaprilul
 - D. Furosemidul
 - E. Metoclopramidul
17. CS. Ce semn clinic este caracteristic la inspecția bolnavului cu volvulus de sigmoid?
- A. Abdomen ușor destins, cu echimoză periombilicală (semnul Cullen)
 - B. Steluțe vasculare
 - C. Icter sclero-tegmentar
 - D. Meteorism asimetric
 - E. Abdomen plat, imobil cu respirația
18. CS. Ce imagine radiologică este patognomonică pentru ocluziile intestinale?
- A. Pneumoperitoneul subdiafragmatic
 - B. Pleurezia bazală dreaptă
 - C. Multiplele imagini de calculi radio-opaci
 - D. Nivelele hidro-aerice
 - E. Nu există o imagine radiologică patognomonică pentru ocluziile intestinale

19. CS. Care simptom sau semn clinic nu face parte din tabloul clinic al ocluziei intestinale joase?
- A. Oprirea precoce a tranzitului pentru materii și gaze
 - B. Vărsături tardive și de aspect fecaloid
 - C. Lipsa meteorismului
 - D. Durere abdominală
 - E. Destinderea abdominală
20. CS. Care este termenul pentru restabilirea continuității tubului digestiv după o intervenție Hartmann pentru volvulus de sigmoid?
- A. 1 lună
 - B. 2-3 luni
 - C. 1 săptămână
 - D. 1 an
 - E. 6 săptămâni
21. CS. Care dintre următorii factori favorizează apariția volvulusului cecului?
- A. Vârsta peste 70 de ani
 - B. Absența acolării posterioare a cecului
 - C. Diareea
 - D. Constipația
 - E. Obezitatea
22. CM. Care dintre următoarele măsuri se vor realiza în mod obligatoriu la toți pacienții cu ocluzii intestinale?
- A. Să fie spitalizați în urgență
 - B. Să fie supuși unei endoscopii exploratorii
 - C. Să fie tratați cu analgezice
 - D. Să fie supuși unei chirurgii exploratorii (laparoscopie sau laparotomie diagnostică)
 - E. Să fie reechilibrați hidro-electrolitic
23. CM. Ce informații din cadrul anamnezei pot stabili etiologia unui sindrom ocluziv?
- A. Antecedentele chirurgicale (eventuale operații anterioare)
 - B. Medicația anterioară
 - C. Semnele de impregnare neoplazică
 - D. Antecedentele personale fiziologice

- E. Anamneza nu are un rol important în stabilirea etiologiei, doar investigațiile paraclinice pot stabili etiologia sindromului ocluziv
24. CM. Care dintre următoarele semne și simptome sunt caracteristice pentru sindromul ocluziv?
- A. Durerea abdominală
 - B. Meteorismul abdominal
 - C. Hematemeza
 - D. Vărsăturile
 - E. Oprirea tranzitului pentru materii și gaze
25. CM. Care dintre următoarele patologii pot determina ocluzie intestinală prin mecanism de obstrucție?
- A. Tumorile intestinale
 - B. Polipii
 - C. Ileusul biliar
 - D. Volvulusul sigmoidian
 - E. Ileusul postoperator
26. CM. Prin ce metode poate fi reprezentat tratamentul volvulusului de sigmoid?
- A. Reducerea volvulusului cu o sondă Faucher +/- colonoscopie
 - B. Sigmoidectomie cu anastomoză colo-rectală
 - C. Rezeceția colonului volvulat urmată de colostomie (intervenția Hartmann)
 - D. Doar tratament medical
 - E. Nu este nevoie de vreun tratament – sigmoidul se devolvulează spontan
27. CM. Care sunt semnele de severitate ale unei ocluzii intestinale?
- A. Deshidratarea
 - B. Șocul
 - C. Febra, sepsisul sever
 - D. Apărarea abdominală/durerea severă
 - E. Vărsăturile
28. CM. Care sunt factorii de risc pentru volvulusul de colon sigmoid?
- A. Vârsta >70 de ani
 - B. Vârsta > 60 de ani

- C. Constipația
 - D. Diareea
 - E. Megadolicosigmoidul
29. CM. Prin care semne clinice se recunoaște volvulusul de colon sigmoid?
- A. Meteorism voluminos asimetric
 - B. Niveluri colice în „U” inversat pe radiografia abdominală simplă, TC abdominală
 - C. Meteorism voluminos difuz
 - D. Nivel hidro-aeric colic la nivelul hipocondrului stâng
 - E. Absența aspectului obișnuit granitat al cecului
30. CM. Care sunt cauzele ocluziei de colon prin mecanism de obstrucție?
- A. Cancerul de colon
 - B. Diverticuloza cu formarea unei pseudotumori abdominale
 - C. Fecalomul
 - D. Corp străin
 - E. Boala Crohn
31. CM. Care sunt cauzele ocluziei de colon prin mecanism de strangulare?
- A. Brida
 - B. Volvulusul de cec
 - C. Volvulusul de sigmoid
 - D. Hernia strangulată
 - E. Diverticulul Meckel
32. CM. Ce tulburări homeostatice pot fi depistate în toate ocluziile intestinale?
- A. Alcaloza metabolică
 - B. Acidoza metabolică
 - C. Hipotensiunea
 - D. Hipovolemia
 - E. Secernarea lichidelor în al treilea sector
33. CS. Care este cel mai frecvent semn clinic de debut al colitei ulceroașe nespecifice?
- A. Scăderea ponderală
 - B. Diareea sangvinolentă

- C. Durerile abdominale
 - D. Constipația
 - E. Leziunile dermatologice
34. CS. Care este grupa principală de medicamente, acceptată în tratamentul colitei ulceroase nespecifice, capabilă să realizeze remisiunea episoadelor acute?
- A. Derivații de Sulfsalazină
 - B. Corticosteroizii
 - C. Antibioticele cu spectru larg de acțiune
 - D. Imunodepresoarele
 - E. Interferonul beta
35. CS. Care este investigația paraclinică cea mai fidelă în diagnosticarea colitei ulceroase nespecifice?
- A. Ecografia abdominală
 - B. Irigografia baritată
 - C. Tranzitul baritat gastrointestinal
 - D. Rectosigmoidoscopia endoscopică
 - E. Examenle copro-parazitologice și coproculturile
36. CS. Care este cea mai frecventă manifestare clinică a colitei ulceroase nespecifice?
- A. Diareea
 - B. Durerea abdominală
 - C. Rectoragia
 - D. Scăderea ponderală
 - E. Tenesmele rectale
37. CS. Care dintre următoarele complicații ale colitei ulceroase nespecifice nu necesită tratament chirurgical?
- A. Megacolonul toxic
 - B. Colita fulminantă ce nu răspunde la terapia cortizonică
 - C. Ocluzia prin stricturi colonice
 - D. Suspiciunea unui cancer colonic
 - E. Pseudopolipii colonici
38. CS. Care semn clinic domină tabloul clinic în cancerul colonului drept?
- A. Anemia

- B. Durerile cu caracter surd
 - C. Constipația
 - D. Diareea
 - E. Prezența unei tumori palpabile
39. CS. Care este cea mai frecventă formă de manifestare a cancerului de colon stâng?
- A. Durerea colicativă
 - B. Rectoragia
 - C. Tulburările de tranzit intestinal
 - D. Tromboflebita migrantă
 - E. Icterul
40. CS. Care este modul cel mai obișnuit de extindere (metastazare) a cancerului de colon?
- A. Calea hematogenă
 - B. Calea retrogradă
 - C. Calea intralumenală
 - D. Calea limfatică
 - E. Calea perineurală
41. CS. Cum se definește cancerul sincron, dezvoltat la nivelul colonului?
- A. Tumoare dezvoltată la nivelul colonului într-un interval de timp >6 luni de la intervenția chirurgicală primară
 - B. Tumoare cu dezvoltare independentă, diagnosticată pe parcursul a 6 luni de la intervenția chirurgicală primară
 - C. Metastază la nivelul colonului, cu punct de plecare din altă tumoră malignă a colonului
 - D. Stadiu evolutiv al unei tumori maligne a colonului
 - E. Recidivă tumorală, localizată la nivelul tranșei anastomotice
42. CS. Care este obiectivul tratamentului chirurgical cu intenție de radicalitate în cancerul de colon?
- A. Exereza largă a tumorii primare și a segmentului colic purtător
 - B. Exereza tumorii primare în limite de siguranță oncologică, a teritoriului limfatic loco-regional și a determinărilor secundare la distanță
 - C. Restabilirea continuității tubului digestiv
 - D. Prezervarea unei porțiuni cât mai mare de colon
 - E. Rezolvarea complicației bolii neoplazice

43. CM. Cu care dintre următoarele patologii trebuie diferențiată colita ulceroasă nespecifică?
- A. Hemoroizii hemoragici
 - B. Alte leziuni inflamatorii benigne ale intestinului subțire
 - C. Colitele virale
 - D. Neoplaziile colonice
 - E. Prolapsul ano-rectal
44. CM. Care sunt criteriile de bază în diagnosticul diferențial dintre colita ulceroasă nespecifică și boala Crohn?
- A. Ecografia abdominală
 - B. Examenul copro-parazitologic și coprocultura
 - C. Examenul radiologic baritat
 - D. Tomografia computerizată
 - E. Examenul colonoscopic
45. CM. În care dintre următoarele situații clinice, cauzate de colita ulceroasă nespecifică, este indicată intervenția chirurgicală de urgență după indicații operatorii absolute?
- A. În perioadele de remisiune ale bolii
 - B. În rectoragiile masive, rezistente la terapia medicală
 - C. În megacolonul toxic cu semne de perforație
 - D. În ocluzia intestinală, determinată de stenoze colice
 - E. Când se descoperă un cancer de colon asociat
46. CM. De care parametri depinde simptomatologia clinică a cancerului de colon?
- A. Localizarea tumorii
 - B. Diseminarea limfatică peritumorală
 - C. Diseminarea în structurile peretelui intestinal
 - D. Mărimea tumorii
 - E. Sclerolipomatoza peritumorală
47. CM. Care sunt caracteristicile clinice ale cancerului de colon stâng?
- A. De obicei, tumorile sunt stenozante, astfel că manifestările clinice sunt dominate de tulburările de tranzit intestinal
 - B. Constipația cu evoluție de scurtă durată, progresivă poate fi întreruptă de deabacuri diareice
 - C. Materiile fecale pot conține striuri de sânge sau mucus

- D. Anemia este foarte frecventă datorită hemoragiilor repetate de la nivelul tumorii
- E. Reacția inflamatorie peritumorală este mai rară decât în localizările pe colonul drept
48. CM. Care sunt componentele terapiei adjuvante a cancerului de colon?
- A. Hormonoterapia
 - B. Radioterapia
 - C. Imunoterapia
 - D. Chimioterapia
 - E. Psihoterapia
49. CM. Ce tipuri de intervenții chirurgicale se pot practica în tumorile ocluzive ale colonului drept?
- A. Cecostomia
 - B. Ileostomia
 - C. Hemicolectomia dreaptă cu ileotransversoanastomoză
 - D. Jejunostomia
 - E. Ileosigmoanastomoza de ocolire
50. CM. Ce tipuri de intervenții chirurgicale, în funcție de posibilitățile de pregătire locală și de starea generală a bolnavului, sunt recomandate în ocluziile tumorale ale colonului stâng?
- A. Colectomie segmentară tip Hartmann
 - B. Transversostomie de degajare
 - C. Colectomie subtotală
 - D. Colostomie de degajare mai sus de tumoră
 - E. Pregătirea preoperatorie a colonului cu rezecție oncologică și anastomoză într-un timp
51. CM. Care sunt obiectivele majore în chirurgia cancerului de colon?
- A. Excizia largă a tumorii
 - B. Păstrarea în tranzit a rectosigmoidului
 - C. Evitarea colostomiilor
 - D. Rezolvarea complicațiilor
 - E. Evacuarea intraoperatorie a conținutului colic

52. CS. Care dintre următoarele afirmații prezintă caracteristica principală a colitei ulceroase nespecifice?
- A. Boală transmurală
 - B. Este agravată de tutun
 - C. Afectează rectul și colonul
 - D. Serologie ASCA + la 2/3 dintre pacienți
 - E. Serologie ANCA + la 1/3 dintre pacienți
53. CS. Care este semnul endoscopic tipic pentru o colită ulceroasă nespecifică?
- A. Leziuni continue și omogene
 - B. Limită superioară difuză
 - C. Afectarea inconstantă a ileonului
 - D. Posibile fistule și stenoze
 - E. Fără ulcerări
54. CS. Care dintre următoarele descrieri caracterizează colita ulceroasă nespecifică?
- A. Boală inflamatorie transmurală
 - B. Afectează constant rectul
 - C. Afectează constant ileonul terminal
 - D. Leziunile sunt discontinue
 - E. Stenoze și fistule cu organele cavitate abdominale
55. CS. Care este leziunea histopatologică caracteristică pentru boala Crohn?
- A. Infiltratul limfocitar
 - B. Infiltratul cu PMN (celule polimorfonucleare)
 - C. Necroza cazeoasă
 - D. Granulomul epitelioid și gigantocelular, fără necroză cazeoasă
 - E. Fibroza intestinală
56. CS. Care semn clinic domină simptomatologia bolii Crohn?
- A. Rectoragii abundente
 - B. Scaune diareice cu glere și sânge la majoritatea pacienților
 - C. Diaree acută
 - D. Prurit anal
 - E. Diaree cronică cu evoluție progresivă, asociată cu dureri abdominale

57. CS. Care dintre următoarele aspecte pledează pentru colita ulceroasă nespecifică în diagnosticul diferențial cu boala Crohn?
- A. Leziuni mucoase discontinue cu limită superioară imprecisă
 - B. Prezența de stenoze
 - C. Prezența de fistule
 - D. Leziuni continue omogene, fără interval de mucoasă sănătoasă
 - E. Ileon terminal cu mucoasă granulară și ulceratii
58. CS. Care afirmație despre colita ulceroasă nespecifică este adevărată?
- A. Boală inflamatorie transmurală
 - B. Anticorpi p-ANCA la 1/3 dintre pacienți
 - C. Examenul histopatologic este elementul-cheie pentru diagnostic
 - D. Fumatul reprezintă un factor de risc
 - E. 20-30% dintre pacienții afectați vor fi operați la un moment dat
59. CS. Care semn clinic sau de laborator nu este inclus în criteriile Truelove & Witts de apreciere a gravității colitei ulceroase nespecifice?
- A. VSH peste 30 mm/oră
 - B. Hemoglobina $\leq 10,5$ g/dl
 - C. Frecvența cardiacă ≥ 90 /min
 - D. Temperatura vesperală mai mică de $36,6^{\circ}\text{C}$
 - E. Peste 6 evacuări cu sânge (hematochezie) în 24 de ore
60. CS. Care dintre următoarele complicații nu este caracteristică pentru colita ulceroasă nespecifică?
- A. Cancerul colorectal
 - B. Tromboza venoasă profundă
 - C. Abcese
 - D. Perforația
 - E. Megacolonul toxic
61. CS. Care dintre următoarele descrieri endoscopice nu aparține colitei ulceroase nespecifice?
- A. Ileonul este neafectat
 - B. Fără fistule
 - C. Fără stenoze
 - D. Aspect eritematos al mucoasei cu ulceratii < 2 cm
 - E. Leziuni ulcerate aftoide

62. CS. Care dintre următoarele afecțiuni nu reprezintă manifestare extradigestivă, asociată cu bolile inflamatorii cronice intestinale (BICI)?
- A. Uveita
 - B. Aftoza bucală
 - C. Artrita
 - D. Eritemul nodos
 - E. Miozita
63. CS. Care dintre manifestările extradigestive, asociate cu bolile inflamatorii cronice intestinale (BICI), evoluează independent de puseele de activitate?
- A. Uveita
 - B. Aftoza bucală
 - C. Artrita
 - D. Eritemul nodos
 - E. Pelvispondilita reumatismală
64. CS. Care dintre următoarele manifestări endoscopice constituie un criteriu de gravitate în colita nespecifică acută gravă?
- A. Ulcerațiile debrante
 - B. Ulcerațiile superficiale
 - C. Ulcerațiile restrânse
 - D. Prezența fistulelor
 - E. Prezența stenozei
65. CS. Care dintre următoarele afirmații caracterizează colita ulceroasă nespecifică?
- A. Este o boală inflamatorie transmurală
 - B. Este o boală inflamatorie nontransmurală
 - C. Poate afecta în ansamblu întreg tubul digestiv
 - D. Afectează mai frecvent intestinul subțire
 - E. Simptomatologia nu depinde de sediul leziunii
66. CM. Care dintre următoarele afecțiuni sunt complicații ale bolii Crohn cu o evoluție îndelungată?
- A. Denutriția
 - B. Cancerul colorectal
 - C. Tromboza venoasă profundă
 - D. Amiloidoza
 - E. Perforația colonului

67. CM. Care dintre manifestările extradigestive, asociate cu bolile inflamatorii cronice intestinale (BICI), evoluează în paralel cu puseele de activitate?
- A. Uveita
 - B. Aftoza genitală
 - C. Eritemul nodos
 - D. Pelvispondilita reumatismală
 - E. Colangita sclerozantă primitivă
68. CM. Care sunt criteriile de bază în diagnosticul formelor acute grave de colită ulceroasă nespecifică?
- A. Numărul de evacuări/24 de ore: > 6, cu sânge
 - B. Hemoglobina peste 120 g/l
 - C. Temperatura vesperală <37,5°C
 - D. Frecvența cardiacă < 90/min
 - E. Ulcerații extinse, cu dezlipire și punți mucoase
69. CM. Care afirmații despre bolile inflamatorii cronice intestinale (BICI) sunt adevărate?
- A. Tutunul este factor de risc pentru colita ulceroasă nespecifică
 - B. Aprox. 10% dintre subiecți au antecedente familiale de BICI
 - C. Factorii de mediu nu sunt implicați și în fiziopatologie
 - D. Subiecții au predispoziție genetică
 - E. Flora comensală și sistemul imunitar intestinal sunt implicate în fiziopatologie
70. CM. Care sunt cele mai frecvente localizări ale bolii Crohn pe tractul digestiv?
- A. Esofagul
 - B. Duodenul distal
 - C. Ileonul terminal
 - D. Colonul
 - E. Anusul
71. CM. Care dintre următoarele criterii clinico-biologice fac parte din sistemul Truelove & Witts de apreciere a gravității colitei ulceroase nespecifice?
- A. Temperatura vesperală $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$
 - B. ASCA pozitiv la 2/3 dintre pacienți

- C. Frecvența cardiacă ≥ 90 bătăi/min
 - D. Creșterea moderată a bilirubinei neconjugate
 - E. Hemoglobina ≤ 105 g/l
72. CM. Care dintre următoarele afirmații sunt criterii endoscopice de gravitate a colitei ulceroase nespecifice acute grave?
- A. Ulcerațiile extinse, cu dezlipire și pungi mucoase
 - B. Colita acută gravă, rezistentă la tratamentul medical
 - C. Ulcerațiile profunde
 - D. Tromboza venoasă profundă
 - E. Ulcerațiile delabrante, dezgolind musculara
73. CM. Care dintre următoarele afirmații vor fi incluse în setul de investigații, la o suspiciune de boală inflamatorie cronică intestinală (BICI)?
- A. Hemoleucograma
 - B. Ionograma
 - C. Glucoza
 - D. Creatinina
 - E. Albumina
74. CM. Care dintre următoarele afirmații, raportate la boala Crohn, sunt adevărate?
- A. Evoluează în pusee
 - B. Este o boală cronică
 - C. Este o boală subacută
 - D. Poate deveni în evoluție stenoizantă sau fistulizantă
 - E. Recidiva postoperatorie este rară
75. CM. Care sunt indicațiile pentru tratament chirurgical în colita ulceroasă nespecifică?
- A. Rezistența la tratamentul medical
 - B. Intervale lungi de timp între pusee
 - C. Cancerul colorectal
 - D. Displazia de grad înalt
 - E. Colita acută gravă, rezistentă la tratament medical
76. CM. Care afirmații, referitor la complicațiile bolii Crohn, sunt adevărate?
- A. Colita acută gravă apare mai frecvent decât în colita ulceroasă nespecifică

- B. Tromboza venoasă profundă este o complicație acută
 - C. Amiloidoza este o complicație subacută
 - D. Denutriția este o complicație pe termen lung
 - E. Recidiva postoperatorie este rară
77. CM. Care dintre următoarele sunt complicații ale bolii Crohn?
- A. Șocul prin hemoragie masivă
 - B. Stenoza tubului digestiv
 - C. Tromboza venoasă profundă
 - D. Amiloidoza
 - E. Cancerul colorectal
78. CM. Care dintre următoarele constatări colonoscopice sunt descriptive pentru boala Crohn?
- A. Afectează și ileonul
 - B. Leziuni continue, fără intervale de mucoasă sănătoasă între leziuni
 - C. Leziuni discontinue și heterogene
 - D. Leziuni ulcerate aftoide
 - E. Niciodată fistulă sau stenoză
79. CM. Care sunt indicațiile pentru coloproctectomie totală în colita ulceroasă nespecifică?
- A. Cancerul sau displazia de grad înalt
 - B. Colita acută gravă, rezistentă la tratament medical
 - C. Forma rapid progresivă
 - D. Vechimea mai mare de 20 de ani
 - E. Rezistența la tratament medical
80. CM. Care dintre următoarele sunt criterii histologice de diagnostic al colitei ulceroase nespecifice?
- A. Nu există semne specifice
 - B. Necroză cazeoasă
 - C. Infiltrat cu PMN (celule polimorfonucleare) a mucoasei
 - D. Semne de inflamație cronică
 - E. Granulom epitelioid și gigantocelular
81. CM. Care dintre următoarele complicații pot fi întâlnite atât în boala Crohn, cât și în colita ulceroasă nespecifică?
- A. Denutriția

- B. Tromboza venelor profunde
 - C. Cancerul colorectal
 - D. Colita acută gravă
 - E. Perforația
82. CS. Lungimea colonului constituie:
- A. 50 cm
 - B. 80 cm
 - C. 150 cm
 - D. 200 cm
 - E. 300 cm
83. CS. Sursa arterială pentru colonul drept este:
- A. Artera mezenterică inferioară
 - B. Artera mezenterică superioară
 - C. Artera renală dreaptă
 - D. Artera iliacă externă dreaptă
 - E. Artera iliacă internă dreaptă
84. CS. Inervația simpatică a colonului drept provine din:
- A. Plexul hipogastric
 - B. Plexul mezenteric superior
 - C. Nervii vagi
 - D. Simpaticul lombar
 - E. Niciuna din cele de mai sus
85. CM. Care dintre următorii sunt factori de risc pentru cancerul de colon?
- A. Polipoza rectocolonică familială
 - B. Bolile colonice inflamatorii
 - C. Diverticuloza colonică
 - D. Colectectomia
 - E. Ureterosigmoidostomia
86. CM. Care sunt căile posibile de diseminare a cancerului de colon?
- A. Invazia de vecinătate
 - B. Diseminarea limfatică
 - C. Diseminarea hematogenă
 - D. Diseminarea lumenală
 - E. Diseminarea aerogenă

87. CM. Care dintre următoarele explorări paraclinice sunt utilizate în diagnosticul cancerului de colon?
- A. Anuscopia
 - B. Irigografia
 - C. Tranzitul baritat
 - D. Colonoscopia
 - E. Rezonanța magnetică nucleară
88. CM. Care dintre următoarele explorări paraclinice sunt utilizate pentru determinarea stadiului evolutiv al unui neoplasm de colon?
- A. Ecografia abdominală
 - B. Tomografia computerizată
 - C. Rezonanța magnetică nucleară
 - D. ECG
 - E. Radiografia pulmonară
89. CM. Care dintre următoarele sunt complicații frecvente ale cancerului de colon?
- A. Ocluzia
 - B. Sindromul de malabsorbție
 - C. Perforația
 - D. Hemoragia
 - E. Septicemia
90. CM. Care dintre următoarele metode sunt folosite în tratamentul cancerului de colon?
- A. Intervenția chirurgicală
 - B. Radioterapia
 - C. Chimioterapia
 - D. Imunoterapia
 - E. Imunosupresia
91. CM. Care dintre următoarele sunt obiective majore ale intervenției chirurgicale în cancerul de colon?
- A. Îndepărtarea leziunii
 - B. Refacerea tranzitului colic
 - C. Tratamentul complicațiilor (stenoză, perforații)
 - D. Evaluarea leziunilor hepatice
 - E. Conservarea unei porțiuni cât mai mari de colon

92. CM. Care dintre următoarele metode chirurgicale de tratament al cancerului de colon au fost introduse în ultimii ani?
- A. Disecția și îndepărtarea ganglionilor limfatici
 - B. Suturile mecanice
 - C. Circulația extracorporeală
 - D. Rezecțiile laparoscopice
 - E. Endoscopia intraoperatorie
93. CM. Care dintre următoarele antibiotice sunt utilizate pentru pregătirea preoperatorie a colonului?
- A. Cefalosporinele
 - B. Gentamicina
 - C. Metronidazolul
 - D. Ampicilina
 - E. Cloramfenicolul
94. CM. Care dintre următoarele principii stau la baza intervenției radicale pentru cancerul de colon drept?
- A. Se rezeacă colonul drept în întregime (hemicolectomie dreaptă)
 - B. Refacerea tranzitului se efectuează prin ileotransversostomie
 - C. Concomitent se rezeacă pediculii vasculari și limfoganglionii regionali
 - D. Refacerea tranzitului se efectuează, de obicei, într-un al doilea timp
 - E. Ablazia ganglionilor limfatici de la originea arterei mezenterice superioare este obligatorie
95. CM. Care dintre următoarele medicamente sunt utilizate în imunoterapia bolnavilor cu neoplasm de colon?
- A. Levamisolul
 - B. 5-fluoruracilul
 - C. BCG (vaccinul antituberculos)
 - D. *Corynebacterium parvum*
 - E. TNF (tumor necrosis factor)
96. CM. Care dintre următoarele semne clinice fac parte din tabloul clinic obișnuit al unui cancer de colon drept?
- A. Anemia
 - B. Febra

- C. Semnele de ocluzie intestinală
 - D. Tumora palpabilă
 - E. Sindromul de malabsorbție
97. CS. În care dintre următoarele patologii poate să evolueze o dilatație toxică acută a colonului?
- A. Diverticuloza colonului
 - B. Polipoza familială difuză
 - C. Rectocolita ulceroasă nespecifică
 - D. Colita ischemică
 - E. Colita spastică
98. CS. Care dintre complicațiile enumerate mai jos nu este caracteristică pentru colita ulceroasă nespecifică?
- A. Fistulele intestinale interne
 - B. Perforația colonului
 - C. Hemoragia intestinală
 - D. Malignizarea
 - E. Dilatarea toxică a colonului
99. CS. Care dintre următoarele grupe de medicamente nu sunt efective în tratamentul conservator al colitei ulceroase nespecifice?
- A. Preparatele din grupa Salazopirinei
 - B. Hormonii steroizi
 - C. Preparatele antidiareice
 - D. Nutriția parenterală
 - E. Preparatele prokinetice (de activare a peristalticii)
100. CS. Care dintre următoarele complicații este rar întâlnită în boala Crohn?
- A. Hemoragia intestinală
 - B. Fistulele intestinale interne
 - C. Plastroanele intraperitoneale
 - D. Stricturile intestinului
 - E. Polipoza colonului
101. CS. În care maladie pot fi depistate schimbări ale mucoasei colonului sub forma „pietrelor de pavaj”?
- A. Colita ulceroasă nespecifică

- B. Polipoza adenomatoasă familială
 - C. Maladia Crohn
 - D. Colita ischemică
 - E. Boala Hirshprung
102. CM. Care sunt semnele caracteristice pentru polipoza adenomatoasă familială (PAF)?
- A. Hemoragia intestinală
 - B. Eliminarea mucusului cu masele fecale
 - C. Anemia
 - D. Hipoproteinemia
 - E. Achilia gastrică
103. CS. Care dintre afirmațiile enumerate mai jos, referitoare la tumorile vilozase colice, este exactă?
- A. Sunt pediculate
 - B. Se localizează frecvent la nivelul cecului
 - C. Se pot transforma în adenocarcinom
 - D. Se depistează la copii
 - E. Au capacitate mică de malignizare
104. CM. Care sunt caracteristicile principale ale polipozei adenomatoase familiale difuze?
- A. Transmitere autozomal-dominantă
 - B. Malignizare constantă
 - C. Necesitatea colectomiei totale
 - D. Necesitatea supravegherii rectale atente după colectomie
 - E. Malignizarea este rară
105. CM. Care dintre constatările enumerate mai jos corespund sindromului Peutz-Jeghers?
- A. Este forma clinică cea mai frecventă de tumori maligne ce interesează intestinul subțire
 - B. Se poate manifesta prin accidente ocluzive
 - C. Malignizarea este foarte frecventă
 - D. Se însoțește de lentiginoză periorificială
 - E. Tumorile sunt desmoide

106. CM. Care dintre următoarele sunt complicații ale polipozei rectocolonice?
- A. Anemia secundară
 - B. Denutriția
 - C. Ocluzia intestinală prin invaginare
 - D. Malignizarea
 - E. Perforația intestinului
107. CM. Care sunt intervențiile chirurgicale mai raspândite în tratamentul polipozei rectocolonice?
- A. Polipectomia endoscopică
 - B. Rectocolectomia totală cu ileostomie
 - C. Colectomia subtotală cu anastomoză ileorectală
 - D. Colotomia cu extirparea zonelor polipoase
 - E. Anusul contra naturii
108. CM. Care sunt complicațiile posibile ale diverticulozei sigmoidiene?
- A. Hemoragia
 - B. Perforația
 - C. Fistulizarea în vezica urinară
 - D. Abcesul pericolic
 - E. Invaginația
109. CM. Care dintre următoarele sunt semne radiologice, evidențiate la irigografia în dublu contrast, corespund diverticulozei colonului?
- A. Disparația haustrațiilor colonului stâng cu spiculare fină a sigmoidului
 - B. Obstrucția completă a lumenului
 - C. Colon cu aspect „teanc de farfurii”
 - D. Colon cu aspect „pantalon de golf”
 - E. Colon cu aspect „pietre de pavaj”
110. CM. În care dintre următoarele cazuri, determinate de diverticuloza colonului, este indicată colectomia?
- A. Apariția fistulelor
 - B. Hemoragie digestivă inferioară profuză repetată
 - C. Perforație
 - D. Prezența durerilor colicative periodice în abdomen
 - E. Diverticulită necomplicată

KEY: AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE COLONULUI

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

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Bolnavul H., 65 de ani, a fost spitalizat în secția de chirurgie la a 2-a zi de la debutul bolii, cu acuze de dureri moderate colicative în compartimentele inferioare ale abdomenului, balonare pronunțată, reținerea evacuării maselor fecale și gazelor. Boala a evoluat lent. Suferă de constipații cronice, care în majoritatea cazurilor s-au rezolvat după realizarea clisterelor evacuatorii.

Examenul obiectiv: starea generală a bolnavului de gravitate medie. Frecvența contracțiilor cardiace – 78 bătăi/minut, ritmice. TA – 100/60 mm Hg. Abdomenul asimetric – hemiabdomenul drept cu balonare excesivă. La palpare este moale, ușor dur pe toată suprafața. Partea dreaptă a abdomenului este ocupată de o formațiune dur-elastică masivă. La auscultație deasupra formațiunii peristaltismul nu se percepe, dar se determină „clapotaj”. La percuție deasupra formațiunii se determină sunet timpanic. Tușeul rectal: ampula rectală este goală, sfincterul anal este beant. După încercarea de a realiza clister evacuator, apa se revărsă înapoi după introducerea a 300 ml de apă.

Explorări paraclinice: radiografia de ansamblu a cavității abdominale: alungirea și ondularea compartimentelor stângi ale colonului, balonarea excesivă segmentară a colonului sigmoid.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Mesalazină, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Dolicocolon pe stânga. Torsiune a colonului sigmoid*

2. Bolnava A., 38 de ani, a fost spitalizată în clinica chirurgicală cu acuze de slăbiciune generală și fatigabilitate, vertijuri, diaree 5-6 ori pe zi, periodic cu sânge de culoare vișinie, dureri permanente sub formă de colici în regiunea inghinală dreaptă. Vechimea acestor manifestări clinice constituie 8 ani.

Examenul obiectiv: starea generală a bolnavei este de gravitate medie. Se atestă paliditate și uscăciune a tegumentelor. Masa corporală constituie 45 kg, iar înălțimea – 162 cm. Se apreciază pastozitate a țesuturilor moi ale ambelor gambe, helită, gingivită. TA – 90/60 mm Hg, FCC – 110 bătăi/minut, ritmice. La palpația abdomenului se determină dureri pronunțate și rigiditate a mușchilor peretelui abdominal anterior în regiunea inghinală dreaptă.

Explorări paraclinice. Laborator: hemoglobina – 90 g/l; proteina generală – 52 g/l; micșorarea nivelului seric al fierului, vitaminelor C și B₁₂. Colonoscopia: îngustarea segmentului terminal al ileonului și porțiunii incipiente a cecului, finalizarea colonoscopiei nu a fost posibilă. Irigografia: pasajul masei baritate pe ileonul terminal este brusc încetinit; stricturi multiple de diferite grade; dilatație și stază pe ansele proximale de stricturi. Examenul histologic: granuloame epitelioidoide cu celule gigante Langhans.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Prednisolon, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Boala Crohn, evoluție cronică, fază de acutizare, ileită terminală. Complicații: stricturi de ileon, malabsorbție, helită, gingivită, hiponutriție. Anemie feriprivă*

AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE RECTULUI

1. CS. Principalele leziuni precanceroase care conduc la apariția cancerului rectal sunt:
 - A. Melanoamele cu localizare rectală
 - B. Polipii colorectali, tumorile vilozice, rectocolita ulcerosă
 - C. Hemoroizii și fistulele perianale
 - D. Anorectitele nespecifice, pectinoza
 - E. Prolapsul mucos anorectal

2. CS. Grading-ul tumoral rectal reprezintă:
 - A. Clasificarea în funcție de gradul de diferențiere histopatologică
 - B. Clasificarea clinică a cancerului rectal
 - C. Gradul de invazie tumorală în peretele rectal
 - D. Markerii biologici ai cancerului rectal
 - E. Metodă complementară de tratament al cancerului de rect

3. CS. Cea mai frecventă formă anatomopatologică de cancer rectal este:
 - A. Adenocarcinomul ulcerovegetant
 - B. Adenocarcinomul
 - C. Melanomul malign
 - D. Carcinomul spinocelular
 - E. Rbdomiosarcomul

4. CS. Examinările specifice în cancerul de rect sunt:
 - A. Tomografia computerizată, citologia exfoliativă
 - B. Tușeul rectal, endoscopia colorectală, irigografia
 - C. Echografia pelviană, determinarea antigenului carcinoembrionar
 - D. Echografia endoluminală, limfografia, arteriografia
 - E. Cromolimfoscopia, echografia transabdominală, citologia exfoliativă

5. CS. Chirurgia de teritoriu în cancerul de rect înseamnă:
 - A. Extirparea segmentului tumoral al rectului
 - B. Extirparea rectului și a ganglionilor mezenterici inferiori
 - C. Îndepărtarea rectului tumoral sau a segmentului afectat împreună cu spațiile ganglionare și țesutul conjunctiv înconjurător

- D. Limfadenectomie extinsă și extirparea segmentului de rect afectat
E. Exereza tumorii rectale sau a rectului împreună cu sigmoidul și colonul descendent
6. CS. Principala atitudine chirurgicală, care se aplică în cancerul de rect, este:
- A. Criochirurgia
 - B. Electrochirurgia
 - C. Amputația de rect și rezecția rectului
 - D. Rectohemicolectomia stângă lărgită
 - E. Rezecția tumorală cu raze laser
7. CS. Factorii inhibitori ai carcinogenezei cancerului colorectal sunt:
- A. Alimentația vegetală, vitamina A, prostaglandinele
 - B. Antitripsina, acidul folic
 - C. Imunoglobulina A, secretantă, heparinaza, vitamina E
 - D. Seleniul, retinoizii, steroizii vegetali
 - E. Tromboplastina tisulară, complexul vitaminic B, lipoproteinlipaza
8. CM. Cancerul rectal se poate localiza la următoarele niveluri:
- A. Rectului ampular
 - B. Joncțiunii rectosigmoidiene
 - C. Rectului perineal
 - D. Foselor ischiorectale
 - E. Tecii rectului
9. CM. Principalele grupe de simptome în faza de debut a cancerului rectal sunt:
- A. Scurgerile patologice
 - B. Sindromul dureros
 - C. Tulburările defecației
 - D. Tulburările neurologice
 - E. Sindromul biliopancreatic
10. CM. Cauzele diagnosticului tardiv al cancerului rectal sunt:
- A. Evoluția asimptomatică îndelungată
 - B. Tergiversarea prezentării la medic
 - C. Superficialitatea examinării bolnavului
 - D. Raritatea cazurilor de cancer rectal
 - E. Absența investigațiilor moderne

11. CM. Principalii parametri, care stau la baza tratamentului chirurgical în cancerul rectal, sunt:
 - A. Localizarea leziunii
 - B. Concentrația sangvină a antigenului carcinoembrionar
 - C. Stadiul bolii
 - D. Rezultatul biopsiei prin endoscopie
 - E. Determinarea markerilor tumorali
12. CM. Cele mai utilizate procedee tehnice în exerezele de rect sunt:
 - A. Amputația de rect
 - B. Crioterapia
 - C. Rezecția de rect
 - D. Extirparea endoscopică a tumorii
 - E. Excizia tumorii cu raze laser
13. CM. Leziunile precanceroase incriminate în cancerul colorectal sunt:
 - A. Diverticuloza colică
 - B. Polipii colorectali
 - C. Displaziile vasculare
 - D. Rectocolita ulcerosă
 - E. Megadolicocolonul
14. CM. Tușeul rectal ne informează despre:
 - A. Tipul histologic tumoral
 - B. Localizarea tumorii
 - C. Grading-ul tumoral
 - D. Extinderea tumorii către organele vecine
 - E. Grupele ganglionare cu metastaze
15. CM. Intervențiile chirurgicale cu viză oncologică în cancerul de rect sunt:
 - A. Amputația rectală
 - B. Rezecția rectală
 - C. Operația Hartmann
 - D. Rezecția rectală joasă mecanică
 - E. Colostomia în „țeavă de pușcă”
16. CM. În etiopatogenia cancerului rectal sunt incriminați:
 - A. Factorii ereditari
 - B. Leziunile precanceroase ale rectului

- C. Factorii alimentari și de mediu
 - D. Factorii iatrogeni
 - E. Afecțiunile hepatopancreatice
17. CM. Metodele moderne de explorare în cancerul rectal sunt:
- A. Tomografia computerizată
 - B. Echografia endoluminală
 - C. Citologia exfoliativă
 - D. Dozarea antigenului carcinoembrionar
 - E. Anuscopia cu lumină laterală
18. CM. Principalele simptome ale cancerului rectal sunt:
- A. Rectoragiile mici
 - B. Tenesmele rectale
 - C. Mucozități rectale
 - D. Senzația de corp străin intrarectal
 - E. Constipația alternând cu diareea
19. CM. Cei mai importanți factori de prognostic în cancerul rectal sunt:
- A. Factorii clinici
 - B. Factorii tumorali
 - C. Stadiul clinic
 - D. Prezența metastazelor la distanță
 - E. Dozarea markerilor biologici
20. CS. Cea mai informativă metodă de diagnostic a perirectitei acute este:
- A. Irigografia
 - B. Angiografia
 - C. Rectoromanoscopia
 - D. Puncția colecției purulente
 - E. Laparoscopia
21. CS. Metoda de elecție în tratamentul perirectitei acute este:
- A. Chimioterapia
 - B. Radioterapia
 - C. Deschiderea și drenarea perirectitei
 - D. Vitaminoterapia
 - E. Administrarea sulfanilamidelor

22. CS. Cea mai informativă metoda de diagnostic al perirectitei cronice este:
- A. Ultrasonografia
 - B. Colonoscopia
 - C. Angiografia
 - D. Fistulografia
 - E. Tomografia computerizată
23. CS. Metoda de elecție în tratamentul fistulei perirectale este:
- A. Radioterapia
 - B. Vitaminoterapia
 - C. Antibioterapie
 - D. Chimioterapie
 - E. Excizia fistulei
24. CS. Cea mai frecventă cauză a fistulelor perirectale este:
- A. Perirectita acută
 - B. Hemoroizii
 - C. Fisura anală
 - D. Coccigodinia
 - E. Pruritul anal
25. CS. Dintre simptomele enumerate mai jos caracteristic pentru fisura anală este:
- A. Temperatura anală
 - B. Leucocitoza
 - C. Incontinența de materii fecale
 - D. Dureri vii în timpul și după defecație
 - E. Diareea
26. CS. Metoda de elecție în tratamentul fisurii anale cronice este:
- A. Antibioterapie
 - B. Excizia fisurii
 - C. Radioterapie
 - D. Oxigenoterapie
 - E. Administrarea spasmoliticelelor
27. CS. La 85% dintre bolnavi fisura anală este localizată:
- A. La ora 12

- B. La ora 3
 - C. La ora 9
 - D. La ora 6 și 12
 - E. La ora 6
28. CS. Intervenția chirurgicală de elecție în tratamentul hemoroizilor este considerată:
- A. Aplicarea ligaturii
 - B. Operația Whitehead
 - C. Hemoroidectomia după procedeul Milligan-Morgan
 - D. Electrocoagularea hemoroizilor
 - E. Fotocoagularea
29. CS. Complicația mai rar întâlnită a hemoroizilor este:
- A. Hemoragia
 - B. Tromboza
 - C. Prolapsul nodulilor interni
 - D. Strangularea cu necroză
 - E. Malignizarea nodulilor
30. CM. Ce semne clinice pot suspecta prezența unei tumori vilozose rectosigmoidiene?
- A. Rectoragia
 - B. Prezența scaunelor groase
 - C. Scaunele purulente
 - D. Durerile în timpul defecației
 - E. Crampele musculare determinate de hipokaliemie
31. CM. Boala Crohn se manifestă prin următoarele semne clinice distructive:
- A. Diaree
 - B. Scaune sangvinolente
 - C. Interesează adultul tânăr
 - D. Prezintă adesea leziuni nedureroase
 - E. Mucoasa rectală este congestivă și hemoragică fără zone sănătoase
32. CM. Ce afirmații referitoare la fistulele perianorectale sunt false?
- A. Sunt supurații acute

- B. Pot recidiva postoperator
 - C. Se malignizează frecvent
 - D. Este necesară fistulografia
 - E. Tratamentul fistulei anale este exclusiv chirurgical
33. CM. La un bărbat în vârstă de 42 de ani se descoperă endoscopic un polip rectal pediculat de 1,0 cm. Atitudinea ulterioară este:
- A. Clismă baritată cu dublu contrast
 - B. Rezecție anterioară de rect
 - C. Polipectomie endoscopică
 - D. Hemoccult test
 - E. Ancheta genetică
34. CM. Intervenția chirurgicală în hemoroizii de gradul II și III va fi indicată în următoarele cazuri:
- A. Cazuri necomplicate
 - B. Sarcină
 - C. Anemie severă
 - D. Hipertensiune portală
 - E. Cancer rectal stadiul IV
35. CM. Sindromul fisurar cuprinde următoarele semne clinice:
- A. Durere tip arsură la defecație
 - B. Spasm sfincterian
 - C. Ulcerație a comisurii posterioare anale
 - D. Melenă
 - E. Hemoroid santinelă
36. CM. Amputația abdomeno-perineală a rectului se practică în următoarele cazuri:
- A. Cazul tumorii maligne care se atinge la tușeul rectal
 - B. Cancerul ampular mediu
 - C. Cancerul ampular inferior
 - D. Cancerul ampular superior
 - E. Cancerul rectosigmoidian ocluziv
37. CM. Factorii care favorizează apariția hemoroizilor interni sunt:
- A. Sarcina
 - B. Constipația

- C. Hipertensiuna portală
 - D. Tumorile pelvine voluminoase
 - E. Cancerul rectal
38. CS. Ocluzia colică secundară cancerului rectosigmoidian operabil, prezentat tardiv, se tratează cel mai bine prin:
- A. Amputația abdomeno-perineală a rectului
 - B. Colostomie stângă de decompresiune
 - C. Rezecție anterioară de rect
 - D. Operația Hartmann
 - E. Cecostomie
39. CM. Polipul rectocolic se caracterizează prin următoarele semne distrustructive:
- A. Se localizează frecvent rectosigmoidian
 - B. Reproduce histologic glandele Lieberkihn
 - C. Poate da hemoragie episodică
 - D. Este mai frecvent tubulos decât vilos
 - E. Se întâlnește la subiecții peste 45 de ani
40. CM. Ce tumori benigne colorectale pot fi considerate hamartoame?
- A. Sindromul Gardner
 - B. Sindromul Peutz-Jeghers
 - C. Polipoza rectocolică familială
 - D. Polipul juvenil
 - E. Lipomul
41. CM. Ce semne atrag atenția asupra complicațiilor în boala hemoroidală?
- A. Rectoragia cu sânge roșu declanșată de emisia scaunului
 - B. Durerea anală acută ce apare după defecație și persistă câteva ore
 - C. Perceperea unei tumori anale de culoare albastru-violaceu
 - D. Melena
 - E. Febra
42. CM. Investigațiile obligatorii la un bolnav cu patologie a rectului sunt:
- A. Inspecția vizuală a regiunii anale
 - B. Tușeul rectal

- C. Pasajul masei baritate
 - D. Anoscopia sau rectoromanoscopia
 - E. Sfinceterometria
43. CM. Operațiile mai frecvent aplicate în tratamentul chirurgical al prolapsului rectal sunt:
- A. Operația Hartmann
 - B. Operația Kummel-Zarenin
 - C. Operația Tirshe
 - D. Operația Duhamel
 - E. Operația Mikulitz
44. CS. Lungimea rectului, de la promontoriu până la linia anorectală, constituie:
- A. 8-10 cm
 - B. 11-13 cm
 - C. 15-16 cm
 - D. 17-19 cm
 - E. 20-22 cm
45. CM. Particularitățile anatomice ale trecerii sigmoidului în rect sunt:
- A. Este situată la nivelul vertebrei sacrale III, ceva mai jos de promontoriu
 - B. Dispare mezoul colonului sigmoidian
 - C. Intestinul devine imobil
 - D. Mușchii longitudinali (tenia coli) sunt distribuiți uniform pe circumferința rectului
 - E. Poartă denumirea de „rectosigm”
46. CM. Segmentele ampulei rectale sunt:
- A. Rectosigmoidal
 - B. Superior
 - C. Mediu
 - D. Inferior
 - E. Anorectal
47. CM. Perirectita acută se divizează după următoarele criterii:
- A. După principiul etiologic
 - B. În funcție de nivelul sediului abceselor, plastroanelor, fuziunilor
 - C. După raportul dintre traiectul fistulei și aparatul sfinceterian

- D. După gradul de complexitate
E. După timpul trecut de la spitalizarea bolnavului
48. CM. După deschiderea abcesului perirectal, se atestă următoarele variante de finalizare a bolii:
A. Formarea fistulei rectale (perirectită cronică)
B. Dezvoltarea perirectitei recidivante cu acutizări ale procesului inflamator
C. Însănătoșire
D. Dezvoltarea amiloidozei organelor parenchimotoase
E. Dezvoltarea incontinenței sfincterului obturatoriu anal
49. CS. Metoda de elecție în tratamentul fistulei perirectale este:
A. Excizia completă a canalului fistulos cu lichidarea orificiului intern al fistulei
B. Băi de șezut după defecație
C. Spălarea fistulei cu soluții antiseptice
D. Instilații de antibiotice în canalul fistulos
E. Microclisme cu ulei de cătină albă, cu colargol
50. CM. În tratamentul fistulelor perirectale se practică următoarele tehnici operatorii:
A. Sfincterolevatoroplastia
B. Metoda de ligatură
C. Excizia completă a canalului fistulos cu lichidarea orificiului intern al fistulei
D. Rezecția fistulei în lumenul rectal cu suturarea straturilor profunde
E. Incizia longitudinală a fistulei cu reglajul țesutului din ductul fistulos

KEY: AFECȚIUNILE CHIRURGICALE ALE RECTULUI

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

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientul T., 45 de ani, a fost internat în secția de chirurgie colorectală cu următoarele acuze: dureri moderate în regiunea anală, cu predilecție în timpul defecării, asociate cu rectoragii periodice și la prezența unor formațiuni de 1,5-2 cm în diametru în zona anală. Din spusele pacientului, pentru evitarea disconfortului local, el este nevoit să le repună în interior manual. La examenul local la orele 3, 7, 11, se apreciază noduli cianotici, doli la palpare, cu semne de sângerare.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Tab.Venodioli, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Hemoroizi micști de gr. III complicați cu rectoragie

2. Pacienta R., 40 de ani, este internată în secția de chirurgie colorectală cu acuze de dureri intense după actul de defecare, ce se mențin în decurs de 2-3 ore, fiind asociate cu eliminări serosangvinolente la defecare. La examenul local în regiunea anală la orele 6 se apreciază un defect de mucoasă de 1,5 x 0,5 cm.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?

5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Tab.Dexalgin, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: Fisură anală cronică

TRANSPLANTOLOGIA

1. CS. Cine a realizat primul transplant hepatic din lume?
 - A. Christiaan Barnard
 - B. Joseph E. Murray
 - C. Richard Lillehei
 - D. Thomas E. Starzl
 - E. James D. Hardy
2. CS. Când s-a efectuat primul transplant de ficat în Republica Moldova?
 - A. 2011
 - B. 2012
 - C. 2013
 - D. 2014
 - E. 2015
3. CS. Când s-a efectuat primul transplant hepatic de la donator aflat în moarte cerebrală?
 - A. 2011
 - B. 2012
 - C. 2013
 - D. 2014
 - E. 2015
4. CS. Care este procentul minimal de ficat restant la donator viu?
 - A. 10%
 - B. 15%
 - C. 30%
 - D. 50%
 - E. 75%
5. CS. Raportul minimal dintre masa grefei și masa recipientului este:
 - A. 0,5
 - B. 0,8
 - C. 1,2
 - D. 1,6
 - E. 2,5

6. CS. Prin ce metodă s-a realizat primul transplant hepatic din lume?
- A. Transplant hepatic cu ficat integru de la donator aflat în moarte cerebrală
 - B. Transplant hepatic cu hemificat drept de la donator aflat în moarte cerebrală
 - C. Transplant hepatic cu hemificat stâng de la donator viu
 - D. Transplant hepatic cu hemificat drept de la donator viu
 - E. Transplant hepatic cu hemificat stâng de la donator aflat în moarte cerebrală
7. CS. Prin ce metodă s-a realizat primul transplant hepatic în Republica Moldova?
- A. Transplant hepatic cu ficat integru de la donator aflat în moarte cerebrală
 - B. Transplant hepatic cu hemificat drept de la donator aflat în moarte cerebrală
 - C. Transplant hepatic cu hemificat stâng de la donator viu
 - D. Transplant hepatic cu hemificat drept de la donator viu
 - E. Transplant hepatic cu hemificat stâng de la donator aflat în moarte cerebrală
8. CS. „Small-for-size syndrom” este definit ca:
- A. Disproporție dintre mărimea grefei și volumul abdomenului
 - B. Disproporție dintre volumul ascitei și masa ficatului
 - C. Disproporție dintre masa ficatului cirotic și masa grefei
 - D. Disproporție dintre nevoile organismului și posibilitățile limitate ale grefei hepatice
 - E. Disproporție dintre masa recipientului și a donatorului de ficat
9. CS. Specificați secvența corectă de executare a etapei reconstructive a transplantului hepatic:
- A. Reconstrucție venoasă, portală, biliară, arterială
 - B. Reconstrucție arterială, biliară, portală, venoasă
 - C. Reconstrucție biliară, portală, venoasă, arterială
 - D. Reconstrucție portală, biliară, arterială, venoasă
 - E. Reconstrucție venoasă, portală, arterială, biliară
10. CS. În perioada precoce posttransplant Eco-Doppler al arterei hepatice se va efectua:
- A. În fiecare zi

- B. La fiecare 2 zile
 - C. La fiecare 3 zile
 - D. La fiecare 4 zile
 - E. La fiecare 5 zile
11. CS. Tratamentul necesar în stenoza venelor hepatice posttransplant:
- A. Nu necesită intervenție chirurgicală, doar anticoagulante
 - B. Angioplastie percutanată transhepatică
 - C. Angioplastie transjugulară
 - D. Hepatectomie totală
 - E. Hepatectomie parțială pentru a micșora fluxul sangvin
12. CS. Soluția de elecție în tratamentul stenozei bilio-bilio-anastomozei:
- A. Dilatarea stenozei prin abord transhepatic
 - B. Dilatarea anastomozei prin abord endoscopic
 - C. Pulsterapie cu corticosteroizi
 - D. Antiinflamatoare nesteroidiene
 - E. Micșorarea dozelor de imunosupresante
13. CS. Soluția de elecție în tratamentul stenozei anastomozei bilio-digestive:
- A. Dilatarea stenozei prin abord transhepatic
 - B. Dilatarea anastomozei prin abord endoscopic
 - C. Pulsterapie cu corticosteroizi
 - D. Antiinflamatoare nesteroidiene
 - E. Reintervenție chirurgicală cu refacerea anastomozei
14. CS. Etapa de reconstrucție a venei portă constă în:
- A. Anastomoză porto-portală latero-laterală
 - B. Anastomoză porto-cavală termino-laterală
 - C. Anastomoză porto-portală termino-laterală
 - D. Anastomoză porto-portală termino-terminală
 - E. Anastomoză porto-cavală termino-terminală
15. CS. Durata ischemiei rece a grefei hepatice nu va depăși perioada de:
- A. 2 ore
 - B. 6 ore
 - C. 12 ore
 - D. 16 ore
 - E. 24 de ore

16. CS. Când este necesară refacerea venei hepatice medie la grefa cu hemificat drept de la donator viu?
- A. Tributarele venoase corespunzătoare segmentelor 5 și/sau 6 au un diametru mai mare de 5 mm
 - B. Tributarele venoase corespunzătoare segmentelor 5 și/sau 6 au un diametru mai mic de 5 mm
 - C. Tributarele venoase corespunzătoare segmentelor 7 și/sau 8 au un diametru mai mare de 5 mm
 - D. Tributarele venoase corespunzătoare segmentelor 7 și/sau 8 au un diametru mai mic de 5 mm
 - E. Tributarele venoase corespunzătoare segmentelor 5 și/sau 8 au un diametru mai mare de 5 mm
17. CS. Tratamentul rejetului acut include:
- A. Sol. Hepatect CP 10 UI/kg
 - B. Sol. Ciclosporină 250 mg/24 de ore
 - C. Sol. Arixtra 2,5 mg/kg/24 de ore
 - D. Sol. Metilprednisolon 1000 mg/24 de ore
 - E. Sol. Metotrexat 50 mg
18. CS. Donatorul „non-heart-beating” necesită prelevare multiorgan în următorul interval de timp:
- A. 5 min
 - B. 15 min
 - C. 30 min
 - D. 45 min
 - E. 60 min
19. CS. Responsabilă de organizarea și supravegherea transplantului hepatic este:
- A. USMF „Nicolae Testemițanu”
 - B. Catedra de Chirurgie nr.2
 - C. Spitalul Clinic Republican
 - D. Agenția de Transplant
 - E. Coordonatorul de Transplant
20. CS. Sursa predominantă de organe este:
- A. Donatori vii înrudiți
 - B. Donatori vii fără relații de rudenie

- C. Donatori aflați în moarte cerebrală
 - D. Donatori „non-heart-beating”
 - E. Donatori decedați din cauza cirozei hepatice
21. CS. Coordonatorul de transplant este:
- A. Persoana care coordonează activitatea agenției de transplant
 - B. Chirurgical care efectuează prelevarea multiorgan
 - C. Chirurgical care realizează transplantul de organe
 - D. Persoana responsabilă pentru prelevare, transport și transplant al grefei
 - E. Medic reanimatolog care determină moartea cerebrală
22. CS. Cross-clampingul este:
- A. Clamparea venei hepatice medie
 - B. Clamparea venei cave inferioare
 - C. Clamparea arterei hepatice
 - D. Clamparea aortei
 - E. Clamparea venei portă
23. CS. Criteriilor Milano corespund:
- A. Nodul unic <10 cm sau 3 noduli până la 3 cm fiecare
 - B. Nodul unic <6 cm sau 2 noduli până la 3 cm fiecare
 - C. Nodul unic <4 cm sau 2 noduli până la 2 cm fiecare
 - D. Nodul unic <5 cm sau 3 noduli până la 3 cm fiecare
 - E. Nodul unic <8 cm sau 2 noduli până la 4 cm fiecare
24. CS. Cu ce fel de fir se va efectua anastomoza vasculară în transplantul hepatic?
- A. Polidixanone suture (PDS)
 - B. Poliglecaprone (Monocril)
 - C. Polyglactic Suture (Vicryl)
 - D. Polypropilen (Prolen)
 - E. Polyglicolic Acid (Petricil)
25. CM. Indicații pentru transplantul hepatic sunt:
- A. Insuficiența hepatică acută
 - B. Moartea cerebrală
 - C. Ciroza hepatică în stadiul terminal
 - D. Afecțiunile ereditare-metabolice
 - E. Hepatocarcinomul

26. CM. Contraindicații pentru transplantul hepatic sunt:
- A. Sepsisul
 - B. Moartea cerebrală
 - C. Ciroza hepatică Child A
 - D. Boala Wilson
 - E. Sindromul Budd-Chiari
27. CM. Principalele cauze de insuficiență hepatică acută sunt:
- A. Intoxicația cu paracetamol
 - B. Hepatita acută
 - C. Sindromul HELLP
 - D. Infecția cu HCV
 - E. Infecția cu HBV
28. CM. Care sunt complicațiile vasculare ale transplantului hepatic?
- A. Tromboza arterei hepatice
 - B. Stenoza arterei hepatice
 - C. Tromboza venei portă
 - D. Small for Size Syndrom
 - E. Non funcție primară a grefei
29. CM. Candidații pentru transplant hepatic vor fi incluși în lista de așteptare când scorul MELD este:
- A. 0
 - B. 5
 - C. 10
 - D. 18
 - E. 20
30. CM. Investigațiile necesare la un donator viu sunt:
- A. CPGRE
 - B. TC abdominală cu volumetria hepatică
 - C. RMN regim colangiografie
 - D. TC cerebrală cu contrast
 - E. Electroencefalografia
31. CM. Complicațiile biliare posttransplant hepatic sunt:
- A. Stenoză biliară
 - B. Fistulă biliară

- C. Tromboză biliară
 - D. Hemobilie
 - E. Biliom
32. CM. Complicațiile imunologice în transplantul hepatic sunt:
- A. Small for size syndrome
 - B. Rejet acut al grefei
 - C. Non funcție primară a grefei
 - D. Rejet hiperacut
 - E. Rejet cronic
33. CM. Diagnosticul trombozei arterei hepatice posttransplant va fi stabilit prin:
- A. USG abdominală cu contrast
 - B. TC abdominală în regim angiografie
 - C. Eco-Doppler
 - D. Angiografie selectivă
 - E. Colangio-RMN
34. CM. Tratamentul trombozei arteriale posttransplant include:
- A. Retransplant hepatic
 - B. Puncția bioptică a ficatului
 - C. Embolizarea transarterială a arterei hepatice
 - D. Angiografie selectivă
 - E. Șunt portosistemic (TIPS)
35. CM. Enumerați tehnicile chirurgicale de reconstrucție a fluxului sangvin prin vena cavă, în cadrul transplantului cu ficat întreg:
- A. Tehnica Domino
 - B. Tehnica standard
 - C. Tehnica Piggyback clasică
 - D. Tehnica Piggyback în maniera Belghiti
 - E. Tehnica cavoplastie prin triangulare
36. CM. Pentru a determina complicațiile arteriale posttransplant este necesar de a efectua:
- A. Eco-Doppler
 - B. Ecografie abdominală
 - C. Angio-TC multislice

- D. Angio-RMN
 - E. Angiografia trunchiului celiac
37. CM. Pentru a determina complicațiile venoase posttransplant este necesar de a efectua:
- A. Eco-Doppler
 - B. Ecografie abdominală
 - C. Angio-TC multislice
 - D. Angio-RMN
 - E. Angiografia trunchiului celiac
38. CM. Tratamentul necesar în tromboza arterială posttransplant:
- A. Nu necesită intervenție chirurgicală, doar anticoagulante
 - B. Angiografie directă cu tromboliză
 - C. Trombectomie cu refacerea anastomozei
 - D. Retransplant hepatic
 - E. Șunt portosistemic
39. CM. Tratamentul necesar în stenoza arterială posttransplant:
- A. Nu necesită intervenție chirurgicală, doar anticoagulante
 - B. Angiografie directă cu angioplastie
 - C. Stentare arterială
 - D. Retransplant hepatic
 - E. Șunt portosistemic
40. CM. Tratamentul necesar în stenoza venei portă posttransplant:
- A. Nu necesită intervenție chirurgicală, doar anticoagulante
 - B. Angioplastie percutanată transhepatică
 - C. Angioplastie transjugulară
 - D. Refacerea anastomozei
 - E. Șunt portosistemic
41. CM. Complicațiile intraoperatorii în reconstrucția venelor hepatice:
- A. Hemoragie
 - B. Sindromul CID
 - C. Sindromul Budd-Chiari acut
 - D. Sindromul Budd-Chiari pozițional
 - E. Hipertensiune portală

42. CM. Complicațiile tardive în reconstrucția venelor hepatice:
- A. Sindromul Budd-Chiari cronic
 - B. Sindromul Budd-Chiari acut
 - C. Sindromul Budd-Chiari pozițional
 - D. Ascită postoperatorie persistentă
 - E. Hipersplenism
43. CM. Complicațiile reconstrucției venei portă:
- A. Hemitranspoziția cavo-portală
 - B. Tromboza venei portă
 - C. Șuntul spleno-renal
 - D. Stenoza venei portă
 - E. Dehiscenta anastomozei portale
44. CM. Enumerați variantele posibile de reconstrucție arteriale:
- A. Anastomoză între art. hepatică proprie donator și art. hepatică comună recipient
 - B. Anastomoză între art. hepatică comună donator și art. hepatică proprie recipient
 - C. Anastomoză între art. hepatică inferioară donator și art. hepatică superioară recipient
 - D. Anastomoză între art. hepatică proprie donator și art. hepatică proprie recipient
 - E. Anastomoză între art. hepatică comună donator și art. hepatică comună recipient
45. CM. Complicațiile posibile ale anastomozei arteriale:
- A. Trombembolia arterei pulmonare
 - B. Tromboza arterei hepatice
 - C. Dehiscenta anastomozei arteriale
 - D. Sindromul de furt arterial
 - E. Stenoza arterei hepatice
46. CM. Diagnosticul de rejet acut al grefei hepatice va fi stabilit prin:
- A. Creșterea bruscă a ALT, AST, Bilirubinei, GGTP, AlcPhosph
 - B. Creșterea bruscă a protrombinei, albuminei, proteinei totale
 - C. Absența eliminării bilei din tubul din calea biliară
 - D. Debitul sporit al bilei (>2000 ml)/24 de ore
 - E. Trombocitoză cu microtromboză periferică, tromboembolie

47. CM. Biopsia hepatică în rejet acut a grefei hepatice va demonstra:
- A. Inflamație și necroză periportală
 - B. Necroza ductelor biliare
 - C. Endotelită
 - D. Hiperplazie lobulară
 - E. Acumularea limfocitelor de-a lungul canalelor biliare
48. CM. Risc sporit de rejet acut au următorii recipienți:
- A. Ciroză HCV
 - B. Ciroză HBV
 - C. Ciroză autoimună
 - D. Ciroză biliară primitivă
 - E. Ciroză asociată cu carcinom hepatocelular
49. CM. Enumerați metodele de transplant hepatic la copii până la 12 ani:
- A. Transplant hepatic „Split Liver”
 - B. Transplant hepatic cu ficat întreg de la donator adult aflat în moarte cerebrală
 - C. Transplant hepatic cu hemificat drept de la donator viu
 - D. Transplant hepatic cu hemificat stâng de la donator viu
 - E. Transplant hepatic cu S II-III de la donator viu
50. CM. Enumerați metodele de transplant hepatic la adulți:
- A. Transplant hepatic „Split Liver”
 - B. Transplant hepatic cu ficat întreg de la donator adult aflat în moarte cerebrală
 - C. Transplant hepatic cu hemificat drept de la donator viu
 - D. Transplant hepatic cu hemificat stâng de la donator viu
 - E. Transplant hepatic cu S II-III de la donator viu
51. CM. Enumerați metodele de transplant hepatic la copii mai mari de 12 ani:
- A. Transplant hepatic „Dual Liver”
 - B. Transplant hepatic „Domino”
 - C. Transplant hepatic cu hemificat stâng de la donator viu
 - D. Transplant hepatic „Split Liver”
 - E. Transplant hepatic cu S II-III de la donator viu

52. CM. Alternativele transplantului hepatic integru de la donator aflat în moarte cerebrală:
- A. Transplant hepatic cu ficat integru de la donator viu
 - B. Transplant hepatic cu S II-III de la donator viu
 - C. Transplant hepatic de la donator viu cu hemificat drept
 - D. Transplant hepatic de la donator viu cu hemificat stâng
 - E. Transplant hepatic cu S VI-VII de la donator viu
53. CM. Tipuri de donatori decedați:
- A. Donatori aflați în moarte hepatică
 - B. Donatori aflați în moarte cerebrală
 - C. Donatori aflați în moarte pulmonară
 - D. Donatori aflați în moarte renală
 - E. Donatori aflați în moarte cardiacă
54. CM. Cele mai dese cauze de moarte cerebrală sunt:
- A. Traumatism vertebro-medular cu paraplegie
 - B. Traumatism toraco-abdominal
 - C. Traumatism craniocerebral
 - D. BCV. Ictus hemoragic
 - E. BCV. Ictus ischemic
55. CM. Pe care parametri biochimici se bazează scorul MELD?
- A. Protrombina (INR)
 - B. Bilirubina
 - C. ALT
 - D. AST
 - E. Creatinina
56. CM. Donator ideal de organe este:
- A. Vârsta <40 de ani
 - B. IMC <25
 - C. AST, ALT > 50
 - D. Durata șederii în ATI < 24 de ore
 - E. Serologie virală (HBV, HCV) negativă
57. CM. Donatori marginali sunt:
- A. Vârsta > 65 de ani
 - B. IMC > 20

- C. Pacienți cu steatoză hepatică macroveziculară > 40%
- D. Serologie pozitivă pentru virusul hepatitei B (anti HBcor +)
- E. Donatori aflați în moarte cardiacă
58. CM. Sistemul de scorificare pentru evaluarea candidaților pentru transplant hepatic:
- A. Scorul PAR
- B. Scorul APGAR
- C. Scorul PELD
- D. Scorul PATCH
- E. Scorul MELD
59. CM. Riscul de „Small-for-size syndrom” apare la recipienți care au beneficiat de grefă:
- A. De la donator viu
- B. Ficat împărțit de la donator decedat
- C. Ficat integru de la donator decedat
- D. Transplant domino
- E. Retransplantată
60. CM. Tipurile posibile de reconstrucție biliară în transplantul hepatic:
- A. Anastomoză coledoco-coledociană
- B. Hepatico-jejunoanastomoză pe ansa jejunală în „Y” a la Roux
- C. Coledoco-bilioanastomoză direct
- D. Bihepatico- jejunoanastomoză pe ansa jejunală în „Y” a la Roux
- E. Colecisto-enteroanostomoză pe ansa „Ω” cu clamparea ansei aferente Shalimov

KEY: TRANSPLANTOLOGIA

1.D; 2.C; 3.D; 4.C; 5.B; 6.A; 7.D; 8.D; 9.E; 10.A; 11.B; 12.B; 13.A; 14.D; 15.C; 16.E; 17.D; 18.C; 19.D; 20.C; 21.E; 22.D; 23.D; 24.D; 25.ACD; 26.ABC; 27.ABCE; 28.ABC; 29.DE; 30.BC; 31.ABE; 32.BDE; 33.BCD; 34.AD; 35.BCDE; 36.ACDE; 37.ABCD; 38.BCD; 39.BC; 40.BD; 41.ACD; 42.AD; 43.BD; 44.ABDE; 45.BDE; 46.AC; 47.ABCE; 48.ACD; 49.ADE; 50.ABC; 51.ACD; 52.BCDE; 53.BE; 54.CD; 55. ABE; 56. ABDE; 57.ACDE; 58.CD; 59. AB; 60.ABD.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientă de 48 de ani, a doua zi posttransplant hepatic, în terapia intensivă, prezintă prăbușirea tensiunii arteriale, tahicardie, acoperită cu transpirații reci. Pe tuburi de dren din cavitatea peritoneală eliminări sangvinolente. Testele funcționale hepatice fără dereglări deosebite. La USG lichid liber în toate regiunile cavității peritoneale.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Formulați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce program de investigare veți realiza pentru stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?
7. În ce constă programul curativ? Argumentați indicațiile pentru tratamentul chirurgical.
8. Ce metode chirurgicale pot fi utile în tratamentul acestei maladii?
9. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
10. Efectuați diagnosticul diferențial.
11. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
12. Ce program de investigare veți realiza pentru stabilirea diagnosticului?
13. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?
14. În ce constă programul curativ? Argumentați indicațiile pentru tratamentul chirurgical.
15. Ce metode chirurgicale pot fi utile în tratamentul acestei maladii?
16. Prescrieți rețeta – Ciprioni, din foaia de prescripții.
17. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: Hemoragie postoperatorie

2. Pacientă de 45 de ani acuză disconfort abdominal, slăbiciuni generale. Din anamneză suferă de hepatită cronică HBV+HDV timp de 10 ani. Examenul obiectiv determină subicteritatea sclerelor și a tegumentelor. Abdomenul moderat mărit în volum. Ficatul se palpează la 4 cm sub rebordul costal drept. Din analizele de laborator se constată sindrom citolitic, hepatopriv. Alfa-fetoproteina – 125 U/ml. La USG se determină 2 formațiuni tumorale 2x2 cm în S III și 3x3 cm în S VI. Hepatosplenomegalie, Ascită.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în raport cu datele prezentate în cazul examinat.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce semne clinice permit de a concretiza diagnosticul în cazul analizat?
5. Ce program de investigație veți realiza pentru stabilirea diagnosticului?
6. Prin ce metodă (manevră diagnostică) în cazul analizat poate fi stabilit diagnosticul definitiv?
7. În ce constă programul curativ? Argumentați indicațiile pentru tratamentul chirurgical.
8. Ce metode chirurgicale pot fi utile în tratamentul acestei maladii?
9. Prescrieți rețeta – Ciprinoli, din foaia de prescripții.
10. Ce prognostic va fi în cazul analizat?

Răspuns corect: Carcinom hepatocelular S III, S VI, grefat pe ciroză hepatică de etiologie virală HBV+HDV

HERNILE

1. CM. Organele cele mai frecvent herniate sunt:
 - A. Colonul transvers
 - B. Intestinul subțire
 - C. Trompa uterină
 - D. Omentul
 - E. Vezica urinară
2. CS. Cea mai frecventă complicație a herniilor este:
 - A. Tumorile herniare
 - B. Strangularea herniară
 - C. Corpri străini intrasaculari
 - D. Peritonita herniară
 - E. Tuberculoza herniară
3. CM. În categoria herniilor rare sunt incluse:
 - A. Hernia obturatorie
 - B. Hernia femurală
 - C. Hernia perineală
 - D. Hernia ischiatică
 - E. Hernia ombilicală
4. CS. Obiectivul tratamentului chirurgical al herniilor este:
 - A. Reducerea conținutului herniar
 - B. Tratarea conținutului herniar
 - C. Hernioplastia
 - D. Înlăturarea sacului herniar
 - E. Izolarea sacului herniar
5. CS. Complicația cea mai frecventă, care apare în evoluția herniilor abdominale, se referă la:
 - A. Peritonita herniară
 - B. Ireductibilitatea herniei
 - C. Tumorile herniare
 - D. Traumatismul herniar
 - E. Corpri străini
6. CM. În morfologia oricărei hernii, clasic, se descriu următoarele elemente:
 - A. Poarta herniară

- B. Sacul herniar
 - C. Prezența unei tumori herniare
 - D. Conținutul sacului herniar
 - E. Corpi străini intrasaculari
7. CS. Tratatamentul herniilor strangulate:
- A. Este o urgență chirurgicală majoră
 - B. Este suficientă rezolvarea herniei prin taxis
 - C. Tratatamentul ortopedic este suficient
 - D. Poate fi aplicat și în regim de chirurgie programată
 - E. Este totdeauna necesară rezecția organului herniar
8. CM. Herniile rare ale peretelui abdominal sunt reprezentate de:
- A. Herniile ombilicale
 - B. Herniile femurale
 - C. Herniile lombare
 - D. Herniile ischiatică
 - E. Herniile inghinale
9. CM. Din categoria herniilor rare fac parte:
- A. Herniile spiegelene
 - B. Herniile obturatorii
 - C. Herniile Richter
 - D. Herniile lombare
 - E. Herniile postoperatorii
10. CS. Hernia Richter este specifică herniilor:
- A. Cu inel herniar mic
 - B. Cu inel herniar larg
 - C. Gigantice
 - D. Cu saci multipli
 - E. Maydl
11. CM. Examenul clinic în hernia strangulată evidențiază:
- A. Ireductibilitatea herniei
 - B. Durere la palparea herniei
 - C. Regiunea herniară mult destinsă
 - D. Abdomen excavat
 - E. Lipsa simptomului de impulsione la tușă
12. CS. Cea mai nefastă complicație a herniei este:
- A. Strangularea

- B. Tuberculoza herniară
 - C. Peritonita herniară
 - D. Încarcerarea
 - E. Tumorile herniare
13. CM. Evoluția herniilor poate fi spre:
- A. Vindecare
 - B. Complicații vitale
 - C. Sporire în dimensiuni
 - D. Suprainfecție
 - E. Degenerare malignă
14. CS. În care forme de hernii sacul conține mai multe anse intestinale?
- A. Hernia epigastrică
 - B. Hernia Maydl
 - C. Hernia Richter
 - D. Hernia obturatorie
 - E. Hernia femurală
15. CS. Care dintre următoarele situații nu reprezintă o complicație a herniilor?
- A. Tuberculoza herniară
 - B. Hernia hiatală
 - C. Peritonita herniară
 - D. Hernia Richter
 - E. Tumorile herniare
16. CS. Care formă de hernie este caracterizată prin ciupirea laterală a ansei herniate?
- A. Hernia obturatorie
 - B. Hernia Maydl
 - C. Hernia Richter
 - D. Hernia ombilicală
 - E. Hernia inghinală
17. CS. În hernii mai frecvent se strangulează:
- A. Stomacul
 - B. Intestinul subțire
 - C. Colonul
 - D. Vezica urinară
 - E. Uterul și anexele sale

18. CS. Dintre herniile enumerate se strangulează mai rar:
- A. Hernia inghinală oblică
 - B. Hernia inghinală directă
 - C. Hernia femurală
 - D. Hernia ombilicală
 - E. Eventrațiile postoperatorii
19. CS. Pentru hernia strangulată nu sunt tipice:
- A. Durerea violentă la nivelul herniei
 - B. Ireductibilitatea
 - C. Distensia tumorii herniare
 - D. Lipsa impulsului la efort de tuse
 - E. Durerea provocată de tactul rectal
20. CS. Pentru hernia Richter nu sunt caracteristice:
- A. Semnele de ocluzie intestinală
 - B. Dimensiunile reduse ale herniei
 - C. Orificiul herniar îngust
 - D. Sindromul dureros moderat
 - E. Pericolul de necroză a organului strangulat
21. CS. Herniile Richter și Littre se disting una de alta prin:
- A. Intensitatea sindromului dolic
 - B. Influența asupra tranzitului intestinal
 - C. Profunzimea tulburărilor circulatorii în viscerele herniare
 - D. Conținutul sacului herniar
 - E. Tipul de strangulare
22. CS. La factorii, ce favorizează instalarea unei strangulări stercorale (ocluzie prin fecalom), nu se referă:
- A. Supraefortul fizic
 - B. Ireductibilitatea herniei
 - C. Dimensiunile orificiului herniar
 - D. Aderențele în sacul herniar
 - E. Dereglările motorii interesând intestinul
23. CS. Nu sunt însoțite de fenomene de ocluzie intestinală herniile strangulate:
- A. Richter
 - B. Nedepistate anterior
 - C. Ale canalului obturator

- D. Ale liniei Spiegel
 - E. Perineale
24. CM. Hernia strangulată urmează să fie diferențiată de:
- A. Hernia ireductibilă
 - B. Coprostază
 - C. Pseudostrangulare
 - D. Ocluzia intestinală
 - E. Hidrocel
25. CS. Cum se numește tipul de strangulare când sacul herniar conține două anse intestinale izolate?
- A. Strangulare prin ocluzie cu fecalom
 - B. Strangulare prin inel elastic
 - C. Parietală
 - D. Retrogradă
 - E. Pseudostrangulare
26. CS. În instalarea flegmonului piostercoral nu sunt implicate:
- A. Blocarea întoarcerii venoase de la nivelul viscerelor herniare
 - B. Hipertensiunea în sacul herniar și în lumenul intestinal
 - C. Tulburările microcirculatorii în peretele intestinal
 - D. Compromiterea funcției de barieră a peretelui intestinal
 - E. Modificările patologice ale intestinului în amonte de strangulație
27. CS. Care dintre fenomenele enumerate nu este corelat cu producerea modificărilor patologice în intestin proximal de nivelul strangulației?
- A. Abolirea insorbției
 - B. Acumularea intraluminală de gaze
 - C. Blocul întoarcerii venoase
 - D. Tulburările microcirculatorii
 - E. Vărsăturile
28. CS. Când termenul de strangulare nu depășește 2 ore, tentativa de a stimula o reducere spontană a herniei este acceptabilă în circumstanțele enunțate mai jos, exceptând:
- A. Stările grave
 - B. Infarctul miocardic recent
 - C. Tulburările circulatorii brutale în encefal
 - D. Vârsta senilă
 - E. Refuzul de a fi supus operației

29. CM. Tentativa de a obține prin forță /taxis/ reducerea unei hernii strangulate comportă pericolul de:
- A. Rupere a ansei strangulate
 - B. Instalarea parezei intestinale rebele
 - C. Reducere aparentă
 - D. Hemoragie intraperitoneală
 - E. Tratament corect
30. CM. După reducerea spontană a unei hernii strangulate poate fi nevoie de:
- A. Supraveghere
 - B. Laparoscopie
 - C. Laparotomie de urgență
 - D. Herniotomie
 - E. Diafanoscopie
31. CM. În timpul inciziei cutanate s-a produs reducerea spontană a herniei. Ce variante tactice sunt acceptabile în asemenea circumstanțe?
- A. Herniotomie cu supravegherea ulterioară a bolnavului
 - B. Herniotomie cu explorarea viscerului strangulat prin plagă hernio-laparotomică
 - C. Herniotomie urmată de laparotomie exploratorie
 - D. Herniotomie cu laparoscopie intraoperatorie prin sacul herniar
 - E. Herniotomie
32. CM. Flegmonul piostercoral se manifestă prin:
- A. Febră
 - B. Intoxicație
 - C. Edem și eritem în zona herniară
 - D. Poliurie
 - E. Anorexie
33. CS. În cadrul intervenției chirurgicale pentru hernie strangulată se va considera drept obiectiv prioritar:
- A. Expunerea sacului herniar
 - B. Secționarea inelului strangulat
 - C. Deschiderea sacului
 - D. Exteriorizarea și fixarea organului strangulat
 - E. Reducerea imediată a conținutului sacului herniar

34. CM. Pentru a aprecia viabilitatea ansei strangulate se vor lua în considerare:
- A. Culoarea
 - B. Peristaltismul
 - C. Pulația vaselor mezenterice
 - D. Tipul de strangulare
 - E. Temperatura
35. CS. Ce vom întreprinde, când estimarea viabilității țesuturilor în limitele șanțului de strangulare este dificilă?
- A. Repunerea intestinului în cavitatea abdominală și laparotomie exploratorie după 24 de ore
 - B. Invaginarea șanțului cu suturi sero-musculare
 - C. Rezecția în „V” a intestinului
 - D. Rezecția intestinului cu anastomoză T-T
 - E. Repunerea intestinului în cavitatea abdominală
36. CS. Principala cauză a herniilor peretelui abdominal este:
- A. Efortul fizic
 - B. Obezitatea
 - C. Slăbirea rapidă
 - D. Stările de denutriție
 - E. Structura imperfectă a peretelui abdominal
37. CM. Simptomele caracteristice unei hernii externe strangulate sunt:
- A. Debut brutal
 - B. Durere violentă la nivelul herniei
 - C. Oprirea tranzitului intestinal
 - D. Tumefiere herniară dură și dureroasă
 - E. Ireductibilitate
38. CS. În hernia inghinală a fost strangulat diverticulul Meckel, care, după secționarea inelului strangulat, s-a dovedit a fi viabil. Care este tactica chirurgicală de elecție?
- A. Repunerea diverticulului în cavitatea peritoneală
 - B. Rezecarea diverticulului
 - C. Rezecarea cuneiformă a intestinului împreună cu diverticulul
 - D. Rezecarea ansei cu anastomoză T-T
 - E. Răspunsuri eronate

39. CM. Timpii principali ai operației pentru flegmonul piostercoral sunt:
- A. Laparotomia
 - B. Rezecarea intestinului
 - C. Deschiderea sacului herniar, extirparea ansei gangrenate
 - D. Închiderea orificiului herniar
 - E. Relaparotomie programate
40. CM. Care dintre factorii enumerați sugerează volumul pregătirii pre-operatorii în cazul herniilor strangulate?
- A. Starea bolnavului
 - B. Termenul strangulării
 - C. Patologia asociată
 - D. Dimensiunile herniei
 - E. Nu sunt semnificative
41. CM. Hernia inghinală strangulată urmează să fie diferențiată de:
- A. Limfadenita inghinală
 - B. Orhiepididimita acută
 - C. Metastazele tumorale în ganglionii limfatici inghinali
 - D. Hernia femurală strangulată
 - E. Hematom
42. CS. Care dintre următoarele gesturi pot deveni riscuri într-o hernie ireductibilă?
- A. Palparea tumorii herniare
 - B. Intervenția chirurgicală de urgență
 - C. Determinarea simptomului de impulsune la tușă
 - D. Reducerea prin taxis
 - E. Tactul rectal sau vaginal
43. CM. Procedeele chirurgicale de refacere a peretelui abdominal în eventrații cuprind:
- A. Lichidarea porții herniare
 - B. Autoplastia
 - C. Hernioplastia cu plasă sintetică
 - D. Rezecția intestinală
 - E. Rezecția epiploonului
44. CS. Cel mai frecvent factor incriminat în apariția eventrațiilor post-operatorii este:
- A. Tipul de incizie
 - B. Fondul biologic al bolnavului

- C. Retenția acută de urină postoperatorie
 - D. Supurația plăgii
 - E. Efortul fizic postoperator
45. CS. În eviscerațiile libere precoce, atitudinea chirurgicală este:
- A. Abținerea chirurgicală
 - B. Instalarea unui lavaj cu drenaj activ
 - C. Refacerea peretelui de urgență
 - D. Investigația paraclinică completă
 - E. Evidența dinamică
46. CM. Ce factori pot sugera tactica chirurgicală în evențațiile postoperatorii strangulate?
- A. Vârsta și starea bolnavului
 - B. Termenul strangulării și modificările din organele strangulate
 - C. Dimensiunile herniei
 - D. Topografia herniei
 - E. Prezența evențației multicamerale
47. CM. Ce organe pot fi strangulate în herniile diafragmatice?
- A. Stomacul
 - B. Colonul transvers
 - C. Ansa intestinului subțire
 - D. Organele parenchimatoase
 - E. Rectul
48. CS. În diagnosticul herniei diafragmatice strangulate rolul dominant îl are:
- A. Sindromul dolic
 - B. Semnele de insuficiență cardiovasculară
 - C. Semnele de ocluzie intestinală
 - D. Sindroamele obiective interesând cutia toracică
 - E. Examenul radiologic
49. CS. Care afirmație referitoare la terapia antibacteriană postoperatorie este incorectă?
- A. Antibioticele sunt indicate în fiecare caz de hernie strangulată
 - B. Antibioticele sunt indicate în caz de rezecție intestinală
 - C. Se administrează când actul operator s-a desfășurat în condițiile unui flegmon piostercoral
 - D. Antibioticele sunt obligatorii în peritonită
 - E. Antibioticele devin necesare când apar complicații postoperatorii

50. CS. Care dintre următorii factori influențează apariția herniilor?
- Insuficiența renală
 - Ulcerul gastroduodenal
 - Tușitorii cronici
 - Hipertiroidia
 - Pneumonia franco-lobară

KEY: HERNIILE

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

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientă de 36 de ani se internează pentru vome bilio-alimentare intense, dureri abdominale colicative, febră 38°C, melenă. Simptomatologia a debutat în urmă cu 7 zile. La internare e intens deshidratată, oligurică, palidă. Ps – 120, TA – 95/50. Limba e uscată. Abdomen suplu, fără distensie, ușor sensibil la palpare profundă în epigastru, fără semne peritoneale. Zgomotele intestinale reduse. Tușeul rectal: materii fecale de aspect melanic. Hb – 102, Le – 24 000, Na – 126,4; K – 2,5; a-amilaza – 45 Un. USG, Rg și TC abdominale evidențiază anse de intestin subțire dilatate, pline de lichid, stază la nivelul colonului ascendent cu nivel hidroaeric. Se instituie tratament intensiv de echilibrare hemodinamică și electrolitică, se montează sondă urinară și nazogastrică. După stabilizare – laparotomie mediană. Intraoperator: ansele enterale edemațiate, acoperite de fibrină. Se constată o breșă în mezocolonul transvers, în care se află încarcerat un segment jejunal de circa 40 cm la 10 cm de unghiul duodenojejunal. După extragerea ansei se evidențiază orificiul fosetei paraduodenale, ansa enterală herniată este cu pereți groși, edemațiați, congestivi, cu echimoze seromusculare, dar fără leziuni parcelate ischemice și cu peristaltică prezentă.

- Formulați diagnosticul prezumtiv.
- Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.

3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol.Novocaini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Hernie internă. Ocluzie intestinală acută*

2. Bolnav de 40 de ani a fost operat după 13 ore de la debutul strangulării herniei inghinale oblice. Intraoperator s-a constatat prezența a 2 anse intestinale. După disecarea inelului de strangulare ansele au căpătat culoare obișnuită, cu peristaltism prezent și pulsație a vaselor mezenteriale apreciată palpator ca satisfăcătoare. Ambele anse intestinale au fost repuse în cavitatea abdominală, a fost efectuată hernioplastie. După 24 de ore post-operatorii la bolnav se constată tabloul clinic de peritonită difuză.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol.Novocaini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Hernie strangulată cu perforația ansei strangulate*

FISTULELE INTESTINALE

1. CM. Fistulele intestinale se caracterizează prin:
 - A. Prezența unui defect în peretele intestinal
 - B. Prezența unui orificiu pe peretele abdominal, cu eliminări intestinale
 - C. Prezența unei comunicări patologice între diverse anse intestinale
 - D. Se asociază permanent cu o peritonită difuză
 - E. Este un proces septico-purulent
2. CM. Pentru fistulele intestinale formate este caracteristic:
 - A. Comunicare izolată a intestinului cu mediul exterior
 - B. Comunicare izolată patologică între diverse anse intestinale
 - C. Comunicare izolată a intestinului cu o cavitate purulentă, ce la rândul său comunică cu mediul extern
 - D. Comunicare izolată cu o fuziune purulentă
 - E. Comunicare cu cavitatea abdominală liberă
3. CM. Fistula intestinală neformată poate reprezenta:
 - A. O comunicare izolată a intestinului cu mediul extern prin intermediul unui duct îngust, acoperit cu epiteliu
 - B. O comunicare a unei anse intestinale cu mediul extern prin intermediul unei fuziuni purulente (abces)
 - C. O comunicare a unei anse intestinale cu un alt organ cavitat prin intermediul unui canal îngust
 - D. O comunicare a ansei intestinale cu organele cavitate adiacente prin intermediul unei cavități purulente
 - E. Prognosticul este prost, comparativ cu fistulele intestinale formate
4. CM. Pentru fistulele intestinale înalte sunt, de regulă, corecte afirmațiile:
 - A. Pierderile intestinale sunt semnificative și pot contribui la o decompensare rapidă
 - B. Nu sunt caracteristice dereglările homeostatice (hidroelectrolitice, acidobazice, hipoproteinemia)
 - C. Volumul conținutului intestinal evacuat, de regulă, este foarte mic
 - D. Dermul alăturat orificiului extern al fistulei se caracterizează printr-o iritare pronunțată

- E. Pacienții cu o fistulă intestinală înaltă, de regulă, au un prognostic favorabil
5. CS. Pentru o fistulă intestinală joasă nu este caracteristic:
- A. Dereglările hidroelectrolitice severe
 - B. Absența cașexiei
 - C. Pierderile intestinale sunt, de regulă, neimportante și nu conduc la dereglări homeostatice
 - D. Dermul alăturat fistulei este ușor schimbat
 - E. Prognosticul unei fistule intestinale joase formate este favorabil
6. CM. După structura morfologică fistulele pot fi:
- A. Tubulare
 - B. Cilindrice
 - C. Labiale
 - D. Mixte
 - E. Mucipare
7. CS. Cel mai alarmant prognostic este caracteristic pentru următorul tip de fistulă:
- A. Situată la nivelul jejunal
 - B. Situată la nivelul ileonului
 - C. Situată la nivelul cecului
 - D. Situată la nivelul transversului
 - E. La nivelul zonei perirectale
8. CM. În porțiunea distală de intestin (în cadrul unei fistule cu debit semnificativ) au loc următoarele schimbări:
- A. Hipertrofia epitelială
 - B. Atrofia mucoasei
 - C. Atrofia stratului muscular
 - D. Hipertrofia compensatorie a tunicii musculare
 - E. Regiunea rămâne intactă
9. CS. Cauza unei fistule intestinale neformate nu poate fi:
- A. Intervențiile chirurgicale cu montarea unei anastomoze intestinale
 - B. Boala Crohn
 - C. Traumele

- D. Colecistita cronică calculoasă
 - E. Diverticulita
10. CM. Complicații ale unei fistule intestinale neformate pot fi:
- A. Peritonita difuză
 - B. Pileflebita
 - C. Septicemia și septicopiemia
 - D. Flegmonul peretelui abdominal
 - E. Colita ulceroasă nespecifică
11. CM. Prognosticul unei fistule intestinale depinde de:
- A. Durata prezenței acesteia
 - B. Nivelul ei
 - C. Debitul fistulei
 - D. Prezența complicațiilor concomitente
 - E. Nu depinde de factorii enumerați mai sus
12. CS. Care dintre fistulele enumerate pot să se închidă spontan?
- A. Labiale
 - B. Labiale cu un debit neînsemnat
 - C. Fistule neformate cu debit excesiv
 - D. Fistule tubulare cu un debit mic
 - E. Toate fistulele cu timpul se închid fără intervenție chirurgicală
13. CM. Indicații pentru instalarea unei fistule artificiale poate servi:
- A. Apendicita acută catarală
 - B. Cancerul colorectal ocluziv
 - C. Colita ulceroasă nespecifică
 - D. Anexita bilaterală
 - E. Diverticuloza colonică complicată cu peritonită (perforație)
14. CM. La pacienții operați la organele cavității peritoneale fistula intestinală poate fi cauzată:
- A. De dehiscența parțială a anastomozei
 - B. De lezarea intraoperatorie a unei porțiuni de intestin
 - C. De o eventrație postoperatorie fixată
 - D. De devascularizarea exagerată de intestin la mobilizarea acestuia
 - E. De un regim de pat îndelungat

15. CM. Indicații pentru aplicarea fistulelor intestinale artificiale, ca regulă, pot fi:
- A. Cancerul ocluziv colorectal
 - B. Ocluzia intestinală acută pe fundal de volvulus intestinal
 - C. Trauma abdominală cu lezarea intestinului, complicată cu o peritonită stercorală
 - D. Colecistita acută calculoasă
 - E. Apendicita acută catarală
16. CS. Pentru care proces patologic este caracteristică apariția fistulelor intestinale:
- A. Boala ulceroasă
 - B. Malrotația duodenală
 - C. Boala Crohn
 - D. Sindromul colonului iritat
 - E. Polipoza familială
17. CM. Semnele specifice pentru o fistulă intestinală externă sunt:
- A. Eliminări stercorale
 - B. Evacuarea gazelor intestinale
 - C. Eliminări biliouse
 - D. Febra
 - E. Semnele dispeptice
18. CM. Pentru o fistulă intestinală internă sunt caracteristice următoarele semne specifice:
- A. Diareea
 - B. Vomele
 - C. Eliminările stercorale din vagin
 - D. Eliminările intestinale la urinare
 - E. Rectoragia
19. CM. Dezvoltarea cașexiei este caracteristică la pacienții cu:
- A. Fistulă jejunală
 - B. Fistulă a ilionului
 - C. Fistule tubulare joase
 - D. Fistulă colorectală
 - E. Fistulă internă ileocolică

20. CM. Pentru aprecierea nivelului fistulei intestinale este necesar de a recurge la:
- A. EUS
 - B. Fistulografie
 - C. Administrarea per os a unui colorant (verde de briliant)
 - D. Pasajul cu BaSO₄
 - E. Dopplerografie
21. CS. Cea mai importantă condiție pentru rezolvarea conservativă a unei fistule tubulare este:
- A. Dieta
 - B. Antibioterapie
 - C. Sanarea permanentă a canalului fistular
 - D. Micșorarea maximă a debitului fistular
 - E. Administrarea corticosteroizilor
22. CM. Micșorarea volumului de eliminare a unei fistule intestinale poate fi obținută prin:
- A. Administrarea Octreotidului
 - B. Dietă cu alimente ușor asimilabile
 - C. Spasmolitice
 - D. Instalarea unor obturatoare de cauciuc sau alte materiale
 - E. Preparate din grupul β-adrenoblocatorilor
23. CM. În perioada preoperatorie pacienții necesită:
- A. Corecție hidrosalină
 - B. Compensare hipoproteică
 - C. Tratamentul patologiilor concomitente
 - D. Regim de pat
 - E. Evitarea efortului fizic
24. CM. Pentru fistulele colonului descendent sunt caracteristice:
- A. Dereglări hidroelectrolitice severe
 - B. De regulă cașexia nu este caracteristică
 - C. Nu se înregistrează dereglări acido-bazice semnificative
 - D. Starea generală a pacientului de regulă satisfăcătoare
 - E. Hemodinamica pacienților este instabilă

25. CM. Profilaxia dermatitelor parafistulare se realizează prin aplicarea și administrarea:
- A. Corticosteroizilor
 - B. Unguentului de Zn
 - C. Razelor ultraviolete
 - D. H-blocatorilor
 - E. Micșorarea debitului
26. CM. Pentru stabilirea tacticii chirurgicale la pacienții cu o fistulă artifițială sunt bine venite:
- A. Fistulografia
 - B. Irigoscopia
 - C. Rectoromanoscopia
 - D. RMN
 - E. Eco-Dopplerografia
27. CS. Metoda preferabilă actuală de rezolvare chirurgicală a fistulei intestinale este:
- A. Metoda extraperitoneală
 - B. Metoda intraperitoneală
 - C. Combinată
 - D. Metodele intra- și extraperitoneală sunt folosite aproximativ egal
 - E. Nu se folosesc metodele sus-menționate
28. CS. Letalitatea postoperatorie este mai frecventă în caz de folosire a metodei:
- A. Intraperitoneale
 - B. Extraperitoneale
 - C. Raportul letalității între metodele intraperitoneale și extraperitoneale este aproximativ egal
 - D. Nu se înregistrează letalitatea din metodele menționate
 - E. Nu este cunoscută așa statistică
29. CM. Metoda extraperitoneală de lichidare a fistulei intestinale constă în:
- A. Suturarea orificiului extern al fistulei
 - B. Rezeția porțiunii de intestin purtător de fistulă cu anastomoză
 - C. Se recurge la incizia dermului la marginea fistulei cu aplicarea unui lambou de piele asupra fistulei

- D. Anastomoza de ocolire
 - E. Excluderea bilaterală a fistulei
30. CM. Metoda intraperitoneală de lichidare a fistulei intestinale reprezintă:
- A. Rezecția porțiunii purtătoare de fistulă cu anastomoză terminal-terminală
 - B. Aplicarea anastomozei 3/4 Melnicov
 - C. Suturarea fistulei
 - D. Anastomoza de ocolire, excluderea fistulei
 - E. Suturarea și plastia cu un lambou de piele
31. CM. La pacienții cu o fistulă neformată colică, nedirijată, cu un sindrom de intoxicare progresiv, este bine venită:
- A. Rezecția porțiunii de intestin purtător de fistulă cu montarea anastomozei
 - B. Enterorafia laterală cu anastomoză 3/4 Melnicov
 - C. Excluderea fistulei și a procesului septic prin instalarea ileostomei
 - D. Sanarea fuziunii purulente
 - E. Nicio metodă enumerată nu poate fi utilizată în situația respectivă
32. CS. Aspectul negativ al metodei extraperitoneale de lichidare a fistulei este:
- A. Dificultatea tehnică
 - B. Frecvența înaltă a recidivei
 - C. Durata îndelungată a intervenției
 - D. Complicațiile severe frecvente
 - E. Nu sunt aspecte negative
33. CM. Metoda extraperitoneală de lichidare a fistulei este indicată și preferabilă la:
- A. Toți pacienții cu fistule formate
 - B. La pacienții cu o vârstă înaintată
 - C. La pacienții cu patologii cardiovasculare severe
 - D. La pacienții cu o fistulă neformată
 - E. La pacienții care au suportat operația Hartmann

34. CS. Care dintre complicațiile enumerate sunt mai frecvente după folosirea metodei extraperitoneale?
- A. Hemoperitoneul
 - B. Peritonita postoperatorie
 - C. Recidiva fistulei
 - D. Trombembolia
 - E. Insuficiența hepato-renală
35. CS. Termenele optime de lichidare a fistulei intestinale aplicate artificial sunt:
- A. Peste 2-8 săptămâni de la instalare
 - B. Peste 2-8 luni
 - C. Peste 9-15 luni
 - D. Peste 16-24 de luni
 - E. Termenele nu au importanță
36. CM. Metoda intraperitoneală este indicată:
- A. Pacienților care au suportat operația Hartmann
 - B. Pacienților numai cu colostomie biluminară
 - C. În fistulele interne colo-vezicale
 - D. În fistulele interne ileo-vaginale
 - E. Pacienților cu patologii cardiovasculare severe
37. CM. Rezecția marginală a intestinului cu anastomoză 3/4 Melnicov poate fi realizată:
- A. În caz de fistulă tubulară
 - B. În caz de colostomă biluminară
 - C. În caz de colostomă terminală
 - D. În cazul unei fistule neformate
 - E. În toate cazurile este posibilă
38. CM. Rezecția porțiunii purtătoare de fistulă cu aplicarea anastomozei este posibilă:
- A. La pacienții după operația Hartmann
 - B. După operația Queniu-Milles
 - C. După hemicolectomie cu colostomă
 - D. Numai în caz de fistulă neformată
 - E. În boala Crohn

39. CS. Complicația cea mai frecventă după intervențiile de lichidare a fistulei intestinale prin procedeul intraperitoneal este:
- A. Dehiszența anastomozei
 - B. Recidiva fistulei
 - C. Supurarea plăgii postoperatorii
 - D. Tromboembolia arterei pulmonare
 - E. Ocluzia intestinală
40. CM. Cauza fistulei după o rezecție de intestin poate fi:
- A. Mobilizarea excesivă a intestinului
 - B. Defectele tehnice
 - C. Deserozarea și lezarea intestinului
 - D. Infecția și antibioterapia neadecvată
 - E. Regimul de pat postoperator îndelungat
41. CM. La pacienții purtători de o fistulă, care comunică cu mediul extern printr-o cavitate purulentă, poate surveni:
- A. Eruperea în cavitatea peritoneală
 - B. Declanșarea pileflebitei
 - C. Septicemia
 - D. Formarea fistulei tubulare
 - E. Autolichidarea rapidă
42. CM. Reabilitarea pacienților cu colostomă terminală în condiția unui bont distal scurt (4-5 cm) poate fi atinsă prin:
- A. Instalarea unei anastomoze termino-terminale colorectale
 - B. Anastomoză termino-laterală
 - C. Anastomoză mecanică
 - D. Anastomoza de tip Duhamel
 - E. Nu este posibilă
43. CS. Metoda preferabilă de reabilitare a pacienților după extirparea rectului este:
- A. Coborârea transperineală a colonului
 - B. Coborârea transperineală cu modelarea unui rezervor „G-Pauci”
 - C. Coborârea transperineală cu formarea unui sfincter din musculus Gratielis
 - D. Colostomia transperineală cu formarea unui sfincter din musculus Gratielis

- E. Reabilitarea chirurgicală nu este posibilă
44. CS. Irigoscopia în caz de o fistulă a colonului se îndeplinește cu:
- A. Verografin
 - B. Iodlipol
 - C. Cardiotrast
 - D. Soluție BaSO₄
 - E. Albastru de metilen
45. CM. Tratamentul local al fistulei prevede:
- A. Tratamentul plăgii purulente
 - B. Protecția țesuturilor de eliminările fistulei
 - C. Micșorarea volumului de eliminare
 - D. Raze ultraviolete
 - E. Electroforeză cu glucocorticoizi
46. CS. Cea mai frecventă cauză a fistulei intestinale interne este:
- A. Boala Crohn
 - B. Apendicita acută
 - C. Colecistita cronică
 - D. Ulcerul peptic penetrant
 - E. Colita ulceroasă nespecifică
47. CM. În caz de fistulă gastrocolică este caracteristică:
- A. Diareea
 - B. Cașexia
 - C. Edemele disproteice
 - D. Pneumonia
 - E. Eructațiile cu miros fetid
48. CM. Pierderile exigente în caz de o fistulă înaltă pot conduce la:
- A. Micșorarea volumului de circulație a sângelui
 - B. Hipotonie
 - C. Majorarea filtrației glomerulare
 - D. Schimbări catabolice
 - E. Micșorarea diurezei
49. CS. În fistulele colorectale predomină:
- A. Schimbările hidroelectrolitice
 - B. Schimbările acido-bazice

- C. Schimbările hipoproteice
 - D. Schimbările septico-purulente
 - E. Dereglările cardiovasculare
50. CS. Reabilitarea chirurgicală optimă a pacienților care au suportat colpsectomie subtotală cu ileostomie terminală în caz de colită ulceroasă nespecifică constă în:
- A. Ileostomie transperineală
 - B. Ileostomie transanală
 - C. Ileostomie transanală cu formarea unui rezervor „G-Pauci”
 - D. Tehnic nu este posibilă
 - E. Operația Svenson
51. CM. La pacienții cu rezecții de intestin postoperator pot apărea fistule intestinale din următoarele motive:
- A. Patologii cardiovasculare concomitente
 - B. Deserozări intestinale intraoperatorii
 - C. Anastomoză plasată pe un sector ischemic
 - D. Antibioterapie neadecvată
 - E. Pregătirea insuficientă preoperatorie a intestinului
52. CS. Din ce cauză lichidarea unei fistule labiale poate fi realizată numai chirurgical?
- A. Din cauza funcției secretorii păstrate a mucoasei
 - B. Din cauza lipsei secreției la nivelul mucoasei
 - C. Din cauza ineficienței preparatelor cu efect citostatic
 - D. Din cauza imposibilității de a reduce dermatita adiacentă fistulei
 - E. Din cauza riscurilor majore de complicații septicopurulente ce pot surveni în acest tip de fistulă
53. CS. Evoluția cea mai nefavorabilă este caracteristică pentru fistula la nivel de:
- A. Jejun
 - B. Ileon
 - C. Colon ascendent
 - D. Colon sigmoid
 - E. Nu depinde de nivelul situației

54. CM. Dezavantajele evolutive în fistulele situate la nivel de jejun sunt cauzate de:
- A. Dereglări hidrosaline severe
 - B. Pierderi neînsemnate de conținut intestinal
 - C. Dereglări acido-bazice
 - D. Cașexie progresivă
 - E. Procese autoimune severe
55. CS. Fistula gastrocolică poate fi ca rezultat al următoarei stări patologice:
- A. Gastrită catarală
 - B. Pancreatită cronică indurativă
 - C. Boala stomacului operat
 - D. Litiază biliară
 - E. Ciroză hepatică
56. CS. Pentru care dintre maladiile enumerate este caracteristică formarea fistulelor intestinale interne?
- A. Apendicita acută flegmonoasă
 - B. Perirectita acută ischiorectală
 - C. Dolicosigma
 - D. Polipoza familială
 - E. Diverticuloza colonică
57. CS. Diagnosticul de fistulă intestinală internă, între colon și vezica urinară, poate fi confirmat prin realizarea:
- A. Examenului ultrasonor
 - B. Angiografiei selective
 - C. Rectoromanoscopiei
 - D. Irigografiei
 - E. Scintigrafiei
58. CS. Tratamentul de elecție în caz de fistulă intestinală internă este:
- A. Antibioterapie
 - B. Irigarea curativă endorectală a colonului
 - C. Administrarea Mesalazinei
 - D. Ligaturarea intraoperatorie a fistulei
 - E. Excizia fistulei

59. CS. Recuperarea unui pacient cu ileostomă terminală poate fi obținută prin:
- A. Administrarea Octreotidului
 - B. Antibioterapiei
 - C. Aplicarea ileo-ileo-anastomozei
 - D. Suturarea stomei
 - E. Este irealizabilă
60. CS. Fistula intestinală neformată a cecului pe fundal de apendicită acută distructivă, ce evoluează cu progresarea proceselor septicopurulente, poate fi corijată prin realizarea:
- A. Antibioterapiei
 - B. Aplicarea colostomei terminale
 - C. Aplicarea ascendostomei biluminare
 - D. Aplicarea ileostomei de excludere
 - E. Intubarea endorectală colonică

KEY: FISTULELE INTESTINALE

1.ABCE; 2.ABCD; 3.BDE; 4.AD; 5.A; 6.ACD; 7.A; 8.BC; 9.D; 10.ABCD; 11.ABCD; 12.D; 13.BCE; 14.ABCD; 15.ABC; 16.C; 17.ABC; 18.CD; 19.AB; 20.BCD; 21.D; 22.ABD; 23.ABC; 24.BCD; 25.BE; 26.ABC; 27.B; 28.A; 29.AC; 30.ABD; 31.CD; 32.B; 33.BC; 34.C; 35.B; 36.ACD; 37.AB; 38.ACE; 39.C; 40.ABCD; 41.ABCD; 42.ABCD; 43.C; 44.D; 45.ABC; 46.D; 47.ABCE; 48.ABDE; 49.D; 50.C; 51.BCE; 52.A; 53.A; 54.ACD; 55.C; 56.E; 57.D; 58.E; 59.C; 60.D.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientul G., 74 de ani, este internat în clinică cu diagnostic de adenocarcinom al colonului sigmoid. După o pregătire preoperatorie în conformitate cu protocolul instituțional, peste 2 zile este supus intervenției chirurgicale; se practică rezecția colonului sigmoid cu sigmorectoanastomoză terminoterminală. Primele 6 zile de perioadă postoperatorie au decurs fără particularități. Tranzitul intestinal este reluat la a 4-a zi. Scaunul apare la a 5-a zi postoperator. Peste 7 zile pacientul a manifestat apariția unui sindrom algic în regiunea hipogastrală. La a 8-a zi s-au observat eli-

minări neînsemnate cu conținut intestinal pe drenurile (două tuburi N24 și N18) plasate adiacent anastomozei colorectale. La palpate abdomenul moale, fără semne de excitare a peritoneului, ușor dolor în regiunea drenurilor. Totodată, seara apare o stare de subfebrilitate, din testele de laborator se constată o leucocitoză moderată cu devierea formulei leucocitare.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Metroglyli, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Fistulă intestinală anastomotică*

2. Pacientul T., 58 de ani, operat în mod urgent pentru o hernie inghinală strangulată. Intraoperator se atestă un sector de ileon necrozat. Se recurge la o rezecție de ileon cu ileo-ileo-anastomoză. Perioada postoperatorie, în decurs de 8 zile, a evoluat relativ fără particularități. La a 9-a zi pe drenul de siguranță apar eliminări biliare în cantități neînsemnate. Starea se caracterizează cu o agravare neînsemnată. Seara apare febră până la 37,6°C, slăbiciune. Abdomenul este moale, fără semne de iritare a peritoneului, ușor dolor pe flancul drept abdominal, adiacent drenurilor de siguranță. Tranzitul intestinal este păstrat.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?

5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Ciprinoli, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Fistulă intestinală postoperatorie*

ABDOMENUL ACUT. APENDICITA ACUTĂ

1. CM. Care dintre afirmațiile următoare referitor la apendicita acută sunt adevărate?
 - A. Survine frecvent între 10-40 de ani
 - B. Poate fi prezentă la bătrâni și adulți
 - C. Are o frecvență foarte redusă la nou-născuți și sugari
 - D. Este cea mai frecventă urgență abdominală
 - E. Se tratează adesea conservator
2. CM. Programul diagnostic al apendicitei acute cuprinde:
 - A. Anamneza detaliată
 - B. Se exclude patologia somatică care simulează afecțiunile acute chirurgicale
 - C. Tușeul rectal la bărbați și suplimentar vaginal la femei
 - D. Investigații de laborator
 - E. Cromocistoscopia imediată
3. CS. Dintre factorii implicați în instalarea apendicitei rolul dominant îl are:
 - A. Spasmul sau tromboza a.apendicularis
 - B. Excesul de proteine în rația alimentară
 - C. Tulburări de motilitate a cecului
 - D. Obstruarea apendicelui cecal
 - E. Diseminarea enterogenă sau hematogenă a infecției
4. CS. Obstrucția apendicelui cauzează o impermeabilitate de tipul ansei închise, în care circumstanțe au loc următoarele fenomene, excep-tând:
 - A. Scăderea presiunii în lumenul apendicelui
 - B. Proliferarea florei microbiene
 - C. Tulburările circulatorii în peretele organului
 - D. Invazia bacteriană
 - E. Infarctul pe marginea antimezenterică a apendicelui
5. CS. Dintre simptomele de debut ale apendicitei cel mai important este:
 - A. Anorexia
 - B. Durerile abdominale
 - C. Voma

- D. Disfuncțiile intestinale
E. Febra
6. CS. În funcție de forma clinică a apendicitei semnele abdominale variază pe un diapazon vast. În care varietate a apendicitei simptomele abdominale se manifestă la un grad minim?
A. Retrocecală
B. Subhepatică
C. Pelviană
D. Sinistrolaterală
E. Mezoceliacă
7. CS. Care dintre varietățile apendicitei mai frecvent conduce la un proces distructiv?
A. Subhepatică
B. Retrocecală
C. Sinistrolaterală
D. Pelviană
E. Mezoceliacă
8. CS. Testul pozitiv al psoasului este prezent în simptomatologia:
A. Empiemului apendicular
B. Plastronului apendicular
C. Apendicitei pelviene
D. Apendicitei retrocecale
E. Apendicitei perforate
9. CS. În apendicita gangrenoasă se observă toate simptomele enumerate aici, exceptând:
A. Intoxicația
B. Tahicardia ce nu corespunde cu temperatura
C. Durerile abdominale violente
D. Pareza intestinală
E. Leucopenia
10. CS. Fenomene de disurie, leucocite, uneori și hematii în urină se constată în:
A. Apendicita pelviană
B. Apendicita herniară
C. Empiemul apendicular

- D. Apendicita din prima jumătate a sarcinii
E. Apendicita gangrenoasă
11. CS. Durerile în hipogastrul drept, hiperestezia cutanată, defansul muscular, simptomul Sciotkin-Blumberg constituie semne ale apendicitei. Cu toate acestea, în funcție de topografia apendicelui, de starea generală și vârsta bolnavului, de afecțiunile asociate etc., tabloul clinic poate să difere esențial de cel clasic. Pentru a verifica diagnosticul în asemenea circumstanțe, cea mai indicată investigație o constituie:
- A. Tușeul rectal
B. Examenul radiologic cu substanță de contrast
C. Laparoscopia
D. Puncția abdominală
E. Puncția-lavaj a cavității peritoneale
12. CS. Este lipsit de sens clinic diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu:
- A. Colecistita acută
B. Ulcerul perforat
C. Pancreatita acută
D. Diverticulita Meckel
E. Gastroenterita acută
13. CS. Cel mai important simptom, ce permite diferențierea pielonefritei acute de apendicită, îl constituie:
- A. Febra cu frisoane
B. Lombalgia
C. Testul psoas pozitiv
D. Nivelul de bacteriurie
E. Leucocituria
14. CS. Durerile acute în hipogastru cu iradiere în perineu, fața internă a coapsei, tenesme vezicale, vome, tactul vaginal relevă o formațiune sferoidă, netedă, elastică, detașabilă de uter, ce indică:
- A. Apendicită acută
B. Ruperea foliculului de Graaf
C. Sarcină extrauterină ruptă
D. Torsiunea chistului ovarian
E. Salpingooforită acută

15. CS. La jumătatea ciclului menstrual survin dureri acute în hipogastru, cu transfer în regiunile inghinale, frecvent cu iradiere în vagin, perineu, rect, hipotermie tranzitorie, ce indică:
- A. Apendicită acută
 - B. Ruperea foliculului de Graaf
 - C. Sarcină extrauterină ruptă
 - D. Torsiunea chistului ovarian
 - E. Salpingooforită acută
16. CS. Tegumentele cianotice, hipotonia, anemia, simptomul Kulencampff, puncția fundului de sac posterior al vaginului prelevă sânge ce nu se coagulează indică:
- A. Apendicită acută
 - B. Ruperea foliculului de Graaf
 - C. Sarcină extrauterină ruptă
 - D. Torsiunea chistului ovarian
 - E. Salpingooforită acută
17. CS. Durerile în hipogastru cu iradiere în regiunea lombară, vagin, perineu, frecvent însoțite de secreții vaginale mucopurulente, durere acută la tentativa de a stabili motilitatea uterului prin tact bimanual, indică:
- A. Apendicită acută
 - B. Ruperea foliculului de Graaf
 - C. Sarcină extrauterină ruptă
 - D. Torsiunea chistului ovarian
 - E. Salpingooforită acută
18. CS. Întârzierea menstruelor ordinare, secrețiile vaginale cu caracter abundent, durerile acute în hipogastru, lipotimia, starea de colaps indică:
- A. Apendicită acută
 - B. Ruperea foliculului de Graaf
 - C. Sarcină extrauterină ruptă
 - D. Torsiunea chistului ovarian
 - E. Salpingooforită acută
19. CM. Care sunt cele mai probabile complicații în caz de perforare a apendicelui?
- A. Abcesele intraperitoneale
 - B. Șocul septic

- C. Peritonita supurativă difuză
 - D. Pileflebita
 - E. Plastronul apendicular
20. CM. Dintre complicațiile posibile ale apendicitei acute fac parte:
- A. Plastronul apendicular
 - B. Abcesul apendicular
 - C. Peritonita supurativă difuză
 - D. Pileflebita
 - E. Ileita terminală
21. CM. Care sunt căile de acces recomandabile, dacă până la intervenție diagnosticul „apendicită acută” a fost stabilit doar prezumtiv?
- A. Incizia pararectală Lennander
 - B. Incizia prelungită Volkovici-Diakonov
 - C. Laparotomia mediană subombilicală
 - D. Laparotomia mediană supra- și subombilicală
 - E. Incizia Pfannenstiel
22. CM. Ce vom întreprinde înainte de a extirpa un apendice cu semne de inflamație superficială?
- A. Explorarea ileonului pe o lungime de cel puțin 1 m
 - B. Inspecția uterului și anexelor lui
 - C. Inspecția porțiunilor circumiacente la colon
 - D. Administrarea unei soluții de Indigocarmin în stomac
 - E. Biopsie
23. CM. Tratatamentul apendicitei perforate cu semne clinice de peritonită în hipogastru, determinată înainte de intervenție, include:
- A. Laparotomia mediană subombilicală
 - B. Apendicectomia
 - C. Curățarea cavității peritoneale
 - D. Drenajul cavității peritoneale
 - E. Extraperitonizarea zonei bontului
24. CS. În cazurile, în care înfundarea fiabilă a bontului apendicular este imposibilă, se va recurge la:
- A. Ligaturarea bontului cu fir neresorbabil, lăsându-l în cavitatea abdominală

- B. Extraperitonizarea zonei bontului
 - C. Instituirea unei cecostomii
 - D. Elecția procedului, reieșind din circumstanțe
 - E. Toate procedeele
25. CS. Abcedarea plastronului apendicular este însoțită de următoarele simptome, exceptând:
- A. Febra hectică
 - B. Intoxicația
 - C. Durerea în regiunea iliacă dreaptă
 - D. Eritemul și fluctuația
 - E. Leucocitoza crescută
26. CS. Ce tactică se va considera adecvată în situația în care, intraoperatoriu, se detectează un plastron apendicular?
- A. Apendicectomia
 - B. Apendicectomia și drenajul cavității peritoneale
 - C. Apendicectomia cu instituirea unei cecostomii
 - D. Închiderea cavității abdominale
 - E. Drenajul cavității peritoneale
27. CS. Reinternarea în vederea unei apendicectomii după resorbția plastronului apendicular se va face peste:
- A. 1-2 luni
 - B. 3-4 luni
 - C. 6 luni
 - D. 8 luni
 - E. 12 luni
28. CS. În momentul laparotomiei în fosa iliacă se constată o acumulare masivă de lichid cu nuanță verzuie și miros acid, hiperemie a apendicelui și a segmentelor intestinale adiacente. Pentru care afecțiune sunt tipice aceste fenomene?
- A. Colecistită acută
 - B. Ocluzie intestinală
 - C. Pancreatită acută
 - D. Ulcer perforat
 - E. Diverticulită Meckel

29. CS. Când intraoperatoriu se infirmă diagnosticul de apendicită, sunt recomandabile următoarele acțiuni, exceptând:
- A. Cercetarea lichidului sau exsudatului din cavitatea peritoneală
 - B. Inspecția organelor din micul bazin
 - C. Explorarea veziculei biliare și a zonei gastroduodenale
 - D. Explorarea ileonului pe o lungime de cel puțin 1 m
 - E. Apendicectomia
30. CS. Care dintre acțiunile enumerate în continuare este rațională în situațiile următoare: când nu avem certitudinea unei hemostaze perfecte, când apendicele sau o porțiune din el nu a putut fi extirpat, când bontul apendicular nu este închis fiabil?
- A. Conduita deschisă a plăgii fără suturi cutanate
 - B. Explorarea cavității abdominale peste 24 de ore
 - C. Administrarea topică a antibioticelor prin microirigator
 - D. Drenajul cavității peritoneale
 - E. Antibioterapie
31. CS. Cea mai puțin probabilă cauză a febrei în termen, ce depășește 3-5 zile postapendicectomie, este:
- A. Supurația plăgii
 - B. Abcesul intraperitoneal
 - C. Pneumonia
 - D. Tromboflebita venelor profunde ale gambei
 - E. Efectele adverse ale antibioterapiei
32. CS. Un bărbat de 36 de ani a suportat o intervenție pentru apendicită acută. În ziua a 10-a prezintă febră hectică, acuză dureri în hipocondrul drept, cu iradiere în regiunea umărului și cu intensificare la inspir profund. Examenul radiologic a vizualizat o ridicare anormală a cupolei diafragmatice din dreapta, atelectaziile segmentelor bazale ale plămânilor, revărsat în cavitatea pleurală. Care este complicația cea mai probabilă?
- A. Abces interintestinal
 - B. Abces hepatic
 - C. Abces subhepatic
 - D. Pileflebită
 - E. Abces subfrenic

33. CS. În a 5-a – a-7-a zi postapendicectomie s-au declarat următoarele simptome. Care dintre acestea conține informația ce ne-ar putea sugera localizarea focarului septic?
- A. Febră
 - B. Dureri abdominale
 - C. Fenomene disurice, tenesme, diaree
 - D. Numărul de leucocite în urină – $2 \cdot 10^3$ /ml
 - E. Leucocitoză crescută
34. CS. Rolul principal în terapia abceselor intraperitoneale, apărute în urma intervențiilor în boli chirurgicale acute, inclusiv în apendicită, îl dețin:
- A. Antibioticele
 - B. Enzimele proteolitice
 - C. Preparatele imunomodulatoare
 - D. Drenajul transcutan
 - E. Intervenția chirurgicală
35. CS. Din totalitatea cazurilor de apendicită la gravide incidența ei în prima jumătate a sarcinii echivalează cu:
- A. 10%
 - B. 25%
 - C. 40%
 - D. 55%
 - E. 75%
36. CS. Care dintre afirmațiile referitoare la apendicita în termene avansate ale sarcinii este eronată?
- A. Unele simptome ale apendicitei și sarcinii sunt confundabile
 - B. Localizarea durerilor este atipică
 - C. Apărarea musculară este compromisă
 - D. Reacția leucocitară de obicei lipsește
 - E. Patologia primară poate fi simulată de contracțiile uterine, provocate de peritonită
37. CM. Postapendicectomie gravidelor le sunt indicate:
- A. Repaus la pat
 - B. Sulfat de magneziu
 - C. Vitamina E

- D. Prozerină
E. Efort fizic
38. CM. În peritonita difuză de geneză apendiculară gravidelor cu sarcină ajunsă la termen le sunt indicate:
- A. Cezariană
B. Apendicectomie
C. Curățarea și drenajul cavității peritoneale
D. Histerectomie
E. Răspunsuri eronate
39. CM. Raritatea apendicitei la copii în vârstă sub 5 ani se explică prin:
- A. Forma apendicelui
B. Proprietatea regenerativă a țesuturilor organismului infantil
C. Starea aparatului limfoid
D. Proprietățile plastice ale peritoneului
E. Patologii concomitente
40. CM. La copii apendicita este deosebit de periculoasă din cauza:
- A. Evoluției vertiginoase a afecțiunii
B. Frecvenței înalte a complicațiilor
C. Subdezvoltării mecanismelor de protecție generală și locală
D. Dificultăților de diagnostic
E. Răspunsuri eronate
41. CM. În apendicita la copii se adoptă o tactică chirurgicală mai energică, dat fiind:
- A. Particularitățile ei de evoluție
B. Starea mecanismelor de protecție locală
C. Gradul de rezistență a organismului infantil la infecții
D. Dificultățile de diagnostic
E. Răspunsuri eronate
42. CM. Apendicita la persoanele senescente se distinge prin:
- A. Starea inițială relativ satisfăcătoare
B. Lipsa defansului muscular
C. Semnul Blumberg negativ
D. Dureri de intensitate mică
E. Poate simula o pseudotumoare

43. CS. La bătrâni peste 70 de ani apendicita acută perforază în:
- A. 20% din cazuri
 - B. 26% din cazuri
 - C. 32% din cazuri
 - D. 40% din cazuri
 - E. 50% din cazuri
44. CM. Semnele clinice în apendicita acută pelviană sunt:
- A. Durere în hipogastru
 - B. Retenție acută de urină
 - C. Icter
 - D. Polakiurie
 - E. Tenesme
45. CS. Cea mai frecventă tulburare de tranzit intestinal în apendicita acută este:
- A. Constipația
 - B. Diareea
 - C. Rectoragia
 - D. Melena
 - E. Diareea sangvinolentă
46. CM. Prin ce se caracterizează triada Dieulafoy?
- A. Dureri în fosa iliacă dreaptă
 - B. Dureri în epigastru
 - C. Hiperestezie cutanată
 - D. Tumefacție în fosa iliacă dreaptă
 - E. Apărare musculară în fosa iliacă dreaptă
47. CM. Cele mai frecvente localizări ale apendicitei care determină abces apendicular sunt cele:
- A. Retrocecale
 - B. Mezoceliace
 - C. Pelvine
 - D. Iliace
 - E. Din fosa iliacă stângă
48. CM. „Sindromul zilei a 5-a – a 7-a” descris inițial la copii și recunoscut la adulți este caracterizat prin:
- A. Debut brutal în ziua a 5-a – a 7-a, evoluție postapendicectomie simplă

- B. Se manifestă prin sindrom peritoneal difuz cu contractură abdominală și febră
 - C. Este indicată intervenția chirurgicală de urgență
 - D. Intraoperator nu este depistată cauza peritonitei
 - E. Este cauza manevrelor cu bontul apendicular și contactul cu peritoneul
49. CM. Indicați particularitățile tabloului clinic în apendicita acută pelvină:
- A. Lipsa durerilor locale în triunghiul Sherer
 - B. Component sangvin în masele fecale
 - C. Dureri accentuate în regiunea peretelui anterior al rectului la tușul rectal
 - D. Lipsa reacției febrile
 - E. Manevra Pasternatchi pozitivă
50. CM. Tamponamentul „tampon-țigară” de cauciuc și tifon postapendicectomie este practicat în:
- A. Imposibilitatea înlăturării integrale ori parțiale a apendicelui vermicular
 - B. Drenarea abcesului periapendicular
 - C. Dubii în hemostază fermă și hemoragie parenchimatoasă din patul apendicelui vermicular
 - D. Pericolul dehiscenței suturii aplicate în condițiile inflamației culei cecului
 - E. Apendicita retrocecală, complicată cu supurația țesutului adipos retroperitoneal
51. CS. Doar intraoperator este posibil diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu:
- A. Ileita terminală (boala Crohn)
 - B. Diverticulita Meckel
 - C. Pielonefrita
 - D. Diverticulul
 - E. Pancreatita acută
52. CM. Apendicita acută la pacienții senili se caracterizează prin:
- A. Preponderența formelor distructive ale maladiei
 - B. Dezvoltarea frecventă a formelor primar-gangrenoase ale apendicitei

- C. Atenuarea manifestărilor clinice
 - D. Diminuarea fazei epigastrale a sindromului algic
 - E. Evidențierea promptă a semnelor Koher
53. CM. Care sunt particularitățile clinice ale apendicitei acute în jumătatea a II-a a sarcinii?
- A. Sindrom dolo­r slab pronunțat, asemănător distensiei aparatului ligamentar al uterului
 - B. Absența manevrei Volkov-Koher
 - C. Localizarea înaltă a durerilor în jumătatea dreaptă a abdomenului
 - D. Defans muscular și dureri locale în regiunea dreaptă
 - E. Sindromul Sitkovski invers pozitiv
54. CM. În diagnosticul apendicitei acute pelviene se orientează la:
- A. Delimitarea rapidă a procesului inflamator în cavitatea bazinului mic
 - B. Simptomele de excitație peritoneală sunt slab manifestate ori absente
 - C. Încertitudinea simptomelor clinice apendiculare
 - D. Importanța tușeului rectal și vaginal
 - E. Incidența frecventă a flegmonului retroperitoneal
55. CM. Apendicita acută retrocecală se caracterizează prin:
- A. Diagnostic întârziat
 - B. Spitalizare tardivă a pacienților
 - C. Frecvența sporită a formelor distructive
 - D. Simptomul de excitație peritoneală slab manifestat
 - E. Simptomul Volkov-Koher pozitiv
56. CM. Manifestările clinice ale abcesului subdiafragmal după apendicectomie sunt:
- A. Dureri în hemitorace pe dreapta și în regiunea superioară a abdomenului la inspir
 - B. Dureri la palpare în regiunea coastelor inferioare
 - C. Temperatură hectică
 - D. Prolabarea spațiilor intercostale inferioare
 - E. Mărirea limitelor matității hepatice
57. CM. În diagnosticul diferențial al apendicitei acute și colicii renale pe dreapta se practică:
- A. Administrarea spasmolitice­lor

- B. Administrarea preparatelor stupefiante
 - C. Examinarea urgentă a urinei
 - D. Cromocistoscopia
 - E. Angiografia arterelor renale
58. CM. În diagnosticul diferențial al abcesului subdiafragmal și pneumoniei lobare inferioare pe dreapta informative în favoarea abcesului sunt:
- A. Limitarea excursiei hemidiafragmului drept la radioscopia cutiei toracice
 - B. Prezența nivelului hidroaeric suprahepatic la radiografia de panoramă pe gol a cavității abdominale
 - C. Aspirația puroiului la puncția pleurală pe dreapta
 - D. Aspirația de puroi la puncția spațiului subdiafragmal pe dreapta
 - E. Opacitatea lobului inferior al plămânului drept la roentgenoscopia cutiei toracice
59. CS. La o pacientă de 23 de ani cu sarcină de 32 de săptămâni, care este supravegheată în dinamică timp de 18 ore, nu se poate prompt exclude apendicita acută. Care este tactica chirurgicală?
- A. Pacienta necesită tratament chirurgical
 - B. Necesită supraveghere prelungită
 - C. Se practică examenul ultrasonor al organelor cavității abdominale
 - D. Întreruperea artificială a gravidității, apoi efectuarea apendicectomiei
 - E. Se efectuează laparoscopie și la confirmarea diagnosticului – apendicectomie
60. CM. Care sunt semnele clinice ale apendicitei acute gangrenoase?
- A. „Abdomen de lemn”
 - B. Durere bruște în regiunea iliacă pe dreapta
 - C. Diminuarea senzațiilor dureroase
 - D. Tahicardie
 - E. Simptomul Sciotkin-Blumberg pozitiv
61. CS. Care metodă de diagnostic este mai informativă în diagnosticul diferențial al apendicitei acute cu sarcina extrauterină?
- A. Leucocitoza în sângele periferic
 - B. Termometria cutanată

- C. Radiografia pe gol a cavității abdominale
 - D. Puncția fornexului posterior
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
62. CS. Tratamentul chirurgical în apendicita acută este contraindicat în prezența:
- A. Plastronului apendicular
 - B. Sarcinii de 36-38 de săptămâni
 - C. Cardiopatiei dobândite cu decompensare
 - D. Infarctului miocardic acut
 - E. Apendicitei acute catarale
63. CS. Procedeu rațional de prelucrare a bontului apendicelui cecal la maturi este:
- A. Ligaturarea cu sutură de mătase cu înfundarea bontului
 - B. Ligaturarea cu sutură de mătase fără înfundarea bontului
 - C. Înfundarea bontului fără ligaturarea lui
 - D. Ligaturarea cu sutură de catgut fără înfundarea bontului
 - E. Ligaturarea cu sutură de catgut cu înfundarea bontului
64. CS. Plastronul apendicular apare de obicei:
- A. În primele 2 zile de la debutul maladiei
 - B. În a 3-a – a 4-a zi de la debut
 - C. La a 7-a – a 9-a zi de la debut
 - D. În perioada precoce postapendicectomiei
 - E. În perioada tardivă postapendicectomiei
65. CM. Apendicita acută complicată cu plastron apendicular necesită tratament conservator pentru că:
- A. Este posibilă autovindecarea
 - B. Este posibilă resorbția plastronului
 - C. La tentativa de practicare a apendicectomiei în plastron este posibilă afectarea iatrogenă a organelor adiacente
 - D. După reabsorbția plastronului se dezvoltă o formă ușoară a bolii – apendicita cronică
 - E. La tentativa de practicare a apendicectomiei în plastron este posibilă peritonita

66. CM. Tratatamentul plastronului dur fără abcedare include:
- A. Aplicarea poziției elevate a părții cefalice a patului
 - B. Antibioterapie de spectru larg de acțiune
 - C. Aplicații termice cu microclisme
 - D. Dieta
 - E. Clistere evacuatorii permanente
67. CS. Procesul patologic în apendicitele acute debutează în:
- A. Seroasa apendicelui vermicular
 - B. Mucoasa apendicelui vermicular
 - C. Stratul muscular
 - D. Mucoasa cupolei cecului
 - E. Nodulii regionali ai apendicelui vermicular
68. CM. Drenarea plastronului apendicular abcedat este indicată în:
- A. Intervenția chirurgicală, sub anestezie generală
 - B. După posibilități este rațională calea de abord extraperitoneal (Pirogov)
 - C. Apariția semnelor de excitație peritoneală
 - D. Leucocitoză, VSH crescută
 - E. Lipsa tendinței diminuării plastronului după 7-10 zile de tratament intensiv și antibacterian
69. CM. În diagnosticul diferențial al plastronului apendicular cu tumoarea de cec este caracteristic:
- A. Anamneza scurtă a maladiei
 - B. Debutul brusc cu dureri acute în regiunea iliacă pe dreapta
 - C. Semnul Koher (de rebord)
 - D. În anamneză periodic ocluzie intestinală parțială
 - E. Tendința micșorării formațiunii de volum palpabile în procesul de tratament și supraveghere
70. CM. Pileflebita acută prezintă tromboflebită purulentă a sistemului venei portă, în 75% din cazuri sursa de metastazare este:
- A. Apendicita acută
 - B. Colecistita acută
 - C. Pancreonecroza
 - D. Colita ulceroasă
 - E. Procese supurative retroperitoneale

71. CS. Incidența pileflebitei ca o complicație a apendicitei acute se constată în:
- A. 0,03-0,15% din cazuri
 - B. 2,5-6,4% din cazuri
 - C. 10,4-12,4% din cazuri
 - D. 7,8-12,8% din cazuri
 - E. Toate răspunsurile sunt incorecte
72. CM. Clinic pileflebita acută se manifestă prin:
- A. Dureri în jumătatea dreaptă a abdomenului
 - B. Febră hectică, frisoane
 - C. Ictericitate a tegumentelor
 - D. Iradierea durerilor în spate, umărul drept, claviculă
 - E. Mărirea hotarelor hepatice
73. CM. Pentru pileflebita acută este caracteristic:
- A. Leucocitoză sporită ($20-30$) · $10^{12}/l$ cu deviere în stânga a formulei leucocitare
 - B. Bilirubinemie, activitatea sporită a aminotransferazelor
 - C. Hiperfibrinogenemie
 - D. Abcese multiple hepatice depistate la examenul ultrasonor
 - E. Simptomul Spijarski pozitiv
74. CS. Diagnosticul prompt de pileflebită acută se instalează prin:
- A. Roentgenoscopia de panoramă a organelor cavității abdominale
 - B. Scintigrafie hepatică
 - C. Celiacografie
 - D. Laparoscopie
 - E. Hepatovenografie transombilicală
75. CS. Flegmonul spațiului retroperitoneal, ca o complicație a apendicitei acute, apare în:
- A. Sediul ascendent subhepatic apendicelui cecal
 - B. Peritonita localizată în regiunea iliacă dreaptă
 - C. Sediul retroperitoneal apendicelui cecal
 - D. Sediul mezoceliac apendicelui cecal
 - E. Sediul laterocecal apendicelui cecal

KEY: ABDOMENUL ACUT. APENDICITA ACUTĂ

1.ABCD; 2.ABCD; 3.D; 4.A; 5.A; 6.C; 7.B; 8.D; 9.C; 10.A; 11.C; 12.D; 13.D; 14.D; 15.B; 16.C; 17.D; 18.C; 19.AC; 20.ABCD; 21.AC; 22.ABC; 23.ABCD; 24.D; 25.D; 26.E; 27.B; 28.D; 29.E; 30.D; 31.E; 32.B; 33.C; 34.E; 35.E; 36.D; 37.ABC; 38.ABC; 39.AC; 40.ABCD; 41.ABCD; 42.ABCD; 43.E; 44.ADE; 45.A; 46.ACE; 47.AB; 48.ABDE; 49.AC; 50.ABCDE; 51.B; 52.ABCD; 53.ACE; 54.ABC; 55.ABCD; 56.ABCDE; 57.ACD; 58.ABD; 59.A; 60.CDE; 61.D; 62.A; 63.E; 64.B; 65.AC; 66.ABC; 67.B; 68.ABCE; 69.ABCE; 70.ABCE; 71.A; 72.ABC-DE; 73.ABCD; 74.E; 75.C.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. A doua zi după operația de apendicectomie pentru apendicită acută flegmonoasă, la un pacient de 61 de ani, starea generală s-a agravat brusc. Au apărut frisoane, temperatura corpului a crescut până la 39,6°C, au apărut dureri în hipocondrul drept. La palpate, ficatul este mărit în dimensiuni și dureros. Abdomenul moale, moderat dureros în jumătatea dreaptă. În următoarele 2 zile, frisoanele au continuat, febra a devenit cu caracter hectic, iar conjunctivele oculare au devenit icterice.

Leucocitele în sânge – 20,0 x 10⁹/l, VSH – 43 mm/h, cu devierea bruscă a formulei leucocitare spre stânga. Radiologic cutia toracică și cavitatea abdominală – fără modificări patologice.

Ce complicație a dezvoltat pacientul? Ce măsuri de tratament trebuie efectuate?

1. Formulați diagnosticul prezumtiv. Ce complicație se suspectează?
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.

8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – spasmolitice, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Abces hepatic, puncție și drenaj sub control ecoghidat*

2. Pacienta F., 32 de ani. A doua sarcină, de 34 de săptămâni. Istoric de colecistită cronică calculoasă. În urmă cu aproximativ 8 ore au apărut dureri neînsemnate în regiunea epigastrală. A menționat o singură vomă. După 1,5 ore, durerile au migrat în hipocondrul drept. Durerile sunt permanente, fără iradiere. Temperatura corpului – 37,2°C. Leucocitele – $11,6 \times 10^9/l$. Limba este oarecum uscată. Abdomenul este mărit din cauza uterului. La palpate este tensionat și dureros în hipocondrul drept. Simptomul lui Sciotkin-Blumberg neconcludent, simptomul Rowzing este negativ, simptomul Sitkovski este pozitiv.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv. Ce complicație se suspectă?
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – spasmolitice, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Apendicită acută*

ABDOMENUL ACUT. COLECISTITA ACUTĂ

1. CS. Care este rata cazurilor, în care structura anatomică a căilor biliare extrahepatice și a vaselor însoțitoare corespunde descrierii clasice?
 - A. 15%
 - B. 30%
 - C. 50%
 - D. 70%
 - E. 85%
2. CM. Triunghiul CALOT include:
 - A. Baza triunghiului – ductul hepatic comun
 - B. Partea inferioară – ductul cistic și porțiunea superioară a colului
 - C. Partea superioară – artera cistică
 - D. Baza triunghiului – coledocul
 - E. Partea superioară – vena cistică
3. CS. Instalarea colecistitei acute se datorează în primul rând:
 - A. Colestazei în veziculă
 - B. Efectului iritant al acizilor biliari
 - C. Hidrolizei lipidelor în lumenul vezicular
 - D. Infecției
 - E. Ischemiei veziculei biliare
4. CS. Colecistita acută se instalează mai frecvent în urma colestazei acute pe fundal de obstruare a colului veziculei biliare. Iată de ce prima manifestare a crizei tipice o constituie:
 - A. Febra
 - B. Anorexia și voma
 - C. Accesul de colită biliară
 - D. Icterul
 - E. Vezicula biliară palpabilă în hipocondrul drept
5. CS. Icterul în colecistita acută nu poate fi o urmare a:
 - A. Hepatitei
 - B. Spasmului sfincterului Oddi
 - C. Infiltrației inflamatorii a căilor biliare
 - D. Blocului canalului cistic
 - E. Litiazei coledocului

6. CS. Colecistita acută poate să se complice cu perforarea veziculei în lumenul unui organ din vecinătate. Mai frecvent acest organ este:
 - A. Stomacul
 - B. Duodenum
 - C. Intestinul subțire
 - D. Unghiul hepatic al colonului
 - E. Rinichiul
7. CM. Dintre simptomele de colecistită acută, prezentate în continuare, cel mai redutabil este:
 - A. Febra
 - B. Voma iterativă
 - C. Icterul moderat
 - D. Tahicardia
 - E. Plastronul colecistic
8. CS. Cea mai bună metodă de investigație screening pentru confirmarea diagnosticului de colecistită acută o constituie:
 - A. Colecistografia
 - B. Ecografia
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Colescintigrafia
 - E. Laparoscopia
9. CS. Care moment poate fi considerat propice pentru intervenția chirurgicală în colecistita acută, dacă nu există pericol de complicații?
 - A. Imediat după începutul crizei
 - B. După o pregătire respectivă timp de 4-6 ore
 - C. După o terapie conservatoare timp de 24-48 de ore
 - D. Perioada rece până la externare
 - E. Cu ocazia reinternării peste 6-8 săptămâni
10. CS. Primele măsuri terapeutice în colecistita acută le includ pe toate cele enumerate mai jos, exceptând:
 - A. Infuzia intravenoasă de lichide
 - B. Administrarea parenterală a analgezicelor
 - C. Administrarea parenterală a antibioticelor
 - D. Suprimarea alimentației orale
 - E. Aspirația gastrică continuă

11. CM. Ce poate servi drept indicație pentru colangiografie pe parcursul intervenției pentru colecistita acută?
 - A. Concremente de dimensiuni mici în vezicula biliară
 - B. Litițiaza coledocului
 - C. Dilatarea căilor biliare
 - D. Icterul în anamneză
 - E. Pancreatita acută
12. CM. Drept indicații pentru coledocotomie în timpul operației pentru colecistită acută servesc:
 - A. Icterul în curs de evoluție sau în antecedente
 - B. Colangita
 - C. Concremente în canalele biliare
 - D. Colecistita nelitiazică fără patologie evidentă interesând căile biliare
 - E. Răspunsuri eronate
13. CS. Prin colangiografie postoperatorie pe tubul Kehr, instituit după colecistectomie, s-au detectat concremente. Care este termenul propice pentru suprimarea drenului?
 - A. a 7-a zi
 - B. a 14-a zi
 - C. a 20-a zi
 - D. a 30-a zi
 - E. a 5-a – a 6-a săptămână
14. CS. Pericolul sporit al colecistitei acute în vârsta senilă și în senescență este determinat mai ales de:
 - A. Oligosimptomatologia bolii
 - B. Caracterul progresiv al afecțiunii
 - C. Cota înaltă a formelor distructive
 - D. Dificultățile de diagnostic
 - E. Fundalul, pe care evoluează afecțiunea
15. CS. În continuare urmează o serie de afirmații privind colecistita acută nelitiazică. Care dintre ele sunt incorecte?
 - A. Se instalează, de obicei, pe fundalul diferitor stări critice
 - B. Patogenia rămâne incertă
 - C. Manifestările clinice ale colecistitelor nelitiazică și litiazică sunt identice

- D. Se distinge prin evoluție favorabilă și tendință spre involuție spontană
- E. În tratarea colecistitei nelitiazice se admite o atitudine conservatoare
16. CS. În colelitiaza asimptomatică se va prefera:
- A. Evitarea oricăror măsuri de tratament
- B. Controlul periodic asupra stării bolnavilor
- C. Medicația
- D. Colecistectomia
- E. Nimic din cele menționate mai sus
17. CS. Pentru tratamentul calculilor reziduali ai coledocului metoda de elecție o constituie:
- A. Manoperele mecanice
- B. Aplicarea solvenților de contact
- C. Medicația
- D. Litotriția
- E. Intervenția chirurgicală
18. CS. Dintre consecințele posibile ale coledocolitiazii, pericolul nemijlocit pentru viață îl prezintă:
- A. Obstrucția biliară cronică
- B. Colangita
- C. Ciroza biliară secundară
- D. Hipertensiunea portală
- E. Icterul obstructiv
19. CS. Dintre factorii, care favorizează declanșarea colangitei acute, cel mai important este:
- A. Strictura iatrogenă a căilor biliare extrahepatice
- B. Neoplasmele coledocului
- C. Coledocolitiază
- D. Stenoza papilei Vater
- E. Pancreatita cronică
20. CS. Printre simptomele de colangită supurativă acută, cel mai constant se înregistrează:
- A. Febra
- B. Durerile în abdomen

- C. Icterul
 - D. Șocul septic
 - E. Dereglările cerebrale
21. CS. Despre starea căilor biliare pe fundalul fenomenelor de colangită acută putem judeca cu mai multă certitudine pe baza rezultatelor:
- A. Ecografiei
 - B. Tomografiei computerizate
 - C. Colescintigrafiei
 - D. Colangiografiei
 - E. Laparoscopiei
22. CS. Dintre testele de laborator pentru colangita acută este nefavorabil în sens de prognostic:
- A. Hiperleucocitoza
 - B. Leucopenia
 - C. Trombocitopenia
 - D. Hiperbilirubinemia
 - E. Nivelul înalt al transaminazelor serice
23. CS. După reechilibrarea inițială a bolnavului cu colangită acută acțiunile următoare vor viza decompresia căilor biliare. Dintre metodele preconizate în acest scop este preferabilă:
- A. Colecistostomia
 - B. Colecistectomia cu coledocotomie
 - C. Drenajul transparietohepatic
 - D. Sfincterotomia endoscopică
 - E. Drenajul nazobiliar
24. CS. Care dintre semnele enumerate aparțin colicii biliare?
- A. Durerea iradiază intercapsulovertebral pe dreapta
 - B. Durere violentă, poziție antalgică
 - C. Apare și dispare cu perioade de acalmii
 - D. Este determinată de alimentația bogată în grăsimi
 - E. Vome multiple
25. CS. Care dintre semnele clinice enumerate determină diagnosticul colecistitei acute?
- A. Colica biliară prelungită

- B. Febra
 - C. Contractura musculară a peretelui abdominal
 - D. Plastronul
 - E. Icterul
26. CS. Manifestările locale ale colecistitei acute sunt:
- A. Simptomul Sciotkin-Blumberg
 - B. Simptomul Merfi pozitiv
 - C. Simptomul Gheorghievski- Miussi pozitiv
 - D. Simptomul Ortner pozitiv
 - E. Toate simptomele mai sus enumerate
27. CS. Colecistita acalculoasă acută poate fi favorizată de:
- A. Secreția sucului pancreatic activ în vezicula biliară
 - B. Dereglări vasculare primare în peretele veziculei biliare
 - C. Maladii parazitare ale veziculei biliare
 - D. Infiltrarea în peretele veziculei biliare a microflorei patogene
 - E. Toate cauzele mai sus enumerate
28. CM. Ce afirmații referitoare la microlitiază veziculară (calcul sub 5 mm) sunt adevărate?
- A. Tendința spre apariția complicațiilor migratorii
 - B. Complicații spre icterul mecanic
 - C. Determină angiolitiază acută
 - D. Poate cauza colica biliară
 - E. Nu poate fi depistată ecografic
29. CS. Voma în colecistita acută este:
- A. Unică
 - B. Aduce ușurințe
 - C. Asemănătoare zăului de cafea
 - D. Multiplă fără a aduce ușurință
 - E. Cu chiaguri de sânge
30. CS. Durerea din hipocondrul drept în caz de colecistită acută poate iradia:
- A. În regiunea supraclaviculară
 - B. În umărul drept
 - C. În scapula dreaptă

- D. În regiunea lombară
E. Toate răspunsurile sunt corecte
31. CS. La dezvoltarea perforației peretelui v. biliare în colecistita acută în tabloul clinic nu sunt prezente:
A. Dureri acute în abdomen și voma repetată
B. Paliditatea pronunțată a tegumentelor acoperite
C. Mărirea bruscă a temperaturii corporale
D. Ridicarea tensiunii arteriale
E. Tabloul peritonitei generalizate
32. CS. Colecistita acută poate să se complice cu perforarea veziculei în lumenul unui organ din vecinătate. Mai frecvent acest organ este:
A. Stomacul
B. Duodenul
C. Intestinul subțire
D. Unghiul hepatic al colonului
E. Rinichiul
33. CS. Cel mai alarmant dintre simptomele colecistitei acute este:
A. Febra
B. Voma repetată
C. Subicterul
D. Tahicardia
E. Infiltratul dureros în hipocondrul drept
34. CS. În timpul intervenției pentru colecistită s-a depistat un colecist indurat, sclerosat, micșorat în dimensiuni, cu infiltrat inflamator în regiunea ligamentului hepato-duodenal, care nu permite vizualizarea elementelor anatomice. Se recomandă:
A. Colecistectomia de la fund
B. Colecistectomia de la col
C. Colecistostomia
D. Colecistectomia atipică
E. Drenarea spațiului subhepatic
35. CM. Ce poate servi drept indicație pentru colangiografie pe parcursul intervenției pentru colecistita acută?
A. Concremente de dimensiuni mici în vezicula biliară

- B. Litiaza coledocului
 - C. Dilatarea căilor biliare
 - D. Icterul în anamneză
 - E. Răspunsuri eronate
36. CS. În colecistita acută dezvoltarea hipertensiunii biliare conduce la:
- A. Dezvoltarea vascularizației în peretele veziculei biliare
 - B. Dezvoltarea tabloului clinic asemănător infarctului peretelui veziculei biliare
 - C. Dezvoltarea integrității tunicii mucoase, infiltrarea infecției
 - D. Dezvoltarea inflamației infiltrative cu afectarea stratului profund al peretelui veziculei biliare
 - E. Toate cele mai sus enumerate
37. CS. În calitate de substrat bacterian al colecistitei acute nu se întâlnește:
- A. Escherichia coli
 - B. Staphylococcus
 - C. Streptococcus
 - D. Campilobacter piloridis
 - E. Toate cele mai sus enumerate
38. CS. Cel mai important dintre factorii ce favorizează apariția colangitei acute este:
- A. Stricturile iatrogene ale căilor biliare extrahepatice
 - B. Neoformațiunea coledocului
 - C. Coledocolitiaza
 - D. Stenoza papilei Vater
 - E. Pancreatita cronică
39. CS. Cel mai stabil dintre simptomele colangitei acute purulente este:
- A. Febra
 - B. Durerea abdominale
 - C. Icterul
 - D. Șocul septic
 - E. Dereglările cerebrale
40. CS. Despre starea căilor biliare pe fundalul fenomenelor de colangită acută putem judeca cu mai multă certitudine pe baza rezultatelor:
- A. Ecografiei

- B. Tomografiei computerizate
 - C. Colescintigrafiei
 - D. Colangiografiei
 - E. Laparoscopiei
41. CS. În tratamentul complex conservator al colecistitei acute nu se practică:
- A. Indicarea unei cure cu foame
 - B. Prescrierea spasmoliticele în injecții
 - C. Indicarea morfinei în calitate de analgezic
 - D. Blocada paranefrală
 - E. Atropina
42. CS. Indicații pentru operația urgentă în caz de colecistită acută sunt:
- A. Eșecul tratamentului conservator
 - B. Persistența simptomelor de intoxicație
 - C. Menținerea semnelor de peritonită locală
 - D. Agravarea intoxicației comune și apariția simptomelor de iritație peritoneală
 - E. Toate cele enumerate mai sus
43. CS. Către formele fără complicații ale decurgerii colecistitei acute se referă:
- A. Empiemul veziculei biliare
 - B. Abcesul și infiltratul paravezical
 - C. Formele: catarală, flegmonoasă, gangrenoasă
 - D. Ascita veziculei biliare
 - E. Coledocolitiiza
44. CS. În caz de colecistită catarală:
- A. Maladia începe cu accese de dureri în hipocondrul drept
 - B. Simptomele iritației peritoneale lipsesc
 - C. Este posibilă însănătoșirea spontană
 - D. Este posibilă dezvoltarea sindromului vezicular
 - E. Sunt prezente toate cele enumerate mai sus
45. CS. În caz de colecistită flegmonoasă:
- A. Procesul inflamator se manifestă prin simptome de peritonită limitată

- B. Cuparea procesului inflamator în peretele biliar poate sfârși cu empiem biliar
 - C. Procesul inflamator iese din limitele pereților veziculei biliare, ceea ce conduce la formarea infiltratului
 - D. Decurgerea maladiei poate fi favorabilă și poate sfârși cu o însănătoșire completă
 - E. Se poate observa tot ce a fost enumerat mai sus
46. CS. În colecistita gangrenoasă:
- A. În caz de dezvoltare a necrozei biliare în evoluția clinică în prim-plan se află manifestările peritonitei
 - B. Se poate observa simptomul „foarfecelor toxice”
 - C. Se observă pareza intestinală
 - D. Subiectiv se poate determina o oarecare diminuare în hipocondrul drept
 - E. Se pot observa toate cele enumerate mai sus
47. CS. Volumul intervențiilor chirurgicale în caz de colecistită acută include:
- A. Colecistectomie
 - B. Colecistostomie
 - C. Laparotomie cu drenarea și tamponamentul lojei veziculei biliare
 - D. Aplicarea anastomozei biliodigestive
 - E. Toate cele enumerate mai sus
48. CS. În caz de colecistită acută asociată cu stenoza papilei duodenale mari nu se practică:
- A. Papiosfincterotomia
 - B. Coledocoduodenotomia
 - C. Extragerea retrogradă a calculului prin fisura coledocotomică
 - D. Dilatarea oarbă a coledocului
 - E. Niciuna dintre metodele enumerate mai sus
49. CS. Indicații pentru aplicarea tamponamentului cavității abdominale pe parcursul colecistectomiei în colecistita acută sunt:
- A. Peritonita generalizată
 - B. Abcesul subdiafragmal
 - C. Abcesul paravezical și imposibilitatea hemostazei în patul veziculei biliare, altor erori accidentale hepatice

- D. Colangita purulentă
 - E. Toate variantele enumerate mai sus
50. CS. Lezarea ducturilor biliare extrahepatice în caz de înlăturare a veziculei biliare în colecistita acută poate fi determinată de:
- A. Anomalii de dezvoltare a veziculei biliare
 - B. Modificări infiltrativ-inflamatorii în regiunea ductului vezical
 - C. Modificări cicatriceale în regiunea ductului vezical
 - D. Greșeli tactice și tehnice ale chirurgului
 - E. Toate cele mai sus enumerate
51. CS. Enumerați indicațiile colangiografiei intraoperatorii în litiaza biliară:
- A. Episod icteric în anamneză
 - B. Diametrul căii biliare principale peste 10 mm
 - C. Diametrul ductului cistic larg, calculi mai mici de 5 mm
 - D. Icter hemolitic
 - E. Ciroză hepatică
52. CS. Colecistectomia celioscopică este contraindicată la pacienții:
- A. Peste 50 de ani
 - B. Cu intervenții chirurgicale supravezicologice
 - C. Cu eviscerație
 - D. Cu plastron vezicular
 - E. Cu eventrație
53. CS. Colecistectomia ca operație de elecție în colecistita acută se practică:
- A. În situații extreme
 - B. Implică obligatoriu extragerea calculilor veziculari
 - C. În piocolecistitele acute grave
 - D. La pacienții care nu pot suporta o anestezie generală urmată de laparotomie
 - E. Se poate realiza numai pe cale radioecografică
54. CM. Dintre cele enumerate mai jos sporesc riscul de leziuni intraoperatorii ale căilor biliare:
- A. Hemoragia masivă
 - B. Variațiile și anomaliile în structura anatomică a căilor biliare

- C. Manevrela pe țesuturile modificate patologic
 - D. Tracțiunea veziculei în momentul ligaturării cisticului, investigația instrumentală a căilor biliare
 - E. Chistul pancreatic
55. CS. Drenarea externă a ducturilor biliare prin bontul ductului vezical spre ficat poartă numele după:
- A. Robson-Vișnevski
 - B. Pikovschi-Holsted
 - C. Kehr
 - D. Rozdolschi
 - E. Petrovski
56. CS. Drenarea externă a ducturilor biliare în drenaj în formă de „T” poartă numele de:
- A. Vișnevski
 - B. Pikovschi
 - C. Kehr
 - D. Petrovski
 - E. Lucomschi
57. CS. Gangrena primară a veziculei biliare se întâlnește în caz de ocluzie a:
- A. Canalului biliar
 - B. Căilor Liușca
 - C. Arterei biliare veziculare
 - D. Arterei comune hepatice
 - E. Ductului coledoc
58. CS. Către forma complicată a evoluției colecistitei acute se referă cea:
- A. Flegmonoasă
 - B. Catarală
 - C. Acalculoasă
 - D. Gangrenoasă
 - E. Combinată cu colangită
59. CM. Enumerați afirmațiile ce caracterizează prezența angiolitei:
- A. Clinic se manifestă prin triada Charcot: febră, frison, icter

- B. Evoluție spontană, frecvent fiind favorabilă
 - C. Necesită decompresie biliară în urgență și antibioterapie, papiloscincterotomie
 - D. Intervenții chirurgicale de urgență nu sunt indicate, tratament ambulatoriu
 - E. Pareze intestinale pronunțate
60. CS. Ce afirmații referitoare la ileusul biliar sunt corecte?
- A. Se manifestă printr-un tablou clinic de ocluzie intestinală, obstacolul fiind plasat în porțiunea terminală a ileonului
 - B. Calculul vezicular de 3-4 cm se evacuează prin fistula colecisto-duodenală
 - C. La radiografia de panoramă abdominală se determină aer în căile biliare
 - D. Radiologic se determină „ansă de gardă”
 - E. Se determină contractură musculară abdominală
61. CM. Cauzele determinate ale apariției fistulelor biliare postoperatorii sunt:
- A. Deschiderea intenționată sau accidentală a unui canal biliar
 - B. Desfacerea unei suturi pe canalele biliare
 - C. Desfacerea unei ligaturi pe bontul cistic
 - D. Un element favorizant hipertensiunii în căile biliare
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
62. CS. Determinarea prezenței aerului în căile biliare la radiografia pe gol a hipocondrului drept indică:
- A. Coledocolitiază
 - B. Colecistită calculoasă
 - C. Ulcer duodenal perforant
 - D. Dilatație diverticulară CBP
 - E. Fistulă bilio-digestivă
63. CS. La inclavarea calculului în papila duodenală mare se recomandă:
- A. Aplicarea coledocoduodenoanastomozei
 - B. Duodenotomia, extragerea calculului și suturarea intestinului
 - C. Duodenotomia, ulterior, extragerea calculului cu drenarea coledocului prin ductul cistic

- D. Coledocotomia cu tentativa ulterioară de extragere a calculului, în caz de nereușită – duodenotomia, extragerea calculului, suturarea plăgii duodenului cu drenarea coledocului
- E. Aplicarea coledocoenteroanastomozei
64. CS. Care este tactica chirurgicală rațională în caz de intervenție pentru colecistită acută complicată cu pancreatită (forma edematoasă)?
- A. Colecistectomie tradițională
- B. După colecistectomie drenarea coledocului prin ductul cistic
- C. După colecistectomie drenarea coledocului cu dren în formă de „T”
- D. După colecistectomie drenarea bursei omentale
- E. Aplicarea colecistostomei
65. CS. Tratamentul indicat pacientului cu acces de colică biliară:
- A. Intervenție chirurgicală de urgență imediată
- B. Tratament conservator
- C. Intervenție chirurgicală urgentă după cuparea accesului
- D. Terapie antienzimatică
- E. Colecistectomie laparoscopică
66. CM. Care este prioritatea efectuării colecistectomiei retrograde?
- A. Crearea condițiilor înlăturării v. biliare cu o hemostază adecvată
- B. Se întrerupe pătrunderea bilei purulente în coledoc
- C. Se evită migrarea calculilor din v.biliară în coledoc
- D. Permite evitarea coledocotomiei
- E. Crește necesitatea efectuării colangiografiei intraoperatorii
67. CS. Când este indicată colecistectomia anterogradă?
- A. La vârstnici
- B. În prezența colangitei
- C. În prezența icterului mecanic
- D. În caz de inclavare a calculului în colul vezical
- E. În prezența infiltratului inflamator avansat în regiunea colului vezical și lig. hepato-duodenal
68. CS. În caz de ineficiență a terapiei infuzional-medicamentoase timp de 24-48 de ore aplicată pacientului cu colecistită acută flegmonoasă se indică:
- A. Laparoscopie

- B. Intensificarea terapiei conservatoare
 - C. Intervenție chirurgicală urgentă
 - D. Completarea terapiei medicamentoase cu includerea antibioticelor
 - E. Intervenție chirurgicală amânată la rece
69. CS. Pacientului cu colecistită gangrenoasă i se indică:
- A. Intervenție chirurgicală de urgență imediată
 - B. Intervenție chirurgicală amânată
 - C. Terapie conservatoare
 - D. Intervenție chirurgicală în cazul lipsei efectului terapiei conservatoare
 - E. Luarea deciziei depinde de vârsta pacientului
70. CM. Evoluției clinice a colecistitei acute la vârstnici îi este caracteristic:
- A. Dezvoltarea rapidă a complicațiilor
 - B. Frecvent apariția primară a formei gangrenoase
 - C. Tabloul clinic șters cu predominarea semnelor de intoxicație
 - D. Frecvent evoluție abortivă însoțită de cupare rapidă în caz de terapie conservatoare
 - E. Predominarea sindromului dolo, intoxicație moderată
71. CM. Intervenția de urgență imediată se indică pacienților cu colecistită acută în caz de:
- A. Lipsă a efectului terapiei conservatoare
 - B. Tablou clinic de colecistită perforativ-gangrenoasă
 - C. Intensificare a semnelor de intoxicație pe fundal de icter
 - D. Vârstă senilă
 - E. Duodenostază
72. CM. Cauze nemijlocite ale leziunii ducturilor biliare magistrale servesc următoarele:
- A. Anomalii ereditare și variabilitatea topografiei ducturilor
 - B. Modificări inflamator-infiltrative în regiunea lig. hepato-duodenal
 - C. Erori tactice și tehnice ale chirurgilor
 - D. Cercetarea ducturilor cu sonde, bujare și alte procedee
 - E. Cercetarea palpatorie a ducturilor la pacientul cu inclavarea calculului în regiunea papilei

KEY: ABDOMENUL ACUT. COLECISTITA ACUTĂ

1.B; 2.ABC; 3.A; 4.C; 5.D; 6.B; 7.D; 8.B; 9.C; 10.E; 11.ABCD;
 12.ABC; 13.E; 14.E; 15.D; 16.E; 17.A; 18.B; 19.C; 20.A; 21.D; 22.B;
 23.D; 24.C; 25.D; 26.E; 27.E; 28.ACDE; 29.D; 30.E; 31.D; 32.B; 33.D;
 34.D; 35.ABCD; 36.E; 37.D; 38.C; 39.A; 40.D; 41.C; 42.E; 43.C; 44.E;
 45.E; 46.E; 47.E; 48.D; 49.C; 50.E; 51.C; 52.D; 53.D; 54.ABCD; 55.A;
 56.C; 57.C; 58.E; 59.AC; 60.B; 61.ABC; 62.E; 63.D; 64.B; 65.B; 66.ABC;
 67.E; 68.C; 69.A; 70.ABC; 71.ABC; 72.ABCD.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. O femeie de 73 de ani, din antecedente, a observat atacuri de dureri colicative în regiunea superioară a abdomenului. Cu o zi înainte de internare în spital, după consumul de alimente grase, au apărut dureri severe în hipocondrul drept, care iradiază spre scapula și regiunea supraclaviculară pe dreapta, greață. Vărsăturile repetate nu au adus ușurare. După injectarea de papaverină făcută de medicul de urgență, durerea a scăzut, dar vărsăturile nu s-au oprit. Au apărut frisoane, sete, gura uscată, slăbiciune. Pacienta a petrecut noaptea acasă. A luat no-spa, a încercat lavaj gastric. Temperatura corpului 38°C, limba uscată. Pulsul – 110 bătăi pe minut, ritmic. Abdomenul moderat balonat, dureros sub rebordul costal drept. Simptom Sciotkin-Blumberg pozitiv în hipocondrul drept. Vezicula biliară nu este palpabilă din cauza tensiunii musculare severe.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor /semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.

9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – prokinetice, din foaia de prescripție.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: *Colecistită acută. Empiem vezicular*

2. La un bolnav de 72 de ani, cu un icter mecanic pe fundal de coledocolitiază, au apărut febră de 39,2°C, frisoane, dureri acute în cadrul dextro-superior al abdomenului, vomismente, oligurie, hipotonie și obnubilare. Numărul leucocitelor constituie $12 \times 10^9/l$ cu deviere brutală spre stânga. Nivelul bilirubinei, transaminazelor și fosfatazei alcaline este crescut, cel al amilazei este normal. Care este cea mai verosimilă cauză a fenomenelor menționate?

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – prokinetice, din foaia de prescripție.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Colecistită acută. Angiocolită*

ABDOMENUL ACUT. PANCREATITA ACUTĂ

1. CS. Ductul principal al pancreasului cel mai frecvent:
 - A. Se revarsă de sine stătător în duoden
 - B. Se unește cu ductul accesoriu și se revarsă în duoden
 - C. Se unește cu coledocul și se revarsă în duoden
 - D. Se unește cu ductul accesoriu și se revarsă în stomac
 - E. Se unește cu coledocul și se revarsă în jejun
2. CM. Variantele de confluență a ductului pancreatic cu coledocul, ce au importanță în patogeniza pancreatitei acute, sunt:
 - A. În 55-65% din cazuri contopirea ducturilor se efectuează cu formarea ampulei comune
 - B. În 12-26% din cazuri ductul pancreatic cade în coledoc
 - C. În alte cazuri fiecare din ducturi se revarsă separat în duoden cu formarea sau nu a papilei duodenale mari
 - D. Răspunsurile A, B sunt corecte
 - E. Răspunsurile A, C sunt corecte
3. CS. Timp de 24 de ore pancreasul secretă suc pancreatic în volum de:
 - A. 10-15 ml
 - B. 100-150 ml
 - C. 200-250 ml
 - D. 1000-1500 ml
 - E. 5000-6000 ml
4. CS. În normă presiunea în ductul Wirsung este egală cu:
 - A. 300-500 mm H₂O
 - B. 250-450 mm H₂O
 - C. 100-150 mm H₂O
 - D. 50-10 mm H₂O
 - E. 700-800 mm H₂O
5. CS. Ce enzime mai importante secretă pancreasul?
 - A. Lipază, tripsină, chimotripsină, amilază
 - B. Fosfolipază, reductază, transaminază
 - C. Ronidază, xemodectază, aminotransferază

- D. Colinesterază, fosfatază alcalină, sorbitoldehidrogenază
 E. Lactatdehidrogenază, alfa-glutamintranspeptidază, DNK-ază
6. CS. În forma activă de către pancreas sunt secretate următoarele enzime:
- A. Tripsinogen și lipază
 B. Tripsinogen și amilază
 C. Chimotripsinogen și amilază
 D. Chimotripsinogen și lipază
 E. Amilază și lipază
7. CS. Care enzimă pancreatică are efectul proteolitic cel mai distructiv?
- A. Amilaza
 B. Lipaza
 C. Tripsina
 D. Elastaza
 E. Carboxipeptidaza
8. CS. Ce coasociere de factori este dominantă în etiopatogenia pancreatitei acute?
- A. Afecțiunile căilor biliare și alcoolismul
 B. Infecțiile și tumorile
 C. Traumatismele și intervențiile chirurgicale
 D. Tulburările metabolice și circularorii
 E. Preparatele medicamentoase și substanțele toxice
9. CS. Nu este adevărat, că durerile în pancreatita acută:
- A. Survin brusc
 B. Sunt violente
 C. Sunt constante
 D. Sunt refractare la droguri
 E. Se alină în poziții antalgice ale corpului
10. CS. Nu este verosimil, ca senzațiile dureroase în pancreatita acută să fie în corelație cu:
- A. Distensia capsulei, edemul și inflamația organului
 B. Exsudația inflamatorie și influența enzimelor pancreatice asupra țesutului celular retroperitoneal
 C. Peritonita chimică

- D. Obstruarea și distensia canalelor pancreatice
 - E. Perfuzia redusă a țesuturilor din cauza șocului pancreatogen
11. CS. Care simptom dintre cele enumerate mai jos nu se constată în pancreatita acută?
- A. Bradicardia
 - B. Hipotensiunea
 - C. Febra
 - D. Vărsăturile incoercibile
 - E. Starea confuză
12. CS. Dintre semnele de pancreatită cel mai puțin caracteristic este:
- A. Durerile în abdomen
 - B. Vomele repetate
 - C. Durerea provocată în epigastriu
 - D. Rigiditatea mușchilor abdominali
 - E. Reducerea zgomotelor intestinale
13. CS. Care dintre fenomenele enumerate mai jos se constată doar excepțional în perioada incipientă a pancreatitei acute?
- A. Excursiunile respiratorii superficiale și spastice
 - B. Ralurile în segmentele inferioare ale plămânilor
 - C. Poziția ridicată și mobilitatea redusă a hemidiafragmului stâng
 - D. Revărsatul pleural
 - E. Insuficiența respiratorie
14. CS. Cauza principală a tulburărilor hemodinamice în pancreatita necrotico-hemoragică o constituie:
- A. Afectarea toxică a miocardului
 - B. Afectarea toxică a patului capilar
 - C. Modificarea caracteristicilor reologice ale sângelui
 - D. Tulburările în sistemul de hemostază
 - E. Hipovolemia
15. CS. Pentru care formă de pancreatită sunt caracteristice difuziunea revărsatului hemoragic în țesutul celular retroperitoneal și apariția unui flegmon enzimatic?
- A. Edematoasă
 - B. Colecisto-pancreatică

- C. Pancreatită necrotico-hemoragică
 - D. Pancreatită supurativă
 - E. Pentru niciuna dintre ele
16. CS. Cel mai patognomonic dintre testele de laborator utilizate în diagnosticarea pancreatitei acute îl constituie dozarea în sânge a nivelului de:
- A. Izoamilază pancreatică
 - B. Lipază
 - C. Izoamilază pancreatică și lipază concomitent
 - D. Tripsină
 - E. Methemoglobină
17. CS. În remedierea toxemiei pancreatogene nu sunt eficiente:
- A. Hemodiluția și stimularea diurezei
 - B. Perfuzia de dextran micromolecular
 - C. Perfuzia soluțiilor de polivinil-pirolidon
 - D. Hemosorbția
 - E. Limfosorbția
18. CS. În care dintre situațiile prezentate mai jos diagnosticul de pancreatită acută este indubitabil?
- A. Dureri abdominale și semne clinice cu caracter progresiv în termene ce depășesc 48 de ore de la debutul afecțiunii
 - B. Bacteriemie pe parcursul primelor 3 zile de boală
 - C. Creșterea moderată a activității amilazei și lipazei în faza inițială a atacului
 - D. Cazurile refractare la terapia standard a pancreatitei
 - E. Zone de densitate redusă în glandă, determinate prin tomodesitometrie la un bolnav cu simptomatice de pancreatită
19. CS. Care dintre simptomele enumerate mai jos este specific pentru pancreatita acută?
- A. Revărsatul pleural
 - B. Poziția ridicată și imobilitatea hemidiafragmului stâng
 - C. Atelectaziile discoidale
 - D. Plămânul de șoc
 - E. Niciuna dintre ele

20. CM. Factorii etiologici care conduc la apariția pancreatitei acute sunt următorii:
- A. Hipersecreția pancreatică
 - B. Hipertensiunea intraductală, spasmul și edemul papilei duodenale mari
 - C. Ischemia pancreasului
 - D. Afectarea pancreasului de către exo- și endotoxinele de origine bacteriană sau virală
 - E. Trauma pancreasului, inclusiv cea intraoperatorie
21. CS. La apariția hipertensiunii intraductale pancreatice pot conduce următoarele:
- A. Calculi ai veziculei biliare
 - B. Calculi ai coledocului
 - C. Calculi ai ductului cistic
 - D. Calcul inclavat al papilei duodenale mari
 - E. Toate cele enumerate mai sus
22. CS. Pancreonecroza adipoasă se formează în urma:
- A. Alăturării infecției pe fundalul pancreatitei edematoase
 - B. Activării și acțiunii distructive a enzimelor lipolitice
 - C. Activării și acțiunii distructive a enzimelor proteolitice
 - D. Activării și acțiunii distructive a enzimelor glicolitice
 - E. Involuției pancreonecrozei microfocale
23. CS. Pancreonecroza hemoragică se formează în urma:
- A. Alăturării infecției pe fundalul pancreatitei edematoase
 - B. Activării și acțiunii distructive a enzimelor lipolitice
 - C. Activării și acțiunii distructive a enzimelor proteolitice
 - D. Activării și acțiunii distructive a enzimelor glicolitice
 - E. Involuției pancreonecrozei microfocale
24. CS. În pancreatita acută cantitatea majoră de enzime pancreatice activate este în:
- A. Sângele arterial
 - B. Sângele venos
 - C. Exsudatul peritoneal
 - D. Limfă
 - E. Urină

25. CM. Cu privire la hiperamilazemie sunt corecte următoarele expresii:
- A. Creșterea amilazei serice este mai puțin specifică decât cea a lipazei
 - B. Amilazele digestive explică amilazuria fiziologică
 - C. Hiperamilazemia este disociată de hiperamilazurie
 - D. Este indicată aprecierea izoenzimelor pentru excluderea surselor extrapancreatice de amilază
 - E. Hiperamilazemia poate apărea în cadrul colecistitelor acute fără a fi implicat pancreasul
26. CM. Dezvoltarea toxemiei în cadrul pancreatitei acute este determinată de următorii factori:
- A. Pătrunderea în sânge și limfă a polipeptidelor toxice
 - B. Pătrunderea în sânge și limfă a enzimelor pancreatice și aminelor biogene
 - C. Pătrunderea în sânge și limfă a lipidelor toxice
 - D. Activarea sistemului kalicrein-kinin și sistemului de fibrinoliză fermentativă în sânge
 - E. Prezența leucocitozei înalte și limfocitopeniei
27. CM. În patogenia pancreatitei acute rolul primordial îl dețin următoarele procese interdependente patochimice și morfofuncționale:
- A. Lipoliza
 - B. Amiloidoza
 - C. Proteoliza
 - D. Inflamația demarcată cu dereglări evidente ale microcirculației sangvine și limfatice
 - E. Toxemia pancreatică
28. CM. Infectarea focarelor de necroză a pancreasului în cadrul pancreatitei acute are loc în urma:
- A. Translocării bacteriene din intestinul gros
 - B. Diseminării limfatice
 - C. Refluxului conținutului duodenului
 - D. Fistulelor intestinale
 - E. Drenării chirurgicale neadecvate
29. CM. Pancreatita acută clinic se manifestă prin următoarele:
- A. Sensibilitatea și creșterea tonusului muscular în regiunea epigastrică

- B. Prezența unei formațiuni inflamatorii bine delimitate în regiunea epigastrică
 - C. Șoc, care este rezultatul dereglărilor volemice
 - D. Șoc, care este prima manifestare a patologiei
 - E. Simptome ale insuficienței organice, care este o manifestare a formei grave de pancreatită acută
30. CS. Durerea la palpare în unghiul costo-vertebral stâng în cadrul pancreatitei acute poartă denumirea de simptomul:
- A. Vosresenski
 - B. Meyo-Robson
 - C. Griunvald
 - D. Mondore
 - E. Gray-Turner
31. CS. Durerea și rezistența musculară în proiecția pancreasului în cadrul pancreatitei acute poartă denumirea de simptomul:
- A. Meyo-Robson
 - B. Kerte
 - C. Gray-Turner
 - D. Mondore
 - E. Vosresenski
32. CM. Care dintre simptomele enumerate apar în pancreatita acută?
- A. Simptomul Joseph
 - B. Simptomul Cullen
 - C. Simptomul Fox
 - D. Simptomul Gray-Turner
 - E. Simptomul Transsean
33. CS. Durerea în pancreatita acută poate corespunde următoarelor:
- A. Se localizează în regiunea epigastrică
 - B. Se combină cu durerile în epigastru, cu durerile sub ambele re-borduri costale
 - C. Iradiază în regiunea lombară
 - D. Are un caracter de constrângere
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
34. CS. Voma în pancreatita acută este:
- A. Unică

- B. Cu caracter de stază
 - C. Repetată
 - D. Fecaloidă
 - E. Tardivă
35. CS Pentru pancreatita acută este caracteristică:
- A. Bradicardia
 - B. Tahicardia
 - C. Aritmia
 - D. Asistolia
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
36. CS. Pentru pancreatita acută edematoasă sunt caracteristice următoarele:
- A. Ascensiune termică marcată
 - B. Dureri acute abdominale
 - C. Scaune lichide frecvente
 - D. Ictericitatea cutanată și a sclerelor
 - E. Incontinență de urină
37. CS. În cadrul pancreatitei acute sunt posibile următoarele complicații:
- A. Abces al bursei omentale
 - B. Abces al pancreasului
 - C. Flegmon retroperitoneal
 - D. Peritonită purulentă
 - E. Toate cele enumerate mai sus
38. CM. Criteriile ce denotă evoluția gravă a pancreatitei acute sunt următoarele:
- A. Semnele de insuficiență mono- sau poliorganică
 - B. Apariția precoce a exsudatului hemoragic peritoneal
 - C. Dereglări ale metabolismului glucidic (hipoglicemia)
 - D. Hipocalcemia, hemoliza sau lipoglicemia in vitro cu hipercalcemie și hipopotasemie
 - E. Răspunsurile sunt incorecte
39. CS. Ictericitatea pacienților cu pancreatită acută poate fi explicată prin următoarele:
- A. Compresie a coledocului de către țesuturile pancreasului
 - B. Hepatită pancreatogenă

- C. Calcul inclavat al papilei duodenale mari
 - D. Tumoare a papilei duodenale mari
 - E. Toate cele enumerate mai sus
40. CM. Pentru evoluția pancreatitei acute adipoase sunt caracteristice următoarele:
- A. Formarea infiltratelor postnecrotice în regiunea epigastrică și sub rebordul costal stâng
 - B. Pneumatoza izolată a colonului transvers
 - C. Prezența exsudatului peritoneal hemoragic în cantități mari
 - D. Simptomul Voskresenski pozitiv
 - E. Atragerea în procesul inflamator a vaselor mezenterice magistrale
41. CM. Pentru pancreatita acută distructivă (pancreonecroză) sunt caracteristice următoarele:
- A. Ponderea de 5-27% dintre pacienți
 - B. Creșterea intensității sindromului algic și apariția semnelor de iritare a peritoneului în pofida tratamentului conservator instituit
 - C. Agravarea semnelor de endotoxicoză cu apariția colapsului, șocului, delirului, oliguriei, creșterea leucocitozei ($15-25 \times 10^9$)
 - D. Scăderea activității amilazei în sânge și urină, hiperglicemie, hipocalcemie
 - E. Ascensiunea activității amilazei serice
42. CM. Variantele evoluției infiltratului peripancreatic pot fi următoarele:
- A. Resorbția, mai frecvent în cazul pancreonecrozei microfocale
 - B. Secvestrare aseptică cu dezvoltarea pseudochisturilor
 - C. Secvestrare septică sau supurarea focarelor de necroză
 - D. Răspunsuri corecte A, B
 - E. Răspunsuri corecte A, C
43. CS. Forma pancreatitei acute se stabilește în urma următoarei investigații:
- A. Gastroduodenoscopiei
 - B. Radiografiei „de panoramă” a cavității abdominale
 - C. Laparoscopiei
 - D. Irigoscopiei
 - E. Toate cele enumerate mai sus

44. CS. Metoda optimă pentru a urmări evoluția modificărilor locale în pancreatita acută o constituie:
- A. Radiografia sinoptică a abdomenului
 - B. Investigațiile cu substanță radioopacă ale tractului gastrointestinal
 - C. Ecografia
 - D. Tomografia computerizată
 - E. Laparoscopia
45. CS. Care dintre metodele chirurgicale enumerate, fiind practicate timpuriu după atacul pancreatitei acute, reduc virtualitatea complicațiilor septice ulterioare?
- A. Lavajul peritoneal transparietal sau operatoriu
 - B. Cura chirurgicală cu exereza țesuturilor devitalizate, drenarea complicațiilor parapancreatice de lichid
 - C. Rezecția largă a pancreasului asociată cu decompresia biliară și cu gastro- sau jejunostomia
 - D. Colectectomia, gastrostomia, jejunostomia, drenajul bursei omentale cu aspirație continuă
 - E. Niciuna dintre ele
46. CS. Pentru reprimarea activității secretorii a glandei în pancreatita acută nu se va recurge la:
- A. Abolirea aportului nutrițional per oral
 - B. Aspirație gastrică continuă
 - C. Anticolinesterazice
 - D. Anticolinergice
 - E. Antimetaboliți
47. CM. Drept indicații pentru o operație precoce în pancreatita acută servesc:
- A. Agravarea stării generale în pofida medicației riguroase
 - B. Diagnosticul ezitant de pancreatită
 - C. Peritonita biliară
 - D. Obstruarea căilor biliare
 - E. Niciuna dintre ele
48. CS. În care situație radiografia de ansamblu a abdomenului este obligatorie?
- A. În prezumția pancreatitei acute

- B. În cazurile de colecisto-pancreatită
 - C. Când anamneza comportă episoade de pancreatită
 - D. Dacă în epigastru se constată un plastron
 - E. În orice situație dintre cele enumerate
49. CS. Dintre semnele radiologice ale pancreatitei acute nu fac parte:
- A. Lărgirea cadrului duodenal
 - B. Edemul mucoasei duodenale și al papilei Vater
 - C. Imagini hidroaerice multiple în ansele destinse ale intestinului subțire și absența gazelor în colon
 - D. Imobilitatea hemidiafragmului stâng, revărsatul pleural
 - E. Opacifierea în părțile declive ale abdomenului
50. CS. Dintre semnele furnizate de examenul radiologic al abdomenului pentru pancreatita acută sunt patognomonice:
- A. Ansa „santină” a jejunului
 - B. Pareza intestinului
 - C. Chistul pancreatic cu pereți calcificați
 - D. Litiiza coledocului
 - E. Niciuna dintre ele
51. CM. Diagnosticul etiologic al pancreatitei acute este confirmat de următoarele date de laborator:
- A. Enzimele pancreatice în ser sunt mai mici în cazul pancreatitelor alcoolice
 - B. Raportul clearance-ului amilazei și creatininei în pancreatita acută constituie 6-8,9
 - C. Raportul lipază/amilază este mai înalt în pancreatita acută
 - D. Aspartataminotransferaza > 60 la 80% dintre pacienții cu pancreatită acută biliară
 - E. Bilirubinemia >3 mg/dl în pancreatita acută biliară
52. CS Esofagogastroduodenoscopia în pancreatita acută permite următoarele:
- A. De a diagnostica pancreatita acută
 - B. De a preciza localizarea necrozelor în pancreas
 - C. De a preciza extinderea pancreonecrozei
 - D. De a determina forma pancreatitei acute
 - E. De a aprecia starea papilei duodenale mari

53. CS. Examenul ultrasonor în pancreatita acută permite următoarele:
- A. De a determina localizarea necrozei
 - B. De a determina formațiuni de volum patologice ale pancreasului
 - C. De a diagnostica litiaza biliară
 - D. De a diagnostica inflamația veziculei biliare
 - E. Toate cele enumerate mai sus
54. CS. Către semnele directe ultrasonografice ale pancreatitei acute se referă:
- A. Mărirea dimensiunilor pancreasului
 - B. Dereglarea conturului glandei și schimbarea structurii parenchimalului
 - C. Semnele de hemostază și pareză intestinală
 - D. Schimbările din partea ductului pancreatic
 - E. Apariția exsudatului în bursa omentală
55. CS. În timpul laparoscopiei pentru a pune diagnosticul de pancreatită acută se utilizează:
- A. Examinarea tuturor organelor cavității abdominale
 - B. Extragerea exsudatului din cavitatea peritoneală cu scopul examinării ulterioare
 - C. „Palparea” instrumentală a pancreasului
 - D. Termometria comparativă a zonei pancreasului
 - E. Toate cele enumerate mai sus
56. CM. Semnele directe ale laparoscopiei diagnostice sunt următoarele:
- A. Focare de steatonecroză pe oment și peritoneu, exsudat hemoragic
 - B. Edemul omentului, mezoului intestinal
 - C. Hiperemia și imbiția peritoneului
 - D. Pareza gastrică și a colonului transvers
 - E. Vezicula biliară stază
57. CM. În pancreatita acută sunt adevărate următoarele afirmații despre tomografia computerizată:
- A. Stabilește diagnosticul pancreatitei acute și al complicațiilor
 - B. Nu expune bolnavul la radiații
 - C. Poate realiza o delimitare exactă a glandei și complicațiilor locale
 - D. Poate realiza bine diferențierea dintre pancreatitele acute severe

- și pancreatitele acute ușoare, în absența administrării substanței de contrast
- E. Este folosită ca scop în stabilirea diagnosticului
58. CM. În pancreatita acută sunt adevărate următoarele afirmații despre CPGER:
- A. Este practică la 48-72 de ore de la debutul pancreatitei
- B. Poate oferi date pentru diagnosticul etiologic prin litiaza biliară a unor pancreatite acute
- C. Papilosfincterotomia endoscopică pentru litiază biliară nu ameliorează evoluția pancreatitei acute biliare
- D. Papilosfincterotomia endoscopică este importantă pentru drenajul căilor biliare principale în cazul colangitelor cu pancreatită acută biliară
- E. Poate fi completată cu papilosfincterotomia endoscopică
59. CS. Sistemele de scor ce au ca aplicabilitate identificarea bolnavilor care necesită doar măsuri terapeutice suportive în pancreatita acută sunt următoarele:
- A. Scorul Ranson
- B. Scorul APACHE
- C. Scorul Imrie
- D. Scorul SAPS
- E. Scorul Glasgow
60. CS. Selectați răspunsurile corecte ale scorului Ranson ce caracterizează gravitatea pancreatitei acute:
- A. Pancreatite acute benigne (<3)
- B. Pancreatite acute severe cu risc de complicații (3-5)
- C. Pancreatite acute grave (>5)
- D. Pancreatite acute cu mortalitate 100% (>7)
- E. Toate răspunsurile sunt corecte
61. CM. Metoda tratării închise a peritonitei enzimatice pancreatogene este preferabilă prin faptul că:
- A. Nu se compromite caracterul primar aseptice al procesului
- B. Evacuarea exsudatului nu prezintă dificultăți
- C. Oferă posibilitatea de a crea o concentrație crescută a antienzimelor în țesuturile pancreasului

- D. Previne complicațiile tardive sub formă de focare septice în pancreas și în țesutul parapancreatic
- E. Toate răspunsurile sunt corecte
62. CM. Este unanim acceptat, că accesul transperitoneal anterior este optim pentru deschiderea abceselor pancreatice. Care dintre afirmațiile, ce pledează această cale de acces, par argumentate?
- A. Realizarea tehnicii este simplă
- B. Permite o explorare amplă a cavității abdominale
- C. Favorizează selecția procedurilor optime de drenaj
- D. Facilitează instituirea unei jejunostomii pentru nutriția enterală
- E. Toate răspunsurile sunt corecte
63. CS. Abcesele pancreatice, în afară de deschiderea spontană și răspândirea puroiului peste limitele de localizare primară, sunt gravate și de alte complicații, mai frecvente fiind cele:
- A. Cardiace
- B. Vasculare
- C. Pulmonare
- D. Gastrointestinale
- E. Renale
64. CS. În continuare sunt enumerate câteva metode de tratament chirurgical precoce al pancreatitei preconizate pentru a reduce incidența complicațiilor și a ameliora prognosticul. Care dintre ele este acceptabilă în atingerea acestor obiective?
- A. Operații pe căile biliare
- B. Lavajul peritoneal
- C. Laparotomia cu drenarea lojei pancreasului
- D. Rezecția pancreasului
- E. Niciuna dintre ele
65. CS. Diagnosticul diferențial al pseudochistului acut cu cel cronic este important în selecția momentului de intervenție. Peste cât timp de la constituirea pseudochistului pancreatic se consideră admisibilă intervenția chirurgicală?
- A. 3 săptămâni
- B. 4-5 săptămâni
- C. 3 luni

- D. 6 luni
E. 9 luni
66. CS. Complexul curativ urgent în pancreatita acută trebuie să asigure următoarele, exceptând:
- A. Cuparea sindromului algic
 - B. Rezolvarea spasmului sfincterului Oddi
 - C. Accelerarea sechestrării țesuturilor pancreatice
 - D. Micșorarea activității secretorii și edemului pancreasului
 - E. Inactivarea proteazelor serice și dezintoxicarea
67. CS. Micșorarea secreției exofermenților pancreatici este asigurată de următoarele:
- A. Terapia antibacteriană
 - B. Terapia de infuzii
 - C. Restabilirea volumului sângelui circulant
 - D. Prescrierea citostaticelelor
 - E. Toate cele enumerate mai sus
68. CS. Acțiunea preparatelor antiienzimatice este următoarea:
- A. Inhibă activitatea proteolitică a fermenților pancreatici
 - B. Blochează activarea autocatalitică a tripsinogenului în pancreas
 - C. Stopează procesele de kininogeneză și fibrinoliză în serul sanguin
 - D. Cupează procesele de formare a kininelor
 - E. Toate cele enumerate mai sus
69. CS. Tratamentul chirurgical urgent în pancreatita acută este indicat în următoarele cazuri:
- A. Abces al bursei omentale
 - B. Peritonită purulentă
 - C. Flegmon retroperitoneal
 - D. Ineficacitatea tratamentului conservator
 - E. Toate cele enumerate mai sus
70. CM. În funcție de perioada și faza dezvoltării procesului patologic în pancreas, particularităților evolutive și complicațiilor locale, deosebim următoarele intervenții chirurgicale:
- A. Intervenții precoce (în primele ore și zile)

- B. Intervenții în faza sechestrării și supurațiilor focarelor de necroză a pancreasului (7-10-14 zile și mai mult)
 - C. Intervenții tardive (amânate) peste 2-3 săptămâni de la debutul afecțiunii
 - D. Intervenții urgente
 - E. Toate cele enumerate mai sus
71. CM. Pancreatita tratată conservator într-o serie de cazuri nu se rezolvă definitiv și tentativa de a relua nutriția fiziologică provoacă recidiva durerilor febrei și amilazemiei. Cauzele acestui fenomen pot fi:
- A. Un calcul biliar
 - B. Un pseudochist
 - C. Obstruarea canalului Wirsung
 - D. Infecția
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
72. CS. Dintre principiile de tratament al pancreatitei acute nu fac parte:
- A. Administrarea remediilor ce asigură glandei un repaus funcțional
 - B. Terapia antienzimatică și dezintoxicarea
 - C. Analgezia
 - D. Stimularea circulației și funcției renale
 - E. Intervenția imediată după deșocare
73. CM. Complicațiile după drenajul chirurgical al abcesului pancreatic ating 93% și mai mult. Deosebit de severe sunt:
- A. Persistența septicemiei
 - B. Fistulele pancreatice și intestinale
 - C. Hemoragiile
 - D. Revărsatul pleural și pneumoniile
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
74. CM. Care dintre procedeele enumerate mai jos sunt eficiente în tratarea pancreatitei acute, complicate cu peritonită enzimatică?
- A. Administrarea antibioticelor
 - B. Aspirația gastrică și dezintoxicarea extracorporală
 - C. Administrarea antienzimelor și citostaticelor
 - D. Intervenția chirurgicală
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte

75. CS. Dintre principiile de tratament al pancreatitei acute menționate mai jos par a fi discutabile:
- A. Utilizarea antienzimelor
 - B. Reprimarea activității funcționale a glandei
 - C. Dezintoxicarea
 - D. Reechilibrarea hidro-ionică
 - E. Depistarea și tratarea oportună a complicațiilor
76. CS. Dintre complicațiile precoce ale pancreatitei acute cele mai frecvente sunt:
- A. Șocul
 - B. Complicațiile pulmonare
 - C. Peritonita pancreatogenă
 - D. Hemoragiile din ulcerele gastrice acute
 - E. Obturarea coledocului
77. CS. Care dintre afirmațiile prezentate mai jos privind complicațiile supurative ale pancreatitei acute este eronată?
- A. Primele semne clinice se manifestă peste 1-4 săptămâni de la debutul afecțiunii
 - B. Pancreatita este însoțită de o accentuată febră toxico-resorbțivă
 - C. Simptomatica locală este frecvent estompată sau disimulată de semnele generale ale intoxicației
 - D. Majoritatea bolnavilor prezintă o hemogramă caracteristică unui proces septic
 - E. Drenajul oportun al focarelor septice asigură însănătoșirea în majoritatea cazurilor
78. CS. La întrebarea privind direcția predilectă de deschidere spontană a abceselor pancreatice cel mai corect răspuns este:
- A. În exterior
 - B. În cavitatea peritoneală liberă
 - C. În organele tractului digestiv
 - D. În structurile aparatului respirator
 - E. Toate variantele enumerate sunt posibile
79. CS. În pancreatita acută sursa cea mai neverosimilă de contaminare a țesuturilor inflamate și necrozate o constituie:
- A. Focarele septice la distanță

- B. Duodenul
 - C. Intestinul subțire
 - D. Colonul
 - E. Căile biliare
80. CS. În continuare sunt enumerate regiunile în care este posibilă fuziunea puroiului din abcesele pancreasului. Dintre acestea în procesul supurativ este antrenat mai rar:
- A. Spațiul subfrenic stâng
 - B. Țesutul celular pararenal
 - C. Spațiile retroperitoneale pericolonice
 - D. Mezenterul, mezocolonul transvers, mezosigmoidul
 - E. Regiunea inghinală
81. CS. În tratamentul chirurgical al pancreatitei acute se utilizează următoarele:
- A. Drenarea bursei omentale
 - B. Abdomenizarea pancreasului
 - C. Omentopancreatopexia
 - D. Necrsectomie
 - E. Toate cele enumerate mai sus
82. CM. Abdomenizarea pancreasului efectuată în pancreatita acută contribuie la următoarele:
- A. Delimitarea procesului patologic al cavității peritoneale
 - B. Stoparea pătrunderii enzimelor și produselor de descompunere în spațiul retroperitoneal
 - C. Stoparea pătrunderii enzimelor și produselor de descompunere în mezoul intestinului subțire și gros
 - D. Ameliorează vascularizarea glandei
 - E. Reduce activitatea enzimelor proteolitice
83. CM. Complicațiile cele mai frecvent întâlnite în pancreatita acută sunt următoarele:
- A. Abces pancreatic sau al bursei omentale
 - B. Abces al țesutului adipos retroperitoneal și al cavității peritoneale
 - C. Flegmon retroperitoneal, mediastenită
 - D. Peritonită
 - E. Endocardită septică

84. CM. Referitor la afirmațiile despre sechestrul pancreatic sunt adevărate următoarele:
- A. Se realizează prin delimitarea zonelor de necroză pancreatică și peripancreatică
 - B. Este o colecție lichidiană extra- sau intrapancreatică
 - C. Diagnosticul se stabilește radiologic
 - D. Diagnosticul se stabilește în special prin tomodensitometrie
 - E. Wirsungografia retrogradă vizualizează comunicarea cu sechestrul pancreatic
85. CS. Evoluția pancreatitei acute se poate complica prin următoarele:
- A. Fistule interne ale pancreasului
 - B. Fistule externe ale pancreasului
 - C. Hemoragii erozive
 - D. Tromboza venei lienale sau portă
 - E. Toate cele enumerate mai sus
86. CM. Referitor la abcesele pancreatice din pancreatita acută putem afirma că:
- A. Se manifestă prin sindrom general septic
 - B. Se palpează o tumoră cu limite precise
 - C. Ecografia sau tomografia computerizată permit o puncție aspirativă ghidată
 - D. Confirmarea clinică se face prin ecografie și tomografie computerizată
 - E. Clinic se manifestă în a doua săptămână de boală
87. CS. Dezvoltarea flegmonului retroperitoneală în pancreatita acută este însoțită de următoarele:
- A. Apariția vomei
 - B. Creșterea nivelului seric și urinar al amilazei
 - C. Edemul țesutului subcutanat adipos în regiunea lombară
 - D. Normalizarea indicilor termometriei
 - E. Toate cele enumerate mai sus
88. CM. Care dintre procedeele enumerate sunt utile în diagnosticul abcesului pancreatic?
- A. Urmărirea evoluției bolii
 - B. Hemocultura

- C. Radiografia de ansamblu a abdomenului
D. Tomografia computerizată
E. Răspunsuri corecte A, D
89. CS. Prin ce se manifestă instalarea pseudochistului în pancreatita acută?
A. Sindrom dureros
B. Febră
C. Simptomatică locală
D. Toxicoză
E. Toate cele enumerate mai sus
90. CS. Instalarea unui pseudochist în pancreatita acută se explică prin:
A. Acumularea revărsatului în cavitatea omentală
B. Involuția flegmonului pancreatic
C. Obstrucția canalelor pancreatice cu particule proteice și țesut fibros
D. Distrucția canalelor pancreatice
E. Toate răspunsurile sunt corecte
91. CS. În perioada tardivă a evoluției pancreatitei acute sunt posibile următoarele, exceptând:
A. Formarea pseudochisturilor, fistulelor
B. Dezvoltarea pancreatitei cronice
C. Apariția diabetului zaharat
D. Dezvoltarea chistului fibros al glandei
E. Dezvoltarea insulomului
92. CM. Referitor la durerea din pancreatita acută, sunt exacte următoarele afirmații:
A. Debut brusc
B. Localizare epigastrică difuză
C. Se însoțește de semne generale alarmante
D. Iradiază în spate
E. Nu se asociază cu grețuri și vărsături
93. CS. La fenomenele caracteristice pentru pancreatita necrotico-hemorigică nu se referă:
A. Evoluția vertiginoasă a afecțiunii
B. Toxicoză
C. Normovolemia și hipercalcemia

- D. Peritonita aseptică
 - E. Flegmonul retroperitoneal
94. CM. Dintre principiile de tratament al pancreatitei acute menționate mai jos fac parte:
- A. Reprimarea activității funcționale a glandei
 - B. Utilizarea antienzimelor și dezintoxicarea
 - C. Analgezia
 - D. Stimularea circulației și funcției renale
 - E. Intervenția imediată după deșocare
95. CS. Ruptura pancreasului cu secționarea canalului Wirsung se identifică preoperator prin:
- A. Dozare repetată a nivelului amilazei în sânge
 - B. Scintigrafie
 - C. Tomografie computerizată
 - D. Colangiopancreatografie retrogradă
 - E. Ultrasonografie
96. CS. Următoarele revelații intraoperatorii sugerează eventualitatea traumatismului de pancreas, exceptând:
- A. Hematoamele retroperitoneale în etajul supramezocolic
 - B. Hematomul peripancreatic
 - C. Regiuni împăstăte în pancreas
 - D. Revărsatul hemoragic cu conținut de enzime pancreatice
 - E. Niciuna dintre ele
97. CS. Explorarea exhaustivă a pancreasului prevede următoarele momente, exceptând:
- A. Mobilizarea duodenului după Kocher
 - B. Secționarea ligamentului gastrocolic
 - C. Mobilizarea splinei împreună cu porțiunea caudală a pancreasului
 - D. Secționarea micului epiploon
 - E. Secționarea ligamentului Teres
98. CS. În cazul plăgilor pancreatice cu rupturi capsulare și parenchima-toase, însă fără a interesa canalul Wirsung, sunt necesare următoarele manipulații, exceptând:

- A. Toaleta chirurgicală a plăgii
 - B. Hemostaza
 - C. Drenarea cavității abdominale
 - D. Decompresia căilor biliare
 - E. Suturarea capsulei pancreasului
99. CS. În leziuni pancreatice cu afectarea canalului Wirsung rezecția distală se consideră metoda de elecție, exceptând:
- A. Leziuni cervicale
 - B. Leziuni corporale
 - C. Leziuni caudale
 - D. Leziuni situate spre dreapta de la vasele mezenterice superioare
 - E. Leziuni corporale și caudale
100. CS. La un accidentat cu contuzie abdominală explorarea a evidențiat o ruptură transversală completă a pancreasului spre dreapta de la vasele mezenterice. În acest caz operația de elecție o constituie:
- A. Pancreatectomia distală
 - B. Închiderea capătului proximal, pancreatojejunostomia distală
 - C. Pancreatojejunostomia dublă
 - D. Pancreatojejunostomia antegradă
 - E. Sutura pancreasului cu restabilirea continuității Wirsungului
101. CS. Dintre complicațiile posibile după intervențiile chirurgicale, întreprinse pentru leziuni ale pancreasului, cele mai frecvente sunt:
- A. Abcesul
 - B. Pancreatonecroza
 - C. Fistula duodenală
 - D. Fistula pancreatică
 - E. Hemoragia
102. CS. Alegeți metoda de diagnostic cea mai informativă în primele ore după trauma pancreasului:
- A. Angiografia
 - B. Clișeul panoramic pe gol
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Ultrasonografia
 - E. Laparoscopia

103. CS. Alegeți scopul mai important în tratamentul bolnavului cu pancreatită acută edematoasă:
- A. Analgezie
 - B. Dezintoxicare
 - C. Înlăturarea spasmului papilei Vater
 - D. Ameliorarea reologiei
 - E. Reprimarea activității de secreție a pancreasului, dezactivarea enzimelor circulante și reechilibrarea volemică
104. CS. Ce semn clinic indică un prognostic grav în pancreatita acută?
- A. Sindromul algic pronunțat cu iradiație în spate
 - B. Febra mai sus de 38°C
 - C. Pulsul mai mare de 100'
 - D. Hipotensiunea mai joasă de 100/60 mm Hg
 - E. Tahipneea mai sus de 25'
105. CS. Ce semn indică distrucția parenchimului pancreasului la a 7-a zi după dezvoltarea pancreatitei acute?
- A. Durerile cu iradiere în spate
 - B. Febra mai mare de 38°C
 - C. Staza gastrică, peristaltismul atenuat
 - D. Prezența infiltratului în epigastru
 - E. Diureza mai puțin de 1l/24 de ore
106. CS. Ce intervenție chirurgicală se folosește dacă intraoperator s-a depistat pancreatită acută forma edematoasă?
- A. Laparotomia, drenarea bursei omentale mică
 - B. Laparotomia, omentopancreatopexia
 - C. Laparotomia, abdomenizarea pancreasului
 - D. Laparotomia, colecistectomia, drenarea externă a coledocului, necrsecvestrectomia
 - E. Rezecția pancreasului

KEY: ABDOMENUL ACUT. PANCREATITA ACUTĂ

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

42.ABC; 43.C; 44.C; 45.E; 46.C; 47.ABCD; 48.E; 49.C; 50.E; 51.ACDE;
 52.E; 53.E; 54.ABD; 55.E; 56.ABC; 57.ABC; 58.ABD; 59.A; 60.E;
 61.ABC; 62.ABC; 63.C; 64.E; 65.B; 66.C; 67.D; 68.E; 69.E; 70.ABC;
 71.ABC; 72.E; 73.AC; 74.ABC; 75.A; 76.B; 77.E; 78.E; 79.A; 80.E; 81.E;
 82.ABCD; 83.ABCD; 84.AD; 85.E; 86.ACE; 87.C; 88.ABCD; 89.ABC;
 90.D; 91.E; 92.ABCD; 93.C; 94.ABCD; 95.D; 96.D; 97.E; 98.D; 99.D;
 100.B; 101.D; 102.C; 103.E; 104.E; 105.B; 106.A.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. În secția de internare a fost adusă o pacientă de 52 de ani. A avut o cină copioasă în ajun. Dimineța a simțit dureri acute în regiunea epigastrică în formă de centură. Au apărut dispnee, vome repetate care nu au ameliorat starea, slăbiciune, transpirație profuză. Temperatura 37,0°C. Nu există tulburări de urinare. Scaunul lipsește, gaze nu se elimină. Din anamneză nu a suferit de vreo patologie. A fost adusă la 2 ore după debutul bolii. La examinare, starea este gravă, pacienta este palidă, acrocianoză pronunțată, pielea este acoperită de transpirație rece. Pulsul – 140 pe minut. Presiunea arterială – 100/60 mm Hg. Limba este uscată, acoperită cu o peliculă albă. Peristaltismul este slab. Limitele matității hepatice sunt păstrate. Lichid liber în cavitatea abdominală nu se determină. Abdomenul este moale la palpare. Semne de iritație peritoneală negative. Durere acută în regiunea epigastrică. Simptomul Voskresenski și Mayo-Robson sunt pozitive.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examenul clinic/manevrele suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.

9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – Sandostatină, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientei.

Răspuns corect: Pancreatită acută

2. Pacientul P.R., în vârstă de 52 de ani, acuză dureri epigastrice „în bară”, permanente, febră 39°C, slăbiciune generală. Starea generală – de gravitate medie, FMR – 26/min; PS – 96 b/min, TA – 115/80 mm Hg; limba uscată saburată, abdomen dureros la palpate în hipocondrul stâng. Hb – 158 g/l, Er. – $4,6 \times 10^{12}$, Le – $16,6 \times 10^9$, nes. – 28%, seg. – 43%, limf. – 14%, mon. – 13%, eoz. – 2%, VSH – 28 mm/oră, bilirubina totală – 20,1 $\mu\text{mol/l}$, bilirubina directă – 2,0 $\mu\text{mol/l}$, ALT – 0,81 $\mu\text{mol/l}$, AST – 0,31 $\mu\text{mol/l}$, ureea – 8,1 $\mu\text{mol/l}$, ind. protomb. – 70%, amilaza urinară – 488,0 g.o.l. USG – concluzie: pancreas cu aspect neomogen și neregularități de contur la nivelul corpului și al cozii, la nivelul cozii pancreasului o formațiune hipoecogenă 9,6x9,0 cm, nediferențiată de parenchimul din jur. CT – pancreas ratatinat cu diminuarea intensității semnalului din cauza dezvoltării țesutului conjunctiv. În regiunea cozii pancreasului o formațiune hipoecogenă 10,6x9,0 cm, cu grosimea peretelui 0,3-0,4 cm, nediferențiată de parenchimul din jur, care apare cu microcalcificări. În lumen: formațiuni multiple hiperecogene cu diametrul 0,5-0,8 cm (sechestre).

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/ sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Ciprofloxacini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Pancreatită acută. Pancreonecroză. Pseudochist supurat cu localizare în regiunea caudală pancreatică

TROMBOZA ENTEROMEZENTERICĂ

1. CM. Macroscopic, ansa intestinală afectată prin tromboză enteromezenterică apare:
 - A. Roșie, cianotică, edemațiată în stadiul inițial
 - B. Violacee sau chiar neagră
 - C. Neagră, cu sfaceluri și perforații în stadiul de gangrene
 - D. Culoare obișnuită, fără edem
 - E. Peristaltism exacerbat
2. CM. În tromboza enteromezenterică, după obstrucția vasculară survin unele modificări fiziopatologice:
 - A. Spasmul vascular pe arterele situate distal de obstrucție
 - B. Pareza intestinală (atât în segmentul infarctat, cât și în cel proximal și distal)
 - C. Distensia intestinală prin acumularea de lichide și gaze – hipovolemie
 - D. Exacerbarea florei bacteriene în lumenul intestinal
 - E. Resorbția în circulație a toxinelor bacteriene
3. CM. Întreruperea vascularizației intestinale la un bolnav cu tromboză venoasă mezenterică conduce la:
 - A. Ischemie intestinală
 - B. Stări de hipocoagulabilitate
 - C. Infarct transmural
 - D. Necroză ce se poate complica cu perforație
 - E. Diverticulită
4. CM. Tabloul clinic al infarctului enteromezenteric este dominat de:
 - A. Durere însoțită de alterarea stării generale și anorexie
 - B. Greață și vărsături
 - C. Epistaxis
 - D. Diaree, care ulterior e înlocuită de oprirea tranzitului intestinal
 - E. Distensie abdominală și hemoragie gastrointestinală (scaune cu sânge)
5. CM. La examenul abdomenului la un bolnav cu infarct enteromezenteric se pot constata:
 - A. Distensie abdominală difuză sau periombilicală

- B. Durere la palparea abdomenului cu sau fără semne de iritație peritoneală
 - C. Hipersonoritate prin distensia anselor intestinale sau matitate în flancuri prin revărsatul peritoneal
 - D. Absența zgomotelor hidroaerice
 - E. Sensibilitatea fundului de sac Douglas
6. CM. Tratamentul chirurgical curativ al trombozei enteromezenterice depinde de cauza de apariție a ischemiei, astfel putându-se realiza:
- A. Embolectomie
 - B. Endarterectomie
 - C. Bypass (șuntare a zonei blocate)
 - D. Rezecție intestinală
 - E. Rezecție gastrică
7. CM. Cele mai frecvente complicații ale trombozei enteromezenterice sunt reprezentate de:
- A. Necroză (infarctizarea segmentului de ansă afectat de ischemie)
 - B. Insuficiența multiplă de organ
 - C. Hemoragia intraperitoneală
 - D. Șocul toxico-septic
 - E. Refluxul gastroesofagian
8. CM. Reducerea irigației intestinale poate fi determinată de:
- A. Un embol (50% din cazuri)
 - B. Un tromb (25% din cazuri)
 - C. Hiperaciditate gastrică
 - D. Hipotensiune prin vasospasm, debit cardiac scăzut (25%)
 - E. Coledocolitiază
9. CM. Infarctul intestinal acut beneficiază doar de tratament chirurgical prin operație reconstructivă de tip:
- A. Embolectomie
 - B. Trombendarterectomie
 - C. Bypass
 - D. Reimplantări arteriale
 - E. Rezecție intestinală
10. CM. Embolia arterei mezenterice superioare are ca factori de risc:
- A. Fibrilația atrială

- B. Cardiomiopatia dilatativă
 - C. Bolile valvulare
 - D. Evenimentele embolice anterioare
 - E. Pileflebita
11. CM. Cele patru cauze majore ale ischemiei mezenterice acute sunt:
- A. Embolia arterei mezenterice superioare (50%)
 - B. Tromboza arterei mezenterice superioare (15-25%)
 - C. Tromboza venoasă mezenterică (5%)
 - D. Ischemia nonocluzivă (20-30%)
 - E. Sindromul Leriș
12. CM. Tromboza venoasă mezenterică are ca factori de risc:
- A. Stările de hipercoagulabilitate
 - B. Hipertensiunea portală
 - C. Infecțiile intraabdominale și traumatismele abdominale
 - D. Pancreatita
 - E. Splenectomia și malignitățile din regiunea portală
13. CM. Printre factorii de dezvoltare a ischemiei mezenterice se numără:
- A. Embolismul arterial – adesea observat în patologiile arterelor coronariene
 - B. Tromboza arterială – observată în ateroscleroza sistemică
 - C. Tromboza venoasă – hipercoagulabilitate, insuficiență cardiacă, insuficiență renală
 - D. Sindromul Zollinger-Ellison
 - E. Sindromul dumping
14. CM. Despre ischemia arterial-mezenterică sunt adevărate:
- A. Este de două tipuri: acută și cronică
 - B. Forma acută a bolii apare brusc
 - C. Ischemia acută are simptome severe
 - D. Tipul cronic de insuficiență mezenterică acută are un debut mai gradual
 - E. Ateroscleroza este, de obicei, cauza ischemiei cronice
15. CM. Despre ischemia arterial-mesenterică sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Dacă nu se tratează rapid, rezultatele sunt adesea minime

- B. Printre cei afectați, chiar și în cazul administrării unui tratament, riscul de deces este de 70% până la 90%
 - C. La cei cu boală cronică, operația de bypass reprezintă tratamentul preferat
 - D. Persoanele care prezintă tromboză a venelor se pot trata cu anticoagulante cum ar fi Heparina și Warfarina, iar în cazul în care nu se observă îmbunătățiri, prin intervenție chirurgicală
 - E. Stentarea percutană a arterei mezenterice superioare este dificilă, sub aspect tehnic
16. CM. Ischemia cronică intestinală se traduce prin:
- A. Anorexie
 - B. Dureri postprandiale
 - C. Hemoragie digestivă ocultă
 - D. Diaree
 - E. Deficit ponderal

KEY: TROMBOZA ENTEROMEZENTERICĂ

1.ABCD; 2.ABCDE; 3.ACD; 4.ABDE; 5.ABCDE; 6.ABCD;
7.ABCD; 8.ABD; 9.ABCDE; 10.ABCD; 11.ABCD; 12.ABCDE; 13.ABC;
14.ABCDE; 15.ABCDE; 16.ABC.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacientul, în vârstă de 68 de ani, este internat în secția de chirurgie pentru dureri permanente în etajul superior abdominal, exacerbate la 15-30 min după ingestia de alimente, însoțite de inapetență, astenie fizică și scădere în greutate (aproximativ 12 kg în ultimele 4 luni). În secția de gastroenterologie s-au efectuat o serie de investigații: TC abdominală, endoscopie digestivă superioară, ecografiile abdominale repetate și rectocolonoscopie. Acestea nu au evidențiat modificări la nivelul organelor abdominale. S-a efectuat aortografia în urgență și s-au evidențiat: stenoză 60% la originea trunchiului celiac; subocluzie pe o lungime de 3 cm de la originea arterei mezenterice superioare; stenoză 70% la originea arterei renale drepte; artera renală stângă permeabilă, de calibru normal, iar artera mezenterică inferioară nu se vizualizează; ocluzia arterei iliace drepte de

la origine, cu reîncărcarea arterei femurale comune drepte; artera iliacă comună și artera hipogastrică stângă permeabile. Angio-RMN evidențiază aorta cu contur neregulat și tromboza parietală; stenoza trunchiului celiac la origine este de aprox. 70%, iar stenoza arterei mezenterice superioare la origine este de 75%. Nu se evidențiază artera iliacă comună dreaptă. Arterele renale sunt permeabile.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Sol. Pentoxifilină inj., din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Ateroscleroză. Stenoză de trunchi celiac asociată cu subocluzia arterei mezenterice superioare. Ischemie cronică enteromezenterică

2. Bolnavul M.V., în vârstă de 70 de ani, FO 27625 din 23.12.2005, se prezintă în serviciul urgență pentru dureri periombilicale, vărsături, meteorism. Din istoricul bolii bolnavul se află pe tratament cardiologic cu blocanți ai enzimei de conversie generația II de 8 ani. În urmă cu 4 zile, înaintea prezentării în serviciul urgență, bolnavul a prezentat 5 scaune diareice, dureri abdominale difuze, episodul respectiv fiind interpretat ca o banală enterocolită acută. Ulterior, cu 24 de ore înaintea internării, bolnavul prezintă vărsături bilio-alimentare și apoi cu tentă fecaloidă, întreruperea tranzitului intestinal, dureri abdominale. La internare bolnav cu stare generală gravă, tegumente și mucoase palide, abdomen discret meteorizat simetric, dureros spontan și la palpare în mezogastru, urmează mșcările respiratorii, cu clapotaj în flancul și fosa iliacă stângă. Tușeul rectal:

ampulă rectală cu pereți supli, goală, urme de sânge pe indexul explorator. TA – 130/70 mmHg, puls=70 bătăi/min. Pe sonda de aspirație nazogastrică se exteriorizează cca 800 ml lichid fecaloid. Radiografia abdominală simplă: nivele hidroaerice mari în etajul abdominal superior.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta – Sol. Prozerină inj., din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Infarct enteromezenteric

ABDOMENUL ACUT. ULCERUL PERFORAT

1. CS. Dintre factorii, ce contribuie la perforarea ulcerelor gastroduodenale cronice, cel mai important este:
 - A. Exacerbarea bolii ulceroase
 - B. Replețiunea alimentară a stomacului, consumul de alcool
 - C. Suprasolicitarea fizică
 - D. Conflictul autoimun topic
 - E. Vechimea afecțiunii

2. CS. Perioada de falsă ameliorare în evoluția ulcerelor perforate este determinată de factorii enumerați mai jos, exceptând:
 - A. Diluția acidului clorhidric cu revărsatul din cavitatea abdominală
 - B. Reducerea sensibilității terminațiilor nociceptive în peritoneul parietal
 - C. Efectul endorfinelor
 - D. Acoperirea perforației cu fibrină sau cu epiploon
 - E. Adaptarea la agresiune

3. CS. Dintre simptomele ulcerului perforat, enumerate mai jos, rolul patognomonic decisiv îl are:
 - A. Durerea acută în epigastru sau în hipocondrul drept
 - B. Vomismențele
 - C. Semnele de iritare a peritoneului
 - D. Pneumoperitoneul
 - E. Matitatea în regiunile declive ale abdomenului

4. CS. Pentru confirmarea diagnosticului de ulcer perforat se recurge prioritar la:
 - A. Gastroscopie
 - B. Radiografie pe gol a cavității abdominale
 - C. Gastroduodenografie
 - D. Laparoscopie
 - E. Puncție-lavaj peritoneal

5. CS. Durerea în regiunea inferioară pe dreapta a abdomenului, greața, uneori vomismențe, senzația dureroasă și apărarea musculară în fosa ilia-

că dreaptă, febra ce rar depășește norma cu mai mult de 1°C sugerează ideea de:

- A. Ulcer perforat
 - B. Apendicită acută
 - C. Colecistită acută
 - D. Infarct enteromezenteric
 - E. Infarct miocardic
6. CS. Durerea apărută brusc în epigastru, cu iradiere în regiunea cordului și în spațiul interscapular, dispneea, uneori vomă solitară, pulsul frecvent și slab, aritmia, hipotonia, zgomotul cardiac asurzit și mărirea ariei matității cardiace, senzația de durere la palparea epigastriului, uneori rigiditatea musculară, gurguimentele peristaltice normale ce afecțiune vă sugerează?
- A. Ulcer perforat
 - B. Apendicită acută
 - C. Colecistită acută
 - D. Infarct enteromezenteric
 - E. Infarct miocardic
7. CS. Debut brusc, dureri acute în epigastru cu generalizare ulterioară pe tot abdomenul, „abdomen de lemn”, imobil, absența matității hepatice, respirație superficială accelerată; valorile pulsului, tensiunii arteriale și temperaturii sunt, în debut, cvasinormale. La ce afecțiune vă gândiți în primul rând?
- A. Ulcer perforat
 - B. Apendicită acută
 - C. Colecistită acută
 - D. Infarct enteromezenteric
 - E. Infarct miocardic
8. CS. Debut brusc, intensificare progresivă a durerilor în hipocondrul drept, cu iradiere în regiunea supraclaviculară dreaptă, în gât, scapulă, vărsături, durere provocată și apărare musculară în hipocondrul drept, puls frecvent, febră înaltă, leucocitoză. La ce afecțiune vă gândiți?
- A. Ulcer perforat
 - B. Apendicită acută
 - C. Colecistită acută

- D. Infarct enteromezenteric
E. Infarct miocardic
9. CS. Debut brusc, dureri abdominale fără o localizare certă, greață și vomă, anxietate, paloare pronunțată a tegumentelor, bradisfigmie, abdomen moale, scaun sangvinolent, temperatură normală, hiperleucocitoză. Decalaj între starea generală gravă și oligosimptomatică locală a afecțiunii. Ce afecțiune suspectați?
- A. Ulcer perforat
B. Apendicită acută
C. Colecistită acută
D. Infarct enteromezenteric
E. Infarct miocardic
10. CS. Tratamentul conservator al ulcerului perforat prin metoda Taylor este admisibil cu următoarele indicații, exceptând:
- A. Insuficiența de organ sau poliorganică
B. Infarctul miocardic
C. Stările extreme, condiționate de peritonită și septicemie
D. Vârsta înaintată
E. Refuzul pacientului de a fi supus operației
11. Printre elementele de tratament conservator al ulcerului perforat rolul principal îl au:
- A. Antibioticele
B. Reechilibrarea hidroelectrolitică
C. Nutriția parenterală
D. Aspirația gastrică continuă
E. Analgezicele
12. Ce investigație este necesară la finele tratamentului conservator al ulcerului perforat?
- A. Analiza lichidului aspirat din stomac
B. Gastroscopia fibrooptică
C. Radiografia de ansamblu a abdomenului
D. Gastroduodenografia
E. Puncția-lavaj peritoneal

13. CS. Măsurile și procedeele de pregătire a pacientului în vederea unei operații pentru ulcerul perforat nu includ:
- A. Aspirația nazogastrică
 - B. Substituenți ai plasmei
 - C. Soluții de electroliți
 - D. Soluții de aminoacizi și emulsii de lipide
 - E. Antibiotice
14. CM. Ce factori determină tactica chirurgicală în operațiile pentru ulcer perforat?
- A. Vârsta și starea bolnavului
 - B. Durata anamnezei ulceroase
 - C. Localizarea ulcerului
 - D. Vechimea perforației
 - E. Patologiile concomitente
15. CM. Drept indicații de suturare a ulcerului perforat servesc:
- A. Anamneza ulceroasă de durată scurtă la adolescenți
 - B. Senescența
 - C. Afecțiunile coasociate grave
 - D. Topografia gastrică a ulcerului
 - E. Vârsta și starea generală a bolnavului
16. CM. Suturarea ulcerului perforat comportă o serie de avantaje semnificative:
- A. Operația este puțin traumatizantă
 - B. Este aplicabilă în situații critice
 - C. Poate fi executată utilizând tehnica endoscopică
 - D. Asigură o vindecare stabilă la majoritatea bolnavilor
 - E. Diminuarea ratei complicațiilor postoperatorii
17. CM. În care dintre circumstanțele enumerate mai jos rezecția gastrică constituie soluția de elecție?
- A. Perforarea ulcerelor gastrice
 - B. Perforațiile multiple
 - C. Perforația ulcerelor suspectate de malignizare
 - D. Perforația ulcerului gastric cu hemoragie
 - E. Lipsa anamnezei ulceroase

18. CS. Printre factorii, ce determină posibilitatea vagotomiei în ulcerul perforat, o importanță minimă are:
- A. Durata afecțiunii
 - B. Vârsta bolnavului
 - C. Starea generală
 - D. Topografia ulcerului
 - E. Vechimea perforației
19. CS. În elecția operației de drenaj, asociată vagotomiei, se ține cont în primul rând de:
- A. Durata anamnezei ulcerose
 - B. Antecedentele hemoragice
 - C. Caracterul modificărilor morfopatologice locale
 - D. Starea nutrițională a pacientului
 - E. Vârsta bolnavului
20. CS. Bolnavul este internat peste 5 ore de la momentul catastrofei abdominale cu simptomatologie evidentă de perforație acoperită. În acest caz se impune:
- A. Intervenția de urgență
 - B. Temporizarea intervenției până la retrocedarea completă a simptomelor abdominale
 - C. Abținerea de la intervenție
 - D. Operația elective peste 6 luni
 - E. Atitudine în funcție de rezultatele observării asupra stării bolnavului
21. CM. Care dintre acțiunile enumerate mai jos nu sunt raționale în terapia parezei intestinale postoperatorii?
- A. Decompresia gastrointestinală
 - B. Reechilibrarea hidroelectrolitică
 - C. Administrarea preparatelor adrenomimetice
 - D. Administrarea preparatelor M-colinomimetice și anticolinesterazice
 - E. Administrarea intravenoasă a soluției clorurosodice hipertone
22. CS. Desfacerea suturilor aplicate pe ulcer se identifică cel mai simplu prin:
- A. Inspecția și palparea abdomenului

- B. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - C. Laparoscopie
 - D. Gastroduodenografie
 - E. Ecografie
23. CS. Dintre complicațiile posibile, după operațiile pentru ulcer perforat, ca frecvență pe primul loc se plasează:
- A. Complicațiile pulmonare
 - B. Abcesele intraperitoneale
 - C. Insuficiența evacuatorie gastrică
 - D. Complicațiile tromboembolice
 - E. Supurația plăgii
24. CS. Care dintre procedeele enumerate mai jos este lipsită de sens în profilaxia complicațiilor pulmonare postoperatorii?
- A. Gimnastica respiratorie
 - B. Abolirea precoce a repausului la pat
 - C. Ventilația artificială a plămânilor cu presiune endexpiratorie pozitivă
 - D. Administrarea preparatelor mucolitice
 - E. Anestezia peridurală prelungită
25. CS. După suturarea ulcerului perforat perioada postoperatorie se poate complica prin abces:
- A. Subdiafragmal
 - B. Subhepatic
 - C. Între ansele intestinului
 - D. În fundul de sac Douglas
 - E. Toate variantele enumerate sunt posibile

KEY: ABDOMENUL ACUT. ULCERUL PERFORAT

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

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Pacient în vârstă de 67 de ani a fost internat în mod urgent cu dureri insuportabile în regiunea etajului abdominal superior, care au apărut brusc și iradiau difuz pe toată aria abdominală, dispnee, uneori vomă solitară. Obiectiv respirația pacientului este superficială, frecventă, hemodinamic este stabil, TA – 135/90 mmHg. Ps – 80/min. Abdomenul tensionat, brusc dolor la palpare în regiunea etajului abdominal superior, imobil. Semnele peritoneale pozitive. Din datele de laborator: Hb – 125g/l, Er. – 3,3, Le – $14,8 \times 10^9$ /l. Temperatura corpului – 37°C. La radiografia de panoramă a cavității abdominale se atestă aer liber sub cupola semidiafragmului drept.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – H₂-blocatori, prokinetice, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Ulcer gastroduodenal perforat*

2. Pacient de 65 de ani s-a adresat în secția de internare cu dureri acute în epigastru, care au debutat brusc asemănător „loviturii de pumnal”. Obiectiv tegumentele sunt acoperite cu transpirații reci, pacientul hemodinamic este stabil, TA – 145/85 mmHg, Ps – 72/min. Abdomenul tensionat, brusc dolor pe toată aria asemănător unui „abdomen de lemn”. Din datele de laborator: Hb – 140 g/l, Er. – 4.4, Le – $11,8 \times 10^9$ /l. Temperatura corpu-

lui – 37,2°C: La ultrasonografia cavității abdominale – lichid liber în etajul abdominal superior și în bazinul mic.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – H₂-blocatori, prokinetice, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Ulcer gastroduodenal perforat*

ABDOMENUL ACUT. PERITONITELE

1. CS. Limita dintre etajele cavității abdominale este constituită de:
 - A. Linia orizontală ce trece prin spinele iliace anterosuperioare
 - B. Linia orizontală ce trece prin marginea inferioară a rebordului costal
 - C. Colonul transvers și mezoul acestuia
 - D. Mezoul porțiunii terminale a ileonului
 - E. Apertura bazinului mic
2. CS. Canalul parieto-colic drept constituie:
 - A. Toată partea dreaptă a cavității abdominale
 - B. Lumenul colonului ascendent
 - C. Spațiul dintre colonul ascendent și peretele abdominal lateral
 - D. Spațiul dintre mezoul colonului ascendent și transvers
 - E. Toate spațiile cavității abdominale la dreapta de colonul descendent
3. CS. Peretele anterior al bursei omentale este format de:
 - A. Omentul mare
 - B. Mezoul colonului transvers
 - C. Peretele abdominal anterior
 - D. Peretele posterior al stomacului
 - E. Fața inferioară a ficatului
4. CS. Conform legii lui Stokes, inflamația peritoneului determină:
 - A. Paralizia musculaturii abdominale
 - B. Vasodilatația vaselor mezenterice
 - C. Spasmul musculaturii netede intestinale
 - D. Vasocostricția vaselor mezenterice
 - E. Paralizia musculaturii intestinale netede
5. CM. Drenajul lichidului peritoneal prin „stomata aperture” seroasei diafragmatice este influențat de:
 - A. Calibrul variabil al acestor orificii contractile
 - B. Mișcările respiratorii
 - C. Poziția pacientului
 - D. Presiunea intraabdominală
 - E. Inflamația seroasei peritoneale

6. CM. Semnele funcționale ale peritonitei acute sunt:
 - A. Durerea
 - B. Vărsăturile
 - C. Dispneea
 - D. Opierea tranzitului
 - E. Sughitul

7. CM. Durerile viscerale în peritonitele acute ce apar în afectarea organelor interne:
 - A. Poartă un caracter surd și săcâitor
 - B. Au localizare incertă
 - C. Se resimt preponderent în proximitatea medianei abdomenului
 - D. Frecvent sunt însoțite de efecte secundare: hiperhidroză, greață, vomismente, paloarea tegumentelor etc.
 - E. Răspunsuri eronate

8. CM. Transportul substanțelor din cavitatea peritoneală în ganglionii limfatici este favorizat de:
 - A. Criptele în mezoteliul diafragmatic
 - B. Absența membranei bazale în zona criptelor mezoteliale și vaselor limfatice terminale ale diafragmului
 - C. Excursiunile respiratorii ale diafragmului
 - D. Peristaltismul intestinal
 - E. Răspunsuri eronate

9. CM. Cum decurge procesul de regenerare a peritoneului în peritonitele acute după leziune?
 - A. Se derulează rapid
 - B. Se produce cu concursul celulelor-stem și celulelor detașate de pe suprafața peritoneului intact
 - C. Începe simultan în mai multe locuri pe aria leziunii
 - D. Se termină prin formare de aderențe
 - E. Răspunsuri eronate

10. CM. Ce fenomene au loc în cavitatea abdominală după invazia microbiană:
 - A. Eliberarea mediatorilor chimici ai inflamației
 - B. Reacție vasculară
 - C. Exsudație

- D. Intensificarea transportului de lichide spre peritoneul diafragmatic
E. Răspunsuri eronate
11. CM. Dintre factorii, care favorizează diseminarea infecției în cavitatea peritoneală, fac parte:
- A. Excursiunile respiratorii ale diafragmului
 - B. Forța gravitației
 - C. Mișcările fiziologice ale abdomenului
 - D. Depozitele de fibrină
 - E. Răspunsuri eronate
12. CM. Apariția efectelor secundare interesând organele interne este inevitabilă în peritonite. Oare această afirmație se referă și la:
- A. Cord
 - B. Plămâni
 - C. Rinichi
 - D. Intestin
 - E. Răspunsuri eronate
13. CM. În peritonite au efect negativ asupra activității cordului:
- A. Hipovolemia
 - B. Acidoza metabolică
 - C. Endotoxicoza
 - D. Modificările distrofice din miocard
 - E. Răspunsuri eronate
14. CM. Ce modificări au loc în sistemul microcirculator pe fundal de peritonită?
- A. Dilatarea arteriolelor și capilarelor
 - B. Alterarea proprietăților reologice ale sângelui
 - C. Edem perivascular și hemoragii
 - D. Șuntarea sângelui prin anastomoze arterio-venoase
 - E. Răspunsuri eronate
15. CM. Ce consecințe poate avea irigarea insuficientă a țesuturilor, posibilă în condiții de peritonită?
- A. Deficit energetic
 - B. Perturbarea funcțiilor celulare
 - C. Lezarea membranelor lizozomice

- D. Dezechilibru acido-bazic
 - E. Răspunsuri eronate
16. CM. Care dintre factorii enumerați aici este implicat în leziuni renale pe fundal de peritonită?
- A. Modificarea volumului de sânge circulant
 - B. Starea activității cordului
 - C. Indicii tensiunii arteriale
 - D. Metaboliții toxici
 - E. Răspunsuri eronate
17. CM. Fenomenele patologice interesând intestinul, apărute pe fundal de peritonită, sunt:
- A. Hipoxia locală
 - B. Pareza intestinală
 - C. Disbacterioza
 - D. Translocația bacteriană
 - E. Răspunsuri eronate
18. CM. Prin ce se explică tulburările respiratorii apărute în peritonite?
- A. Perturbații microcirculatorii
 - B. Efectul enzimelor proteolitice, endotoxinelor și produșilor de peroxidare a lipidelor
 - C. Infecție
 - D. Hipoventilație
 - E. Răspunsuri eronate
19. CS. Endotoxicoza în peritonite este favorizată de factorii enumerați, exceptând:
- A. Neurovegetativ
 - B. Microbian
 - C. Inflamator
 - D. Intestinal
 - E. Metabolic
20. CS. Dintre agenții responsabili de apariția endotoxicozei în peritonite rolul decisiv în instalarea socului septic îl au:
- A. Toxinele provenite din membranele celulare ale aerobilor gram-negativi dezintegrați

- B. Toxinele elaborate de bacteriile gram-pozitive vii
 C. Substanțele cu masa moleculară medie
 D. Enzimele lizozomale
 E. Substanțele bioactive
21. CS. Starea hipovolemică se manifestă prin toate semnele enumerate, exceptând:
 A. Hipertermia
 B. Tahicardia
 C. Xerodermia
 D. Hipotonia
 E. Oliguria
22. CS. Peritonita se consideră primitivă (primară) în caz de:
 A. Instalare pe fundalul inflamației acute a organelor intraabdominale
 B. Contaminare infecțioasă pe cale hematogenă sau limfogenă
 C. Perforație a organelor cavitare
 D. Leziuni ale căilor biliare
 E. Infarct enteromezenteric
23. CS. Nu este adevărat că senzațiile dolorice în peritonite:
 A. Au caracter constant
 B. Nu iradiază
 C. Se intensifică la mișcare, efort fizic, tuse
 D. Se intensifică la gestul de decomprimare bruscă în cadrul palpării
 E. Sunt mai accentuate la nivelul sursei de infecție
24. CS. Intensitatea senzațiilor dolorice în peritonite este influențată de circumstanțele enumerate, exceptând:
 A. Cauzele peritonitei
 B. Vechimea afecțiunii
 C. Vârsta bolnavului
 D. Spectrul microbial
 E. Gravitatea endotoxicozei
25. CS. Dintre simptomele locale regionale ale peritonitei, cel mai caracteristic este:
 A. Durerile în abdomen

- B. Apărarea musculară
 - C. Matitatea în zonele declive ale abdomenului
 - D. Distensia abdomenului
 - E. Durerile provocate de tactul rectal
26. CS. Dintre simptomele enumerate mai jos pentru peritonite nu este caracteristic:
- A. Durerea provocată de palparea sau percuția abdomenului
 - B. Distensia abdomenului
 - C. Apărarea musculară
 - D. Intensificarea zgomotelor intestinale
 - E. Durerea la tactul rectal sau vaginal
27. CS. Care simptom nu se observă în perioada de debut al peritonitei?
- A. Durerile abdominale
 - B. Vărsăturile fecaloide
 - C. Tahicardia
 - D. Apărarea musculară
 - E. Atenuarea zgomotelor intestinale
28. CS. Dintre semnele de peritonită neglijată cel mai patognomonic este:
- A. Tahicardia
 - B. Hipotonia
 - C. Dispneea
 - D. Semnul Blumberg
 - E. Matitatea în părțile declive ale abdomenului
29. CS. Dintre factorii enumerați mai jos nu influențează evoluția peritonitei:
- A. Gradul de contaminare microbiană a cavității peritoneale și virulența agenților infecțioși
 - B. Durata de contact al peritoneului cu factorul infecțios
 - C. Prezența de mucus, sânge și alte materii eterogene în cavitatea peritoneală
 - D. Bacteriemia
 - E. Numărul de neutrofile și activitatea lor fagocitară
30. CS. În diagnosticul peritonitei acute rolul primordial îl ocupă:
- A. Tabloul clinic

- B. Examenul radiologic
 - C. Testele de laborator
 - D. Laparocenteza
 - E. Puncția-lavaj peritoneal
31. CS. Un bolnav a fost internat de urgență după 2 ore de la apariția bruscă a unor dureri abdominale violente și constante. Examenul fizic pune în evidență durere pe toată aria abdominală, contractură musculară, simptomul Blumberg pozitiv. Pentru diagnosticarea cazului sunt necesare:
- A. Radiografia simplă a abdomenului
 - B. Examenul radiologic cu administrare perorală de substanță de contrast hidrosolubilă
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Laparoscopia
 - E. Nimic din cele enumerate
32. CS. Care simptom sugerează cauza eventuală a peritonitei?
- A. Distensia abdominală
 - B. Durerea la palparea abdomenului
 - C. Apărarea musculară
 - D. Simptomul pozitiv Sciotkin-Blumberg
 - E. Dispariția matității hepatice
33. CS. Peritonita se manifestă prin următoarele semne radiologice, exceptând:
- A. Atelectaziile discoidale în segmentele pulmonare bazale
 - B. Revărsatul în cavitățile pleurale
 - C. Poziția elevată și mobilitatea redusă a cupolelor diafragmului
 - D. Tranzitul accelerat al substanței de contrast prin intestinul subțire
 - E. Opacifierea abdominală declivă evidențiată prin radiografie simplă
34. CS. Despre semnele clinice din peritonite se pot afirma următoarele, exceptând:
- A. Elementul esențial este contractura abdominală
 - B. La început, vărsăturile sunt alimentare, bilioase
 - C. Unele peritonite pot debuta cu diaree
 - D. Durerea este un semn inconstant
 - E. Lipsa creșterii temperaturii nu exclude peritonita

35. CM. Examenul obiectiv al abdomenului în peritonite poate arăta:
- A. Abdomen imobil, rigid, indiferent de cauza peritonitei și de momentul evolutiv
 - B. Semnul Blumberg pozitiv
 - C. Balonare abdominală în peritonită neglijată
 - D. Rigiditate musculară maximă („abdomen de lemn”) cu caracterele: dureroasă, tonică, permanentă, invincibilă
 - E. Durere generalizată la percuție fără intensificare într-o anumită zonă
36. CM. Despre metoda laparoscopică în tratamentul peritonitelor sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Complicațiile parietale supurative sunt mai reduse
 - B. Este utilizată în perforațiile viscerale mari
 - C. Poate fi utilizată în perforațiile apendiculare și în ulcerul perforat
 - D. Prezintă riscul potențial al difuzării infecției datorită pneumoperitoneului
 - E. Drenajul aspirativ este relativ inefficient
37. CM. Tratamentul peritonitelor periodice („febră mediteraneeană familială”) include:
- A. Tratament medical
 - B. Antibiotice
 - C. Tratament chirurgical
 - D. Administrare de colchicină
 - E. Administrare de salazopirină
38. CS. În apărarea peritoneului rolul major este îndeplinit de:
- A. Limfocite
 - B. Citokine
 - C. Macrofage
 - D. Fibrinogen
 - E. Eozinofile
39. CM. Principiile tratamentului chirurgical expuse de Kirschner se referă la:
- A. Tratarea infecției reziduale
 - B. Reducerea contaminării
 - C. Antibioterapie

- D. Prevenirea recurențelor septice
 - E. Eliminarea sursei de contaminare
40. CM. Peritonitele granulomatoase apar în infecțiile cu următorii germeni:
- A. Mycobacterium
 - B. Actinomyces
 - C. Chlamydia
 - D. Strongiloides
 - E. Corinebacterium
41. CM. Printre mediatorii endotoxicozei inflamatorii în peritonita acută se numără:
- A. Factorul de necroză tumorală (TNF)
 - B. Interleukina 1
 - C. Interleukina 2
 - D. Interleukina 6
 - E. Interleukina 8
42. CM. În culturile exsudatului peritoneal (peritonitele secundare) cel mai frecvent sunt decelate:
- A. Flora bacteriană asociată
 - B. În monoinfecții – E. coli pe primul loc, Stafilococul – pe locul al doilea
 - C. Tendința înlocuirii florei gram-pozitive cu floră gram-negativă
 - D. Creșterea importanței florei saprofite și condiționat-patogene (infecție anaerobă nonclostridiană)
 - E. Totdeauna predomină infecția cu clostridii anaerobe
43. CS. Peritonitele specifice sunt determinate de:
- A. Micoze
 - B. Tuberculoză
 - C. Gonococ
 - D. Toate cele enumerate mai sus
 - E. Niciun răspuns nu este corect
44. CM. Componentele cercului vicios în endotoxicoza din peritonite sunt:
- A. Sursa intoxicației (cavitatea abdominală, proces inflamator purulent, intestin patologic schimbat)

- B. Bacteriile și toxinele acestora circulante în sânge, produși de degradare proteică și efectele acestora asupra celulelor și țesuturilor
 - C. Activarea sistemelor enzimatică și acumularea produșilor biologici activi în sânge
 - D. Formarea produșilor toxici secundari în urma activării proceselor catabolice și inactivarea oxidării lipidelor
 - E. Insuficiența hepatică acută
45. CS. În funcție de evoluție peritonitele sunt:
- A. Acută, subacută și cronică
 - B. Acută, recidivantă și asimptomatică
 - C. Acută, tranzitorie și subacută
 - D. Subacută și cronică
 - E. Numai acută
46. CS. Evoluția cronică este tipică pentru:
- A. Peritonita purulentă
 - B. Peritonita bilioasă
 - C. Peritonita tuberculoasă
 - D. Peritonita stercorală
 - E. Peritonita enzimatică
47. CM. Clasificarea etiopatogenică a peritonitelor (clasificarea Hamburg 1989) cuprinde următoarele categorii:
- A. Peritonite primare
 - B. Peritonite secundare
 - C. Peritonite acute difuze
 - D. Peritonite terțiare
 - E. Abcese intraabdominale
48. CM. Caracterele contracturii musculare într-o peritonită sunt:
- A. Apare numai la palparea profundă
 - B. Este dureroasă
 - C. Este permanentă
 - D. Este învincibilă
 - E. Poate fi învinsă prin distragerea atenției pacientului
49. CS. Peritonită primară este:
- A. Peritonita după perforarea unui organ cavităar abdominal

- B. Peritonita după plăgi abdominale penetrante
 - C. Peritonita după infecția limfo- și hematogenă a cavității abdominale
 - D. Peritonita din ocluzia intestinală
 - E. Pelvioperitonita gonococică
50. CS. Peritonită secundară este:
- A. Peritonita după perforarea unui organ cavitătar
 - B. Peritonita după plăgi penetrante abdominale
 - C. Peritonita enzimatică
 - D. Pelvioperitonita din sarcina extrauterină ruptă
 - E. Toate cele enumerate mai sus
51. CS. Clinic peritonita înregistrează următoarele faze (stadii):
- A. Reactivă, toxică, terminală
 - B. Latentă, de intoxicare, reconvalescență
 - C. Acută, subacută, cronică
 - D. Prodromală, acută, terminală
 - E. Acută, cronică
52. CS. Faza (stadiul) de șoc în peritonite durează în medie:
- A. 1-3 ore
 - B. Până la 24 de ore
 - C. 24-48 de ore
 - D. Mai mult de 2 zile
 - E. De la câteva zile până la o săptămână
53. CS. Sunt caracteristice fazei (stadiului) de debut al peritonitelor toate cele expuse mai jos, exceptând:
- A. Durerea abdomenului pelvin la examinarea per rectum
 - B. Tahicardia
 - C. Dereglările hidro-saline severe
 - D. Con tracția mușchilor abdominali
 - E. Tendința la leucocitoză
54. CS. Faza (stadiul) toxică în peritonite durează în medie:
- A. Până la 72 de ore
 - B. Până la 24 de ore
 - C. Până la 12 ore

- D. Până la 6 ore
 - E. Mai puțin de 6 ore
55. CS. Faza terminală a peritonitelor începe:
- A. După 24 de ore de la debutul durerii
 - B. După 72 de ore de la debutul durerii
 - C. După o săptămână de la debutul durerii
 - D. După o lună de la debutul durerii
 - E. Nu există răspunsuri corecte
56. CM. Etapele evoluției clinice a peritonitelor biliare sunt:
- A. Faza inițială de șoc, de scurtă durată
 - B. Faza latentă sau „de bine fals”
 - C. Faza de insuficiență hepato-renală și de ocluzie paralică, cu accentuarea simptomelor locale și generale
 - D. Faza complicațiilor infecțioase ireversibile, insuficienței hepato-renale și cardiorespiratorii progresive
 - E. Faza septicopiemică
57. CM. Enumerați formele clinice ale peritonitelor biliare:
- A. Peritonită biliară perforativă
 - B. Peritonită biliară prin exsudare
 - C. Peritonită biliară anaerobă
 - D. Peritonită biliară posttraumatică
 - E. Toate cele enumerate mai sus
58. CM. Gravitatea evoluției peritonitelor depinde de:
- A. Greutatea corpului pacientului
 - B. Caracterul microflorei
 - C. Gradul de intoxicație
 - D. Hipovolemie
 - E. Gradul dezechilibrului proteic, electrolitic și acido-bazic
59. CS. Despre drenajul cavității abdominale în peritonite se pot afirma următoarele, exceptând:
- A. Tubul de dren inhibă capacitatea funcțională de apărare a peritoneului
 - B. După 48 de ore se formează tracturi fibroase care obstruează
 - C. Poate apărea erodarea intestinului în contact cu tubul de dren

- D. La copii cu apendicită acută tubul de dren este obligatoriu
E. Tubul de dren constituie o cale de contaminare din exterior
60. CM. Privind explorările de laborator în peritonitele acute difuze, se pot afirma următoarele:
- A. Este prezentă leucocitoza cu deviere spre dreapta
 - B. Tomografia computerizată nu se practică în mod curent
 - C. Echografia poate oferi date asupra etiologiei peritonitei
 - D. Puncția și lavajul cavității peritoneale sunt contraindicate
 - E. Radiografia abdominală pe gol arată ștergerea umbrei psoasului
61. CM. Hemoleucograma, într-o peritonită acută, poate evidenția:
- A. Valori aproape normale
 - B. Hiperleucocitoză, cu devierea spre stânga a formulei leucocitare
 - C. Leucopenie
 - D. Totdeauna hiperleucocitoză datorită sindromului septic sever din peritonitele acute
 - E. Mai frecvent leucopenie
62. CM. Care dintre următoarele afirmații referitoare la abcesele intraabdominale sunt adevărate?
- A. Se clasifică în abcese intraperitoneale, retroperitoneale și viscerale
 - B. Sunt, în general, monomicrobiene
 - C. Mai frecvent survin secundar posttraumatic, postoperator sau după un proces patologic local
 - D. Pot surveni independent de orice leziune viscerală sau locală
 - E. Pot fi unice sau multiple
63. CM. Examenul radiologic simplu al abdomenului, într-o peritonită acută difuză:
- A. Nu este util pentru diagnostic
 - B. Poate evidenția pneumoperitoneul interhepatodiafragmatic, care atestă, de regulă, o perforație de organ cavităar
 - C. Arată ștergerea umbrei psoasului
 - D. Poate evidenția nivele hidroaerice dispuse centroabdominal, în „cuiburi de rândunică“
 - E. Arată imagine de ansă opacă sau „ansă în doliu“, cel puțin la debut

64. CS. Iradierea durerii în umărul drept este determinată de:
- A. Edemul peretelui intestinal
 - B. Prezența unui abces interintestinal
 - C. Prezența aerului liber sau revărsat sub hemidiafragmul drept
 - D. Hemidiafragmul drept sus situat (elevat)
 - E. Insuficiența respiratorie
65. CS. Semnele radiologice de abces subdiafragmatic includ, exceptând:
- A. Semnul Courvoizier
 - B. Opacitatea situată între ficat și diafragm cu nivel orizontal de lichid
 - C. Diafragmul sus situat (elevat)
 - D. Excursia limitată a hemidiafragmului drept
 - E. Pleurezia pe dreapta concomitentă
66. CS. Semnul Spijarski include:
- A. Iradierea ralurilor respiratorii și cardiace în abdomen
 - B. Absența peristaltismului abdominal
 - C. Absența matității hepatice la percuție
 - D. Durere la palpare periombilicală
 - E. Iradierea durerii în umărul drept în peritonită
67. CS. Caracteristice fazei (stadiului) terminale a peritonitelor sunt:
- A. Diminuarea sindromului algic
 - B. Accentuarea durerii
 - C. Bradicardia
 - D. Diareea și micțiunile frecvente
 - E. Hiperperistaltismul
68. CS. Semnul „hopa-mitică” este caracteristic pentru:
- A. Peritonita postapendicectomie
 - B. Peritonita enzimatică
 - C. Ruptura de splină
 - D. Toate cele enumerate mai sus
 - E. Niciunul de mai sus
69. CS. Peritonita la copii este caracterizată de:
- A. Predominarea simptomelor generale asupra celor locale
 - B. Durere locală accentuată
 - C. Hipotermie

- D. Absența modificărilor majore în hemogramă
 - E. Evoluție subacută
70. CS. Peritonita la persoane în vârstă este caracterizată de:
- A. Predominarea simptomelor locale asupra celor generale
 - B. Normo- și bradicardie
 - C. Hipertermie bruscă
 - D. Evoluție fulminantă
 - E. Toate cele enumerate mai sus
71. CS. Pregătirea preoperatorie în peritonite include acțiunile enumerate mai jos, exceptând:
- A. Perfuziile cu lichide și electroliți
 - B. Oxigenoterapia
 - C. Administrarea beta-adrenomimeticelor
 - D. Administrarea antibioticelor
 - E. Intubația nazogastrică
72. CM. În continuare enumerăm anumite investigații necesare înainte de operație. Care indice permite dozarea infuziilor intravenoase?
- A. Datele clinice: irigarea cu sânge a membrelor, timpul de umplere a capilarelor, culoarea tegumentelor
 - B. Pulsul, TA, PVC, volumul sângelui circulant
 - C. Diureza
 - D. Hematiile, hemoglobina, electroliții plasmei, echilibrul acido-bazic
 - E. Răspunsuri eronate
73. CM. Abținerea de la laparotomie prin incizie mediană în peritonite poate fi justificată:
- A. În prezența unei cicatrice după o laparotomie mediană
 - B. La copii de vârstă sub 1 an
 - C. La senescenți
 - D. În peritonitele localizate
 - E. Răspunsuri eronate
74. CS. Înlăturarea sursei de infecție constituie obiectivul major al operației. Schematizăm în continuare câteva dintre procedeele de rutină, acceptabile sub acest raport. Care dintre acestea este preferabil?
- A. Suturarea

- B. Rezecția
 - C. Exereza
 - D. Exteriorizarea
 - E. Niciunul dintre ele
75. CS. Dintre metodele recomandabile pentru combaterea septicității în cavitatea peritoneală după lichidarea sursei de peritonită este discutabilă:
- A. Decolarea minuțioasă a depozitelor de fibrină de pe peritoneul visceral și parietal
 - B. Lavajul abundent al cavității peritoneale
 - C. Administrarea antibioticelor
 - D. Tratarea peritoneului cu ultrasunete
 - E. Iradierea laser
76. CS. Ca indicație de tratare deschisă a peritonitei servesc toate situațiile de mai jos, exceptând:
- A. Vârsta de peste 50 de ani
 - B. Formele neglijate
 - C. Sursele septice imposibile de asanat
 - D. Ischemia anselor intestinale
 - E. Cazurile, în care nu este exclusă o intervenție iterativă
77. CS. Dacă pe parcursul laparotomiei se apreciază, că lichidarea cauzei peritonitei și lavajul cavității peritoneale nu sunt suficiente pentru a asigura controlul asupra evoluției ulterioare a afecțiunii, în perioada postoperatorie măsurile energice de combatere a infecției sunt obligatorii. Dintre acestea este preferabilă:
- A. Administrarea topică a antibioticelor
 - B. Drenajul cavității abdominale cu aspirație continuă
 - C. Dializa peritoneală
 - D. Relaparotomia
 - E. Abdomenul deschis
78. CS. Una dintre afirmațiile privind avantajele tratamentului deschis al peritonitei este eronată. Anume care?
- A. Se suprimă hipertensiunea intraabdominală
 - B. Lichidarea focarelor septice din cavitatea peritoneală este mai eficientă

- C. Complicațiile se depistează oportun
 - D. Se poate adopta o tactică curativă flexibilă
 - E. Virtualitatea formării herniilor ventrale este mai mică
79. CS. Dintre obiectivele terapiei de rehidratare postoperatorie este prioritar:
- A. Dezintoxicarea
 - B. Stabilizarea hemodinamicii
 - C. Reechilibrarea hidrică, electrolică și acido-bazică
 - D. Reechilibrarea proteică și energetică
 - E. Întărirea forțelor de protecție a organismului
80. CM. Elecția antibioticelor până la identificarea agenților patogeni se bazează pe:
- A. Presupuneri privind spectrul verosimil al microorganismelor
 - B. Datele despre nivelul de concentrație a preparatului în focarul de infecție
 - C. Rezultatele observărilor asupra fenomenelor adverse ale antibioticelor
 - D. Datele care caracterizează evoluția bolii
 - E. Răspunsuri eronate
81. CS. Administrarea topică a antibioticelor în peritonită nu este recomandabilă. Ce argumente sub acest raport par mai convingătoare?
- A. Antibioticele pot modifica tabloul clinic
 - B. Stimulează procesul aderențial
 - C. Favorizează producerea plastronului
 - D. Concentrația uniformă a preparatului în focarul infecției nu poate fi asigurată
 - E. Răspunsuri eronate
82. CM. Care dintre procedeele enumerate mai jos este recomandabil pentru combaterea ocluziei paralizice a intestinului?
- A. Aspirația gastrică
 - B. Reechilibrarea hidro-electrolitică
 - C. Administrarea inhibitorilor colinesterazei
 - D. Anestezia peridurală
 - E. Răspunsuri eronate

83. CM. Pentru echilibrarea hemodinamicii în depresia funcției contractile a miocardului și în insuficiența circulatorie se administrează:
- A. Perfuzii de soluții electrolitice și coloidale
 - B. Dopamină /dobutamină/
 - C. Glucozizi cardiaci
 - D. Antagoniști ai calciului
 - E. Răspunsuri eronate
84. CM. Care dintre situațiile enumerate impun ventilația artificială a plămânilor?
- A. Eșecul oxigenoterapiei
 - B. Stopul respiratoriu sau respirația patologică în diverse variante
 - C. Semne de insuficiență a altor organe
 - D. Valori $\text{PaO}_2 < 60$ mm Hg
 - E. Răspunsuri eronate
85. CM. În sindromul de insuficiență respiratorie a adultului se observă modificări:
- A. De ventilație pulmonară
 - B. De complianță și capacitate vitală a plămânilor
 - C. Ale spațiului alveolar mort
 - D. De Pa O_2
 - E. Răspunsuri eronate
86. CS. Despre evoluția unei insuficiențe renale pe fundal de peritonită putem obține informații mai autentice urmărind:
- A. Diureza
 - B. Nivelul sangvin al ureei și creatininei
 - C. Nivelul potasemiei
 - D. Indicii echilibrului acido-bazic
 - E. Coraportul de osmolaritate urină/plasmă
87. CM. Dintre metodele de dezintoxicare în peritonite sunt preferabile:
- A. Hemosorbția
 - B. Plasmosorbția
 - C. Plasmafereza
 - D. Limfosorbția
 - E. Enterosorbția

88. CS. Corectarea deficitului imun, ce însoțește peritonita, se efectuează cu rezultate mai bune prin:
- A. Măsuri de combatere a septicității intraabdominale
 - B. Transfuzii de masă leucocitară
 - C. Iradiere ultravioletă a sângelui
 - D. Dezintoxicare
 - E. Administrare de imunomodulatori
89. CS. Care dintre situațiile enumerate mai jos servesc ca indicație pentru laparotomia de urgență:
- A. Fuzionarea masei baritate în cavitatea peritoneală cu ocazia unui examen radiologic
 - B. Peritonita tuberculoasă
 - C. Peritonita candidozică
 - D. Peritonita granulomatoasă iatrogenă
 - E. Nimic din cele enumerate
90. CS. Peritonitele aseptice se produc secundar fuzionării în cavitatea abdominală a oricărui agent din cei enumerați mai jos, exceptând:
- A. Bila
 - B. Sucul gastric
 - C. Sângele
 - D. Sucul pancreatic
 - E. Urina
91. CS. Intervenția chirurgicală în peritonitele aseptice:
- A. Este contraindicată
 - B. Nu are sens, dacă intensitatea manifestărilor locoregionale s-a atenuat după perioada de debut a peritonitei
 - C. Este necesară, dacă sursa de peritonită se află în raport cu tractul gastrointestinal
 - D. Se practică doar în caz de infecție secundară coasociată
 - E. Este obligatorie în orice caz
92. CS. Tratamentul conservator în peritonite este permis în:
- A. Perforarea de organ cavitărilor abdominală
 - B. Apendicita flegmonoasă
 - C. Pelvioperitonita gonococică

- D. Abces al fundului de sac Douglas
 - E. Toate de mai sus
93. CS. Metoda de elecție în tratamentul abcesului subdiafragmatic este:
- A. Tratament conservator
 - B. Deschidere extraperitoneală și drenare
 - C. Laparotomie, deschiderea și tamponarea cavității
 - D. Puncție cu ac gros sub control ecografic
 - E. Toate cele enumerate mai sus
94. CS. În pelvioperitonită sunt utilizate următoarele tipuri de aborduri chirurgicale:
- A. Laparotomie mediană subombilicală
 - B. Abord transrectal
 - C. Laparotomie mediană supraombilicală
 - D. Incizie Pfeinenshtiel
 - E. Toate cele enumerate mai sus
95. CM. Tehnica drenajului transcutanat în abcesele intraabdominale cuprinde următoarele etape:
- A. Precizarea localizării abcesului, utilizând examenul radiologic, ecografic, tomografic
 - B. Puncție cu ac subțire, având pe interior un cateter de tiflon, sub control ecografic, tomografic
 - C. Puncție cu ajutorul trocarului și drenare cu cateter de silicon
 - D. Determinarea dimensiunilor și formei cavității cu substanță de contrast, folosind cateterul montat
 - E. Montarea unui sistem de lavaj adecvat al cavității abcesului
96. CS. Lavajul cavității abdominale este contraindicat în:
- A. Peritonita difuză fibrino-purulentă
 - B. Peritonita stercorală
 - C. Peritonita din ruptura traumatică a intestinului subțire
 - D. Peritonita din perforația ulcerului gastric
 - E. Peritonita locală din apendicita flegmonoasă
97. CS. Exsudatul hemoragic se întâlnește în următoarele cazuri, excepționând:
- A. Peritonita tuberculoasă

- B. Sarcina extrauterină întreruptă
 - C. Tromboza mezenterială
 - D. Pancreatita acută
 - E. Pediculul de ovar torsionat
98. CM. Peritonita terțiară evoluează:
- A. Fără manifestări clinice pronunțate
 - B. Cu scăderea imunității organismului
 - C. Cu predominarea microflorei polirezistente oportuniste, micozelor
 - D. Coincide cu debutul manifestării insuficienței poliorganice
 - E. Cu prezența acumulărilor sero-fibrinoase, fibrino-purulente
99. CS. Tamponarea locală a cavității abdominale în peritonită este indicată în:
- A. Imposibilitatea înlăturării complete a țesuturilor necrotice și sursei peritonitei
 - B. Riscul de dezvoltare a hemoragiei erozive
 - C. Hemostaza insuficientă
 - D. Toate cele enumerate mai sus
 - E. Niciunul de mai sus
100. CM. Indicații absolute pentru decompresia intestinului subțire în peritonita difuză sunt:
- A. Paralizia intestinului cu creșterea permeabilității și un diametru de peste 5 cm
 - B. Peritonita difuză fibrinopulentă și purulentă în faza toxică de evoluție
 - C. Aderențele extinse ale cavității abdominale
 - D. Leziunile multiple ale intestinului subțire și organelor parenchimatose, intervenții de închidere a fistulelor
 - E. Peritonita cu flegmon extins retroperitoneal
101. CM. Efectele principale obținute prin drenarea intestinului subțire sunt:
- A. Decompresie
 - B. Decompresie-dezintoxicare
 - C. Profilactică
 - D. De carcasă
 - E. Îmbunătățește funcția sistemului cardiovascular

102. CS. În diagnosticul diferențial al peritonitelor se utilizează:
- A. Colonoscopia de urgență
 - B. Examenul radiologic cu tranzit baritat
 - C. Celiacografia
 - D. Laparoscopia
 - E. Toate cele enumerate mai sus
103. CS. În tratamentul peritonitelor difuze eficiență maximă are:
- A. Asocierile de antibiotice cu preparate de metronidazol
 - B. Utilizarea timp îndelungat de antibiotice cu spectru larg
 - C. Utilizarea locală de preparate semisintetice din clasa penicilinelor
 - D. Utilizarea locală de cefalosporine
 - E. Utilizarea locală de preparate sulfanilamidice
104. CS. În decompresia tractului gastrointestinal în peritonite, eficiență maximă are:
- A. Introducerea de Sol. Novocaină 0,25% în rădăcina mezoului
 - B. Utilizarea de preparate anticolinesterazice
 - C. Intubarea nazointestinală
 - D. Jejunostomia
 - E. Enterosorbția
105. CS. În ocluzia intestinală semne de dezvoltare a peritonitei sunt:
- A. Edemul peritoneului parietal și visceral
 - B. Apariția exsudatului
 - C. Depunerile de fibrină pe seroasa intestinală și peritoneu
 - D. Balonarea anselor intestinale
 - E. Diafragma sus situat
106. CM. Intervenția chirurgicală este gestul esențial în tratamentul peritonitelor difuze și include următoarele etape:
- A. Calea de abord corectă
 - B. Explorarea cavității peritoneale și eliminarea sursei de contaminare
 - C. Sanarea și drenarea cavității peritoneale
 - D. Decompresia adecvată nazointestinală intraoperatorie
 - E. Laparorafie

107. CM. Restabilirea peristaltismului intestinal în perioada imediat post-operatorie include:
- A. Perfuzie intravenoasă cu soluție Labori
 - B. Electrostimulare externă a tractului intestinal
 - C. Administrare de cerucal, prozerină, ubretid și clisme hipertonică repetate
 - D. Anestezie peridurală timp de 2-3 zile
 - E. Decompresie intestinală
108. CM. Indicații pentru utilizarea metodei relaparotomiilor programate sunt:
- A. Indicii clinico-paraclinici progresivi ai intoxicației endogene
 - B. Eventrația postoperatorie sau flegmon al peretelui abdominal anterior
 - C. Fistulele intestinale formate în plaga eventrată
 - D. Peritonita anaerobă
 - E. Imposibilitatea eradicării sursei de peritonită în relaparotomie
109. CM. Metode de sanare prelungită a cavității abdominale în peritonitele difuze sunt:
- A. Lavajul peritoneal fracționat
 - B. Lavajul peritoneal aspirativ
 - C. Relaparotomiile programate
 - D. Laparostomia
 - E. Laparotomia și tamponarea sursei peritonitei
110. CM. În patogenia insuficienței multiple de organe din peritonita purulentă, insuficiența enterală se manifestă prin:
- A. Pareză intestinală
 - B. Deteriorarea funcției de absorbție și barieră a intestinului subțire
 - C. Dereglarea procesului de digestie
 - D. Translocație bacteriană intestinală
 - E. Nefropatie intestinală
111. CS. Trecerea peritonitei în faza (stadiul) a doua se însoțește de:
- A. Tahicardie progresiv crescătoare
 - B. Diminuarea intensității durerii
 - C. Diminuarea contracturii musculaturii abdominale
 - D. Oligurie
 - E. Toate cele enumerate mai sus

112. CS. Semne de peritonită terminală sunt:
- A. Adinamie
 - B. Facies hipocratic
 - C. Scăderea tensiunii arteriale
 - D. Tahicardie
 - E. Toate cele enumerate mai sus
113. CS. Normo- și bradicardia se întâlnește în peritonita de următoarea etiologie:
- A. Peritonita din ulcerul gastric perforat în stadiul de șoc
 - B. Peritonita din faza terminală a obstrucției intestinale
 - C. În pelvioperitonită
 - D. În peritonita tuberculoasă
 - E. Niciunul de mai sus
114. CS. Cea mai frecventă complicație în peritonite este:
- A. Eventrația
 - B. Formarea fistulelor intestinale
 - C. Tromboembolia arterei pulmonare
 - D. Formarea abceselor cavității abdominale
 - E. Pneumonia
115. CS. Convulsiile în peritonite sunt semn de:
- A. Hipersimpaticotonie a SNC
 - B. Afectare toxică a creierului
 - C. Afectare toxică a măduvei spinării
 - D. Deshidratare și dezechilibru electrolitic
 - E. Capilaro-toxicitate
116. CS. De bază în tratamentul peritonitelor este:
- A. Intervenția chirurgicală
 - B. Tratamentul de dezintoxicare
 - C. Antibioterapie rațională
 - D. Combaterea parezei intestinale
 - E. Blocajul novocainic al mezoului intestinului subțire
117. CS. Avantajele metodei de tratament deschis (laparostomă) în peritonite sunt:
- A. Posibilitatea evidențierii obiective și complete a procesului patologic în orice moment

- B. Depistarea la timp a complicațiilor
 - C. Controlul adecvat al eficacității tratamentului
 - D. Depășirea barierei psihologice
 - E. Toate cele enumerate mai sus
118. CM. Alegerea preparatelor și tacticii de administrare la pacienții cu peritonită se face separat în funcție de statusul funcțional al organismului, apreciat după punctajul următorului scor:
- A. SAPS
 - B. Monnheim
 - C. Apache III
 - D. Ranson
 - E. Toate cele enumerate mai sus
119. CM. Formele de evoluție atipică a peritonitei acute difuze sunt:
- A. Supraacută, fulminantă sau peritonită septicemică Mikulich
 - B. Formă astenică Broca, cu evoluție trenantă, tablou clinic șters
 - C. Peritonită tuberculoasă
 - D. Peritonită fibroblastică
 - E. Toate cele enumerate mai sus

KEY: ABDOMENUL ACUT. PERITONITELE

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

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Un pacient de 29 de ani a fost spitalizat după 3 zile de la debutul bolii într-o stare extrem de gravă. Pacientul este adinamic, abia intră în contact, nu poate raporta debutul și evoluția bolii. Aspectul general – facies suferind, poziție antalgică. Temperatura corpului – 39,2° C, TA – 80/40 mm Hg, frecvență respiratorie – 30 pe minut. Limba este uscată, acoperită cu un strat gri murdar. Abdomenul este destins și parțial mobil, dureros la palpare pe toată aria abdominală. Peristaltismul este absent. Sunt determinate simptomele iritării peritoneale. Tușeul rectal – sensibilitate dureroasă intensă la nivelul fundului de sac Douglas („țipătul Douglas-ului).

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examenul clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrieți rețeta medicamentului de bază – cefalosporine gen. IV, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Peritonită difuză

2. Un pacient de 32 de ani a fost spitalizat în stare de ebrietate. În urmă cu aproximativ 12 ore, el a fost bătut de persoane necunoscute. Stare generală de severitate moderată, inhibată. Temperatura corpului – 37,2°C, TA – 100/60 mm Hg, ritm respirator – 26/pe minut. Limba este uscată, acoperită cu un strat alb. Abdomenul este dureros la palpare pe toată aria abdominală. Se atestă contractură musculară generalizată și simptomele iritării peritoneale. Peristaltismul este absent, nu a urinat.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – prokinetice, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: Peritonită posttraumatică

3. Bolnav de 36 de ani s-a internat peste 4 ore de la apariția primelor simptome. Durerea a apărut brusc, având caracter violent în regiunea epigastrică. A fost un singur episod de vomă. Bolnavul se află singur în apartament și a reușit să cheme ambulanța peste 3 ore. La momentul curății bolnavul era în stare satisfăcătoare, acuza dureri în fosa iliacă dreaptă, unde se localizează o durere acută cu defans muscular, semnul Sciotkin-Blumberg – pozitiv. $T = 37,3^{\circ}\text{C}$, pulsul – 100 bătăi/min, $Le = 15 \cdot 10^3/l$. Semnul Rovzing – pozitiv. A fost pus diagnosticul de apendicită acută și bolnavul a fost luat la operație. În timpul intervenției s-a depistat o cantitate mare de lichid purulent cu bucăți de alimente nedigerate.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza simptomelor/semnelor/sindroamelor descrise în enunțul cazului.
3. Examen clinic/manevre suplimentare necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității acestuia.
4. Investigații de laborator necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.

5. Investigații instrumentale necesare pentru confirmarea diagnosticului cu argumentarea necesității efectuării fiecăreia dintre acestea.
6. Diagnosticul diferențial și argumentarea acestuia.
7. Diagnosticul definitiv și argumentarea acestuia.
8. Tactica curativă, tratamentul medicamentos și/sau chirurgical și argumentarea lui.
9. Prescrierea rețetei medicamentului de bază – Ringer Loc, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Ulcer duodenal perforat în cavitatea abdominală liberă*

TRAUMATISMUL ABDOMINAL

1. CS. Perforațiile organelor cavitare cu un obiect ascuțit prezintă pericol:
 - A. La senili
 - B. Când sunt acoperite cu fibrină
 - C. Când sunt localizate pe marginea antimezenterică a intestinului
 - D. În caz de pareză intestinală
 - E. De localizare epigastrală
2. CS. Durerile abdominale sunt caracteristice pentru:
 - A. Sindromul hemoragiei intraperitoneale
 - B. Sindromul iritației peritoneale
 - C. Ambele cazuri
 - D. Niciunul din cazuri
 - E. Ateroscleroza vaselor iliace
3. CS. Paloarea tegumentelor, respirația superficială accelerată, hipotonia, durerile abdominale sunt caracteristice pentru:
 - A. Sindromul hemoragiei intraperitoneale
 - B. Sindromul iritației peritoneale
 - C. Ambele cazuri
 - D. Niciunul din cazuri
 - E. Pneumonia bilaterală bazală
4. CS. Durerea provocată de tușeul rectal este caracteristică pentru:
 - A. Sindromul hemoragiei intraperitoneale
 - B. Sindromul iritației peritoneale
 - C. Ambele cazuri
 - D. Niciunul din cazuri
 - E. Sarcină
5. CS. Durerea provocată de palparea abdomenului, semnele de iritație peritoneală fără rigiditate musculară sunt caracteristice pentru:
 - A. Sindromul hemoragiei intraperitoneale
 - B. Sindromul iritației peritoneale
 - C. Ambele cazuri
 - D. Niciunul din cazuri
 - E. Sindromul colonului iritat

6. CM. Durerea provocată și apărarea musculară sunt minimale sau absente în:
 - A. Leziunile retroperitoneale ale duodenului
 - B. Leziunile retroperitoneale ale colonului
 - C. Leziunile pancreasului
 - D. Leziunile ileonului în proximitatea unghiului ileocecal
 - E. Colostaza cronică
7. CS. Simptomul Kulencampf este caracteristic pentru:
 - A. Leziunile veziculei biliare
 - B. Rupturile stomacului
 - C. Hematomul retroperitoneal
 - D. Hemoragia intraperitoneală
 - E. Abcesul posttraumatic abdominal
8. CM. Care sunt investigațiile prioritare în diagnosticul leziunilor organelor parenchimotoase?
 - A. Radiografia de ansamblu a abdomenului
 - B. Angiografia selectivă
 - C. Urografia intravenoasă
 - D. Tomografia computerizată
 - E. Rezonanța magnetică nucleară
9. CM. Examenul radiologic este indispensabil în diagnosticul leziunilor:
 - A. Organelor cavitare
 - B. Organelor parenchimotoase
 - C. Sistemului urogenital
 - D. Vaselor magistrale intraabdominale
 - E. Spațiului retroperitoneal
10. CS. În majoritatea traumelor cranio-cerebrale mortalitatea precoce este determinată de:
 - A. Embolia gazoasă
 - B. Embolia lipidică
 - C. Fracturile oaselor craniului
 - D. Hemoragia intracraniană cu compresiunea formațiunilor creierului
 - E. Malpraxis

11. CM. Un traumatizat a fost spitalizat la 25 de minute după un accident rutier, cu semne clinice de hemoragie internă. Care sunt metodele electiv de diagnostic în identificarea sursei hemoragiei?
 - A. Radiografia de ansamblu a toracelui
 - B. Radiografia pelviană
 - C. Puncția cu lavaj peritoneal
 - D. Aortografia
 - E. Tomografia computerizată
12. CM. Metodele diagnostice neinvazive utile în contuziile abdominale sunt:
 - A. Radiografia de ansamblu a cavității abdominale
 - B. Pasajul masei baritate pe tractul digestiv
 - C. Scintigrafia tractului digestiv
 - D. Examenul ecografic al cavității abdominale
 - E. Tomografia computerizată
13. CS. În cazul traumatismului abdominal închis, preoperator se apelează la o serie de mijloace curative standarde, exceptând:
 - A. Cateterismul v.subclavia
 - B. Intubația nazogastrică și cateterizarea vezicii urinare
 - C. Radiografia toracelui și urografia intravenoasă
 - D. Analiza generală a sângelui și urinei
 - E. Vitaminoterapia
14. CS. Complicații mai puțin verosimile după operațiile pentru leziuni gastrice sunt:
 - A. Hemoragia
 - B. Etanșeitatea suturilor
 - C. Abcesul intraperitoneal
 - D. Tulburarea funcției evacuatorii a stomacului
 - E. Supurația plăgii postoperatorii
15. CS. Diagnosticul traumelor duodenale este dificil din cauza:
 - A. Reacției alcaline a conținutului intestinal
 - B. Microflorei intestinale reduse la acest nivel
 - C. Prezenței bilei în conținutul duodenal
 - D. Localizării topografice a leziunilor
 - E. Malrotației duodenale

16. CM. Care sunt semnele caracteristice pentru lezarea extraperitoneală a rectului?
- A. Hemoperitoneul
 - B. Rectoragia
 - C. Peritonita generalizată
 - D. Febra
 - E. Celulita pelviană
17. CS. Ce organ cavităar este mai frecvent afectat în traumatismele abdominale?
- A. Vezica urinară
 - B. Stomacul
 - C. Intestinul subțire
 - D. Colonul
 - E. Rectul
18. CS. Cea mai frecventă consecință a unei leziuni traumatice a pancreasului este:
- A. Hematomul retroperitoneal
 - B. Hemoperitoneul
 - C. Pancreatita acută
 - D. Pseudochistul pancreatic
 - E. Peritonita generalizată
19. CS. Lezarea arterei hipogastrice se tratează chirurgical prin:
- A. Sutără
 - B. Protezare
 - C. Compresiune
 - D. Plombare
 - E. Plăstie
20. CM. Lezarea splinei este posibilă în cursul intervențiilor chirurgicale pe următoarele organe:
- A. Pancreas
 - B. Ficat
 - C. Stomac
 - D. Colon
 - E. Esofag

21. CM. Splenectomia este indicată în următoarele cazuri:
 - A. Leziuni vasculare în hilul lienal
 - B. Hematom subcapsular minor
 - C. Rupturi multiple și profunde ale splinei
 - D. Ruptură până la 1 cm a parenchimului
 - E. Hemoragie continuă din splină
22. CS. Hematomul subcapsular al splinei poate evolua spre:
 - A. Resorbție
 - B. Hemoperitoneu
 - C. Ruptură capsulară
 - D. Pseudochist lienal
 - E. Toate răspunsurile sunt corecte
23. CS. Rezecția intestinului subțire este indicată în toate cazurile enumerate mai jos, exceptând:
 - A. Plăgile multiple învecinate
 - B. Plăgile longitudinale extinse
 - C. Contuziile de până la 1 cm lungime
 - D. Rupturile multiple cu necroza marginilor
 - E. Rupturile mezenterului cu tulburări circulatorii în peretele intestinal
24. CS. Ruptura pancreasului cu secționarea ductului Wirsung cel mai corect poate fi diagnosticată prin:
 - A. Scintigrafie
 - B. Ultrasonografie
 - C. Tomografie computerizată
 - D. Colangiopancreatografie retrogradă
 - E. Dozarea amilazei în urină
25. CS. În ce leziuni pancreatice cu secționarea ductului Wirsung este indicată rezecția distală a pancreasului?
 - A. Cefalice
 - B. Corporale
 - C. Corporo-caudale
 - D. Situate pe dreapta de vasele mezenterice superioare
 - E. Caudale

26. CM. În diagnosticul rupturilor retroperitoneale ale duodenului sunt utile următoarele metode:
- A. Dozarea amilazei în serul sangvin
 - B. Radiografia abdominală pe gol
 - C. Radiografia cu substanțe de contrast hidrosolubile
 - D. Puncția cu lavaj peritoneal
 - E. Laparoscopia diagnostică
27. CM. În cazul leziunilor colonului este obligatorie revizia:
- A. Ficatului
 - B. Splinei
 - C. Duodenului
 - D. Vaselor de calibru
 - E. Pancreasului
28. CS. În leziunile duodenului mai frecvent se apelează la:
- A. Revivarea marginilor plăgii și închiderea defectului cu suturi în 2 planuri
 - B. Repararea defectului duodenal, închiderea pilorului cu suturi manuale sau mecanice, gastroenteroanastomoză
 - C. Rezeecția duodenului cu anastomoză termino-terminală
 - D. Rezeecția duodenului cu închiderea ambelor capete, gastroenteroanastomoză
 - E. Rezeecția duodenului cu închiderea capătului periferic, duodeno-jejunostomie
29. CS. Cea mai frecventă complicație după intervențiile chirurgicale pentru traumatisme duodenale este:
- A. Pancreatita acută
 - B. Abcesul intraabdominal
 - C. Peritonita difuză
 - D. Fistula duodenală
 - E. Ocluzia intestinală
30. CS. Care dintre următoarele măsuri curative după operațiile pe duoden previne în mare măsură formarea fistulei duodenale?
- A. Reechilibrarea hidro-electrolitică
 - B. Decompresia intestinului
 - C. Drenajul cavității abdominale

- D. Antibioterapia
E. Nutriția parenterală
31. CS. Rezecția intestinului subțire este indicată în toate cazurile enumerate mai jos, exceptând:
- A. Contuzia de până la 1 cm în diametru
B. Plăgile multiple învecinate
C. Plăgile produse de gloanțe
D. Plăgile longitudinale extinse
E. Rupturile mezenterului cu tulburări de circulație în peretele intestinal
32. CS. În cazul leziunilor intestinului subțire indicație pentru aplicarea enterostomei servesc:
- A. Plăgile produse de schije
B. Rupturile produse de contuziile abdominale
C. Plăgile asociate ale intestinului și căilor biliare extrahepatice
D. Dezinsertia mezoului pe o lungime mai mare de 10 cm
E. Leziunile în condiții de peritonită
33. CM. Principiile obligatorii de conduită a bolnavilor după operațiile pentru leziuni traumatice ale intestinului subțire sunt:
- A. Decompresia nazogastrică
B. Ventilația asistată îndelungată
C. Antibioterapia complexă
D. Nutriția parenterală
E. Reechilibrarea hidro-electrolitică
34. CS. Dintre toate leziunile colonului enumerate mai jos, care nu necesită montarea colostomei de decompresie?
- A. Leziunile cu distrucție tisulară limitată și contaminare minimală a peritoneului
B. Plăgile produse prin armă de foc și proiectile superaccelerate
C. Plăgile multiple ale hemicolonului drept
D. Plăgile învechite, cu termen depășit
E. Plăgile colonului, asociate cu alte leziuni abdominale
35. CS. Pentru prevenirea complicațiilor postoperatorii septică în traumatismele rectului cea mai efectivă măsură curativă este:
- A. Colostoma proximală

- B. Lavajul endoluminal al rectului
 - C. Drenajul spațiului retrorectal
 - D. Asanarea și drenarea cavității abdominale
 - E. Antibioterapie complexă
36. CS. Complicația cea mai serioasă a rupturii subcapsulare a splinei o constituie:
- A. Compresiunea organelor adiacente
 - B. Abcedarea hematomului subcapsular al splinei
 - C. Hemoragia întârziată cu hemoperitoneu (ruptură în 2 timpi a splinei)
 - D. Tromboza venei lienale
 - E. Formarea chistului intrasplenic
37. CS. Indicația principală pentru splenectomie este:
- A. Caracterul și gradul de lezare a splinei
 - B. Prezența leziunilor asociate pluriviscerale
 - C. Gradul de contaminare a peritoneului
 - D. Vechimea traumatismului
 - E. Vârsta bolnavului
38. CS. Complicația tardivă cea mai gravă după splenectomie o constituie:
- A. Splenoza
 - B. Imunodeficiența
 - C. Disfuncția sistemului reticuloendotelial
 - D. Reducerea posibilității de mobilizare a sângelui depozitat
 - E. Complicațiile infecțioase postsplenectomice
39. CS. În traumatismele ficatului cea mai relevantă investigație diagnostică o constituie:
- A. Echografia abdominală
 - B. Tomodensitometria
 - C. Angiografia
 - D. Laparocenteza
 - E. Puncția cu lavaj peritoneal
40. CS. Tactica corectă în cazul laparotomiei pentru hematom hepatic subcapsular fără ruptura parenchimului este:
- A. Puncția și evacuarea hematomului

- B. Incizia capsulei și evacuarea hematomului
 - C. Evacuarea hematomului și diatermocoagularea zonei de distrucție hepatică
 - D. Drenajul cavității peritoneale
 - E. Abținerea de la orice manevre și închiderea cavității abdominale
41. CS. Tactica corectă în cazul hematomului hepatic central este:
- A. Observarea dinamică
 - B. Deschiderea și evacuarea hematomului
 - C. Ligaturarea arterei hepatice
 - D. Evacuarea prin puncție a hematomului
 - E. Drenajul cavității peritoneale
42. CS. Cea mai frecventă complicație după operațiile pentru traumatisme hepatice o constituie:
- A. Insuficiența hepatică
 - B. Hemoragia intraabdominală
 - C. Abcesul intraperitoneal
 - D. Hemobilia
 - E. Fistula biliară
43. CS. Metoda de elecție în tratamentul leziunilor traumatice ale veziculei biliare este:
- A. Suturarea defectului veziculei biliare
 - B. Colectostomia
 - C. Colectectomia
 - D. Colectojejunostomia
 - E. Colectogastrostomia
44. CM. Care sunt manifestările principale în primele ore după traumatismul închis al căilor biliare cu peritonită biliară?
- A. Sindrom dolo­r violent
 - B. Stare de șoc tranzitoriu
 - C. Semne peritoneale pozitive
 - D. Icter
 - E. Lipotimie
45. CM. Semnele intraoperatorii caracteristice pentru traumatismul pancreasului sunt:
- A. Hematoamele retroperitoneale cu sediu în etajul supravezicolic

- B. Hematomul peripancreatic
 - C. Focarele împăstare în pancreas
 - D. Revărsatul hemoragic în abdomen cu enzime pancreatice
 - E. Revărsatul sero-hemoragic în abdomen cu enzime pancreatice
46. CM. Tactica chirurgicală în cazul traumatismelor pancreatice cu rupturi capsulare și parenchimotoase fără interesarea ductului Wirsung include următoarele elemente:
- A. Prelucrarea chirurgicală primară a plăgii
 - B. Hemostaza minuțioasă
 - C. Pancreatorafia
 - D. Decompresia căilor biliare
 - E. Drenajul cavității abdominale
47. CM. Dintre ramurile trunchiului celiac pot fi ligaturate fără consecințe serioase următoarele artere:
- A. Artera lienală
 - B. Artera gastrică stângă
 - C. Artera hepatică comună
 - D. Niciuna dintre ele
 - E. Artera hepatică dextra
48. CS. În cazul suspjecției de lezare traumatică a vaselor renale explorarea diagnostică va începe cu:
- A. Urografia excretorie intravenoasă
 - B. Aortografia
 - C. Tomografia computerizată
 - D. Renografia radioizotopică
 - E. Rezonanța magnetică nucleară
49. CM. În leziunile traumatice ale vaselor renale decizia de a recurge la reconstrucție vasculară sau nefrectomie va fi determinată de următoarele deziderate:
- A. Starea generală a bolnavului și gravitatea leziunilor asociate
 - B. Gradul de lezare a vaselor renale, parenchimului renal, ureterelor
 - C. Rezultatele testărilor funcționale ale rinichiului contralateral
 - D. Durata perioadei ischemice a rinichiului afectat
 - E. Toate cazurile enumerate

50. CM. Sindromul de hemoragie internă intra- și retroperitoneală poate fi cauzat de lezarea:
- Unui organ parenchimos
 - Intestinului subțire
 - Intestinului gros
 - Mezoului
 - Vaselor magistrale intraabdominale

KEY: TRAUMATISMUL ABDOMINAL

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

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Un pacient de 39 de ani se internează în mod urgent pentru o contuzie prin lovitură directă la baza hemitoracelui stâng. La prezentare, la 4 ore de la accident, se determină: stare generală relativ stabilă, paloare tegumentară, durere la inspirație cu iradiere supraclaviculară, sensibilitate la palpare și apărare musculară în hipocondrul stâng, împăstare mată perisplenică, TA – 100/65mm Hg cu tendință de scădere, în ortostatism, puls – 102 bătăi/min, Er. – 3,1, Hg – 114g/l, Le – 12,6, Ht – 33%. Radiografia abdominală – opacitate în hipocondrul stâng și diafragma ridicat, puțin mobil.

- Formulați diagnosticul prezumtiv.
- Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
- Efectuați diagnosticul diferențial.
- Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
- Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
- Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
- Formulați diagnosticul definitiv.

8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Etamzilat, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Traumatism splenic*

2. Un pacient a fost internat în mod urgent, după accident rutier; prezintă slăbiciune generală pronunțată, instabilitate în ortostatism, dureri abdominale difuze, xerostomie.

Obiectiv: tegumente palide, reci, transpirate. Tahipnee. TA – 75/40 mmHg. Pulsul – 110 băt./min. Limba uscată. Abdomen dolor difuz. Semne peritoneale pozitive. Diureza la moment absentă.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Dexametazonă, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Politraumatism. Traumatism abdominal închis. Hemoragie intraabdominală*

TRAUMATISMUL TORACIC

1. CS. Ce semne putem găsi în cazul compresiunii toracelui între două tampoane sau între un vehicul și un zid?
 - A. Revărsare punctiformă de sânge sub piele – „masca echimotică”
 - B. Oligurie, anurie
 - C. Creșterea tensiunii arteriale, bradicardie
 - D. Hemoragii conjunctivale, tulburări de vedere
 - E. Murmur vezicular absent
2. CS. Ce se înțelege prin volet costal?
 - A. Fractura mai multor coaste
 - B. Fractura în două sau mai multe puncte distanțate între ele, a mai multor coaste succesive și formarea unui platou, care pierde legătura cu restul grilajului costal
 - C. Formarea unui platou intim legat de restul grilajului costal
 - D. Traumatism toracic însoțit de insuficiență respiratorie acută
 - E. Este o formă de pneumotorace
3. CS. Cauza respirației paradoxale poate fi:
 - A. Suferința centrilor respiratori superiori
 - B. Paralizia mușchilor respiratori
 - C. Voletul costal
 - D. Rarefierea aerului atmosferic
 - E. Scăderea debitului cardiac
4. CM. Respirația paradoxală se manifestă prin:
 - A. Respirație neregulată și îngreunată din cauza voletului costal
 - B. În timpul inspirului voletul costal este atras în interior, colabând plămânul
 - C. Inspirație – pauză, expirație – pauză
 - D. În expir voletul e împins în afară de presiunea pozitivă
 - E. Parenchimul pulmonar subiacent voletului este hipoventilat
5. CS. Ce acțiuni de urgență se întreprind în caz de pneumotorax deschis?
 - A. Transportarea accidentatului la spital
 - B. Obturația plăgii toracice parietale printr-un pansament ocluziv

- C. Oxigenoterapie
 - D. Respirație artificială
 - E. Aspirație pleurală
6. CM. Care dintre fenomenele de mai jos le întâlnim într-un hemotorax masiv?
- A. Paloarea tegumentelor și mucoaselor
 - B. Dispnee intensă, cianoză marcată
 - C. Hipersonoritate pulmonară, suflu pleural
 - D. Matitate, dispariția murmurului vezicular
 - E. Bradicardie
7. CM. Tratatamentul hemotoraxului masiv include:
- A. Transfuzie masivă de sânge
 - B. Pleurotomie cu drenaj aspirativ
 - C. Respirație artificială și reechilibrare volemică
 - D. Toracotomie și realizarea hemostazei chirurgicale
 - E. Simplă observație
8. CM. Tratatamentul voletului costal în spital constă în:
- A. Pansament compresiv, împiedicând respirația paradoxală
 - B. Osteosinteză
 - C. Tracțiuni ale voletului spre poziția normală a coastelor, cu ajutorul diverselor aparate
 - D. Susținând respirația și circulația, urmărind bolnavul, voletul se va vindeca prin producerea de calus osos al tuturor coastelor fracturate
 - E. Toracostomie cu un tub de dren
9. CS. Care este conduita terapeutică în cazul traumatismelor toracice închise, când avem dubii privind leziunea unor organe parenchima-toase intraabdominale?
- A. Ținem bolnavul sub observație
 - B. Combatem durerea administrând morfină, mialgin
 - C. Efectuăm intervenție chirurgicală exploratorie
 - D. Aspirație gastrică
 - E. Laparocenteză, laparoscopie
10. CM. Hemotoraxul:
- A. Este decelabil radiologic doar dacă depășește 500 ml

- B. Se caracterizează prin sindromul de compresiune pleuropulmonară
 - C. Se diagnostichează clinic prin hipersonoritate toracică la percuție
 - D. Se tratează prin toracotomie de urgență dacă depășește 100 ml
 - E. Reprezintă acumularea de sânge în cavitatea toracică
11. CM. Fracturile costale:
- A. Pot fi produse prin mecanism direct care determină hiperextensia coastei
 - B. Apar cel mai des la copii
 - C. Pot fi unice sau multiple
 - D. Pot fi produse prin mecanism indirect care determină hiperextensia coastei
 - E. Pot fi produse prin mecanism direct care determină hiperflexia coastei
12. CM. Caracteristic pentru pneumotoracele posttraumatic este:
- A. Poate fi secundar fracturilor costale
 - B. Se asociază frecvent cu hemotoraxul
 - C. Poate fi închis, deschis și sufocant
 - D. Radiologic se constată revărsatul pulmonar
 - E. Poate fi simptomatic, asimptomatic și curativ
13. CM. Indicațiile de urgență ale toracotomiei sunt:
- A. Aritmii cardiace în traumatisme
 - B. Fistulă arterio-venoasă traumatică
 - C. Hemotorax masiv
 - D. Leziune diafragmatică
 - E. Pneumotorax închis
14. CM. Leziunile traumatice ale diafragmului se caracterizează prin:
- A. Nu au niciun răsunet asupra stării generale
 - B. Pot fi produse prin mecanism penetrant
 - C. Au o simptomatologie ce se modifică în raport cu postura
 - D. Necesită tratament chirurgical obligatoriu
 - E. Sunt însoțite de sindroamele ocluziv, hemoragic și respirator
15. CM. Care dintre cele expuse mai jos caracterizează voletul costal?
- A. Apare în urma fracturilor costale simple

- B. Este frecvent la copii
 - C. Induce respirația paradoxală
 - D. Reprezintă un bloc costal mobil în timpul respirației independent de restul cutiei toracice
 - E. Determină apariția imediată a insuficienței renale acute ce impune dializă de urgență
16. CM. Voletul costal produce următoarele modificări patologice ale mecanicii ventilatorii:
- A. Respirație paradoxală
 - B. Hipoventilație
 - C. Ventilația nu este compromisă
 - D. Hiperventilație
 - E. Echilibru mediastinal
17. CM. Sursa hemotoraxului poate fi:
- A. Parenchimul pulmonar
 - B. Artera humerală
 - C. Arterele intercostale
 - D. Arterele tiroidiene superioare
 - E. Cordul și vasele mari
18. CM. Tratamentul voletului costal beneficiază de următoarele metode:
- A. Toracostomie cu tub de dren a cavității toracice
 - B. Fixator extern
 - C. Imobilizare cu aparat ghipsat
 - D. Stabilizare internă prin ventilație mecanică cu presiune pozitivă
 - E. Simplă observare
19. CS. Examenul clinic în pneumotorax relevă, exceptând:
- A. Dispnee
 - B. Cianoză
 - C. Hipersonoritate la percuție
 - D. Matitate la percuție
 - E. Absența murmurului vezicular
20. CM. Pneumotoraxul conduce la:
- A. Sindrom de compresiune intrapleurăală
 - B. Deplasare mediastinală

- C. Hemitorace mărit
 - D. Afectarea ventilației plămânului sănătos
 - E. Afectarea peristalticii intestinale
21. CM. Leziunile traumatice ale diafragmului:
- A. Pot apărea în cazul plăgilor penetrante toracice
 - B. Au incidență de 0,5-2% în cadrul politraumatismelor
 - C. Nu afectează activitatea cordului
 - D. Pot apărea hernieri ale organelor intraabdominale în torace
 - E. Se vindecă doar cu tratament medicamentos
22. CM. Masca echimotică Morestin:
- A. Apare în sindromul de venă cavă inferioară
 - B. Se datorează unei creșteri de presiune în sistemul venos cav superior
 - C. Se însoțește de hemoragie sclero-corneeană
 - D. Apare în traumatismele deschise toracice
 - E. Este consecința compresiunii traumatice a toracelui între două tampoane
23. CM. Indicațiile toracotomiei de urgență în hemotoraxul posttraumatic sunt:
- A. Acumularea a 300 ml sânge în cavitatea pleurală
 - B. Hemotorax masiv (peste 1000 ml)
 - C. Hemoragie pe tubul de dren de 200 ml/oră timp de 3 ore
 - D. Prezența fracturilor costale multiple
 - E. Apariția fibrotoraxului
24. CS. Viscerul cel mai frecvent herniat printr-o ruptură a hemidiafragmului stâng este:
- A. Splina
 - B. Colonul
 - C. Ficatul
 - D. Stomacul
 - E. Rinichiul
25. CS. Tratamentul fracturilor costale simple include:
- A. Imobilizarea prin bandaj toracic
 - B. Combaterea durerii cu antalgice și blocadă intercostală

- C. Toracotomia
 - D. Sutura cu fire metalice
 - E. Fixatorul extern
26. CS. Prima măsură de urgență în pneumotoraxul sufocant este:
- A. Intubația oro-traheală
 - B. Introducerea unui ac gros în spațiul III-IV intercostal pe linia medio-claviculară
 - C. Executarea pleurostomiei în spațiul V intercostal pe linia medio-axilară
 - D. Executarea pleurostomiei în spațiul V intercostal pe linia axilară posterioară
 - E. Aplicarea unui pulsoximetru pentru a verifica oxigenarea bolnavului
27. CS. Modalitățile de tratament ale pneumotoraxului iatrogen includ următoarele, exceptând:
- A. Simpla observare
 - B. Suplimentarea aportului de oxigen
 - C. Aspirația
 - D. Sutura pleurei
 - E. Toracotomia
28. CM. În legătură cu pneumotoraxul traumatic sunt adevărate următoarele afirmații:
- A. Este secundar traumatismelor penetrante
 - B. Este secundar traumatismelor abdominale
 - C. Toracostomia cu tub de dren reprezintă a doua linie terapeutică
 - D. În caz de pneumotorax se va monta un tub de dren în partea superioară a hemitoracelui respectiv
 - E. În caz de hemo-pneumotorax se va monta un tub de dren în partea inferioară a hemitoracelui respectiv
29. CM. Pneumotoraxul în tensiune:
- A. Este secundar traumatismelor abdominale
 - B. Apare, de obicei, la manevrele de resuscitare
 - C. Este o formă gravă a pneumotoraxului, dar nu poate amenința viața pacientului
 - D. Ventilația este compromisă moderat

- E. Presiunea pozitivă se transmite mediastinului
30. CM. Efectele presiunii pozitive, din pneumotoraxul în tensiune, la nivel cardio-circulator, constau în:
- A. Scăderea înțoarcerii venoase la inimă
 - B. Creșterea înțoarcerii venoase la inimă
 - C. Tahicardie
 - D. Scăderea debitului cardiac
 - E. Bradicardie
31. CM. Diagnosticul pozitiv de pneumotorax în tensiune se face pe baza examenului fizic al pacientului, care evidențiază:
- A. Murmur vezicular prezent doar la baze
 - B. Murmur vezicular absent în hemitoracele afectat
 - C. Hemitorace mărit
 - D. Împingerea mediastinului către partea opusă
 - E. Matitate de partea opusă
32. CM. În legătură cu evoluția pneumotoraxului în tensiune, NU ESTE adevărat că:
- A. Pneumotoraxul compresiv trebuie tratat ca o urgență medicală
 - B. Pacientul poate deceda prin scăderea debitului cardiac și prin hipoxemie avansată
 - C. Se introduce un ac gros în spațiul pleural prin spațiul intercostal IV posterior
 - D. Dacă pe ac iese o cantitate mare de aer după puncție, diagnosticul nu este confirmat
 - E. Acul trebuie lăsat pe loc până la inserția unui tub de toracostomie
33. CS. Pentru o plagă toracică penetrantă izolată externă NU ESTE caracteristic:
- A. Pneumoperitoneul
 - B. Hemotoraxul
 - C. Hemopericardul
 - D. Pneumotoraxul deschis extern
 - E. Pneumotoraxul sufocant extern
34. CS. Pentru un pneumotorax în tensiune este caracteristic:
- A. Emfizemul țesuturilor moi ale plămii

- B. Flotajul mediastinului
 - C. Compresiunea plămânului din partea opusă
 - D. Împingerea mediastinului către plămânul colabat
 - E. Împingerea mediastinului către partea opusă
35. CS. Pentru un pneumotorax deschis este caracteristic:
- A. Colabarea plămânului din partea leziunii
 - B. Colabarea plămânului din partea lezată
 - C. Flotajul mediastinului
 - D. Împingerea mediastinului către partea leziunii
 - E. Împingerea mediastinului către partea opusă
36. CS. Ajutorul medical primar în caz de pneumotorax deschis constă în:
- A. Tub de dren în cavitatea pleurală
 - B. Obturarea plăgii printr-un pansament ocluziv
 - C. Aplicarea corsetului ghipsat
 - D. Introducerea unui ac gros în spațiul III intercostal pe linia axilară medie
 - E. Pleurostomie
37. CS. Ajutorul medical primar în caz de pneumotorax în tensiune extern constă în:
- A. Ventilație artificială
 - B. Pansament ocluziv cu aspirație activă de aer
 - C. Pansament ocluziv și dren permanent
 - D. Puncție pleurală
 - E. Puncția pericardului
38. CM. Imediat după producerea unui traumatism toracic închis, accidentatul poate prezenta:
- A. Contuzie toracică cu leziuni parietale
 - B. Insuficiență respiratorie acută
 - C. Rupturi ale organelor intratoracice
 - D. Pneumotorax cu supapă
 - E. Rupturi ale organelor parenchimotoase
39. CM. Leziuni parietale toracice pot fi:
- A. Echimozele, hematoamele subcutanate
 - B. Rupturile de coaste

- C. Rupturile de ficat, splină
 - D. Rupturile musculare
 - E. Rupturile vaselor mari intratoracice
40. CM. Cum se produce hemoragia „în doi timpi”, apărută ca o consecință a traumatismului toracoabdominal?
- A. Hemoragie intra- sau subcapsulară în primul timp
 - B. Ruperea capsulei organului respectiv de la început
 - C. Ruperea capsulei prin creșterea presiunii sângerării intraparenchimotoase
 - D. Ruperea explozivă a organelor parenchimotoase în urma traumatismului
 - E. Hemoragie prin rupturi vasculare
41. CM. La un bolnav cu traumatism toracic, ținut sub observare și care dezvoltă un sindrom hemoragic, vom găsi următoarele semne:
- A. Puls din ce în ce mai accelerat, prăbușirea TA
 - B. Hemitorace mărit
 - C. Hipoxemie avansată
 - D. Puncția pleurală extrage sânge
 - E. Hipersonoritate la percuție din partea afectată
42. CS. Simptomul Hamman este specific pentru lezarea traumatică a mediastinului și înseamnă:
- A. Murmur vesicular absent
 - B. Murmur vesicular prezent doar la baze
 - C. Crepitație la auscultația toracelui
 - D. Împingerea mediastinului în anterior
 - E. Scăderea debitului cardiac
43. CM. Caracteristic pentru trauma penetrantă a traheii și bronhiilor este:
- A. Emfizemul subcutanat
 - B. Dispneea
 - C. Hemitoracele mărit
 - D. Scăderea debitului cardiac
 - E. Hemoptizia
44. CM. Caracteristic pentru pneumotoraxul în tensiune este:
- A. Hipotensiunea

- B. Pulmonul „mut”
 - C. Distensia venelor jugulare
 - D. Emfizemul subcutanat
 - E. Hemoptizia
45. CS. Simptomul „hopa-mitică” apare în traumatismul toracoabdominal cu lezarea:
- A. Stomacului
 - B. Ficatului
 - C. Pancreasului
 - D. Splinei
 - E. Jejunului

KEY:TRAUMATISMUL TORACIC

1.A; 2.B; 3.C; 4.BD; 5.B; 6.ABD; 7.ABD; 8.BC; 9.E; 10.ABE; 11.AC; 12.ABCE; 13.CD; 14.BCDE; 15.CD; 16.ABE; 17.AC; 18.BD; 19.D; 20.ABC; 21.ABD; 22.BCE; 23.BC; 24.D; 25.B; 26.B; 27.D; 28.ADE; 29.BE; 30.AD; 31.BCD; 32.CD; 33.A; 34.E; 35.C; 36.B; 37.B; 38.ABCE; 39.ABD; 40.AC; 41.ABCD; 42.C; 43.ABC; 44.ABC; 45.D.

PROBLEME DE SITUAȚIE

1. Un tânăr de 29 de ani acuză durere în jumătatea dreaptă a pieptului, care este mai accentuată la mișcări, de asemenea, acuză tuse, respirație defectuoasă. Se mișcă încet, ține mâna pe locul dureros. În urmă cu o oră, alunecând, a căzut și s-a lovit cu pieptul de marginea trotuarului.

Obiectiv: stare de severitate moderată, jumătatea afectată a pieptului rămâne în respirație, respirație superficială, cu o frecvență de 22 pe minut, Ps – 80 băt./min. Palpator – se apreciază o durere locală ascuțită și crepitație în proiecția coastelor III și IV de-a lungul liniei axilare spate, asociată cu un edem pronunțat și echimoze.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?

5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Novocaini, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Fractură închisă a coastelor III și IV din dreapta*

2. Pacientul K., în vârstă de 30 de ani, a fost internat în spital cu acuze de dureri acute, de cuțit în jumătatea stângă a pieptului, lipsă de respirație, care se agravează la efectuarea efortului fizic, tuse. În urmă cu aproximativ 2 ore, pacientul a suportat un traumatism în regiunea hemitoracelui stâng. TA – 100/65, Ps – 94 băt./min.

Obiectiv: starea pacientului este de gravitate medie. La percuția cutiei toracice pe stânga se determină un sunet timpanic pronunțat. La auscultație se determină slăbirea sunetelor respiratorii, lipsa freamătului vocal.

1. Formulați diagnosticul prezumtiv.
2. Argumentați diagnosticul prezumtiv în baza datelor prezentate.
3. Efectuați diagnosticul diferențial.
4. Ce precizări anamnestice, manevre (semne clinice) suplimentare sunt necesare?
5. Enumerați testele de laborator suplimentare de care aveți nevoie pentru confirmarea diagnosticului.
6. Ce investigații paraclinice instrumentale confirmă diagnosticul?
7. Formulați diagnosticul definitiv.
8. Care este tactica curativă? Specificați tratamentul medicamentos și/sau chirurgical necesar.
9. Prescrieți rețeta unui medicament – Sol. Dexamolină, din foaia de prescripții.
10. Specificați strategia de recuperare a pacientului.

Răspuns corect: *Pneumotorax*

PREZENTARE DE CAZ CLINIC

I. AM AVUT DE EXAMINAT

1. Bolnavul (bolnava) XY
 - în vârstă de _____
 - de profesie _____
 - din _____ localitatea sau mediu (urban sau rural)
2. care s-a internat în serviciul nostru
 - la data de _____
 - în urmă cu _____ ore, zile, săptămâni
3. în condiții:
 - de urgență (direct),
 - din ambulatoriu,
 - prin transfer din secția, clinica, spitalul etc. _____
4. pentru:
 - motivele internării, bine sistematizate, în ordinea semnificației:
 - vitale,
 - diagnostice,
 - terapeutice,
 - prognostice,
 - evaluare a capacității de muncă etc.

II. DIN ANTECEDENTELE BOLNAVULUI

1. Heredo-colaterale
2. Personale
 - fiziologice: menarha, ciclul menstrual, sarcini, avorturi, menopauză normală sau patologică etc.
 - patologice:
 - infecto-contagioase: rujeolă, rubeolă, poliomielită, hepatită epidemică, SIDA etc.;
 - purtător de AgHepatic, HIV etc. _____
 - parazitare _____
 - medicale _____
 - medicale _____

- boli profesionale _____
- chirurgicale:
 - comune _____
 - speciale _____
 - chirurgie laparoscopică, trepanații, proteză cardiacă, transplant (renal, hepatic, cardiac etc.), pacemaker, bypass, proteze vasculare etc.
- tratamente cronice: _____
 - dializă renală, cardiotonice, antidiabetice, anticoagulante, antianemice, cortizon, tuberculostatice etc.
- consumator de droguri (alcool, cafea, stupefiante, tutun, droguri propriu-zise, altele):
 - cronic _____
 - ocazional _____
 - intoleranțe medicamentoase, alergii etc. _____ reținem _____ sau nu reținem decât _____ > elementele care pot avea semnificație pentru afecțiunea actuală.

III. DIN ISTORICUL AFECȚIUNII AM AFLAT CĂ SUFERINȚA ACTUALĂ

1. Datează de _____
2. Când a debutat:
 - insidios,
 - brusc, brutal > în plină sănătate aparentă sau > ca urmare a _____ > unui accident, agresiuni, abuz alimentar, efort, contact mediu toxic etc.
3. Prin apariția _____ > semnele de debut ale afecțiunii: _____
4. În perioada următoare, semnele inițiale au evoluat către:
 - estompare,
 - dispariție,
 - spontan sau sub influența tratamentului (ce fel?),
 - agravare,
 - apariția unor noi simptome sau semne _____ care anume și în ce măsură au contribuit la întregirea simptomatologiei etc.

5. Consultul medical:

- inițial _____
- ulterior _____ > nivel, diagnostic;
- diagnostice stabilite _____
- tratamente urmate _____
- rezultate etc. _____

IV. EXAMENUL OBIECTIV:

- confirmă sau nu datele anamnestice;
- prezentarea datelor normale și patologice se epuizează în două mari capitole:

A. EXAMENUL LOCAL

B. EXAMENUL GENERAL, PE APARATE ȘI SISTEME

A. EXAMENUL LOCAL devine obligatoriu pentru toate specialitățile și afecțiunile chirurgicale, reprezintă unul dintre elementele esențiale ale prezentării, cel care polarizează toate datele de dezvoltare a întregii prezentări. El poate fi plasat la începutul examenului obiectiv (de preferat) sau la finalul acestui examen, în raport cu obișnuințele candidatului.

• Examenul local va fi mult mai dezvoltat decât cel general. El trebuie să dovedească spiritul de sinteză, cultura chirurgicală și generală a candidatului, capacitatea de a descrie, de a sugera, de a concentra și de a sistematiza; el folosește semiologia generală a examenului medical (inspecție, palpăre, percuție, auscultație ș. a.), pozițiile diverse ale bolnavului sau ale examinatorului, utilizează manevre uzuale sugestive, fără a menționa simptomele sau semnele subiective, dar pe care trebuie să le obiectiveze; examenul local trebuie perfect conturat, încât să servească celorlalte dezvoltări ale prezentării.

Model: La nivelul regiunii inghino-scrotale drepte, bolnavul aflându-se în ortostatism, se constată o formațiune tumorală voluminoasă, oblungă, care destinde hemiscrotul respectiv, de mărimea unui pumn, cu marele ax oblic, sub tegumentul nemodificat de aspect. La palpăre formațiunea are limite nete, precise, detașabilă de planurile adiacente, moale, elastică, omogenă, depresibilă, reductibilă, cu garguiment, nedureroasă, nepulsatilă, incoercibilă de sus în jos, expansibilă la efortul de tuse. După reducere, palpărea orificiului inghinal superficial, prin intermediul scrotului, îl arată dehiscent, penetrabil la două laturi de deget, cu impuls peritoneal la tuse, cu tonicitate tisulară mult diminuată. În clinostatism, formațiunea este timpanică la percuție și se reduce la manevrele simple.

B. EXAMENUL GENERAL poate evalua, conform semiologiei uzuale:

1. Aparat cu aparat, în ordinea cunoscută:
 - stare generală,
 - tegumente și mucoase,
 - musculo-adipos,
 - ganglio-limfatic,
 - osteo-articular,
 - respirator,
 - cardiovascular,
 - digestiv,
 - uro-genital,
 - sistem nervos,
 - sistem endocrin,
 - stare psihică etc.
2. Pe segmente (cap, gât, torace, abdomen, pelvis, membre etc.) într-o ordine firească și utilă.

Se pot prezenta:

- toate elementele de semiologie normală și patologică (acolo unde este cazul) ale fiecărui aparat și sistem în parte sau
- numai elementele patologice ori cele care se abat de la normal, ale aparatelor sau sistemelor care nu sunt interesate în prezent de afecțiunea în discuție, ori
- care pot avea legătură directă cu afecțiunea principală și-i pot modifica evoluția.

DIN EXAMENUL OBIECTIV PE APARATE ȘI SISTEME

- reținem _____
sau
- nu reținem decât _____
sau
- nu reținem elementele cu semnificație particulară pentru boala actuală etc.

EXAMENUL OBIECTIV trebuie să includă și:

- Temperatura sau curba termică _____
- Tensiunea arterială _____ / _____ mmHg și
- Pulsul periferic sau curbele lor _____
- Tușeul vaginal _____

- Tușeul rectal _____
- După caz, pot fi consemnate:
 - Respirația și caracterele sale _____
 - Diureza orară sau în 24 de ore, în evoluție _____
 - Scaunele: ritm, caractere etc. _____
 - Curba ponderală etc. _____
- Pentru situații speciale se vor consemna:
 - Eliminările neobișnuite:
 - vărsături _____ ritm, cantitate, caractere
 - sputa _____ aspect, cantitate, caractere etc.
 - lichide de fistulă (biliară, stercorală, purulentă etc.)
 - aspect, cantitate, caractere etc.

V. DIN ELEMENTELE DE ANAMEZĂ, EXAMENUL LOCAL, EXAMENUL OBIECTIV PE APARATE ȘI SISTEME, M-AM ORIENTAT CĂTRE:

A. O SUFERINȚĂ DE TIP:

- respirator, digestiv, biliar, pancreatic, intestinal, colic, rectal, vascular, endocrin etc.

B. UN DIAGNOSTIC DE PROBABILITATE _____

C. BINE SUSȚINUT sau SUGERAT de :>simptomele definitorii pentru diagnosticul enunțat.

VI. ATÂT PENTRU

- PRECIZAREA DIAGNOSTICULUI cât și pentru
- CONTURAREA STĂRII ACTUALE A BOLNAVULUI,
- AM CONSIDERAT NECESARĂ O EXPLORARE COMPLEMENTARĂ, REPREZENTATĂ DE:

1. Explorări biologice: fizice, chimice, bacteriologice etc. _____
_____ > în sânge, urină, fecale, spută, alte secreții sau umori etc.
2. Cercetare imagistică:
 - radiologie (simplă sau cu substanțe de contrast) _____
 - ecografie _____
 - endoscopie _____
 - scintigrafie _____
 - examene microscopice diverse etc. _____
3. Explorări funcționale _____

4. Explorări complexe: radiografie, pletismografie, Doppler, tomografie computerizată, rezonanță magnetică nucleară etc. _____

1 > Se vor enunța rezultatele pozitive sau negative ale explorării complexe, subliniind semnificația lor. 1 > Se vor nominaliza și eventualele explorări necesare cazului dat, dar neefectuate: 1
 ■ mi-ar fi fost utile și _____ ■ care mi-ar fi putut evidenția _____
 ■ am fi putut confirma _____ ■ mi-ar fi infirmat suspiciunea de _____

> Se va evita înșiruirea „în bloc” a tuturor explorărilor posibile (comisia nu poate fi păcălită!), dar fără legătură cu cazul prezentat, solicitând doar explorări și examene ținute, justificate de observația în discuție.

VII. ÎN CELE DIN URMĂ,

A. DATELE DE ANAMNEZĂ,

B. EXAMENUL OBIECTIV și

C. EXPLORAREA COMPLEXĂ, îmi permit conturarea unui

1. DIAGNOSTIC POZITIV DE:

> afecțiune principală (una singură întotdeauna), afecțiuni însoțitoare, în ordinea relațiilor posibile cu afecțiunea principală.

2. În același timp, putem contura și:

- UN DIAGNOSTIC DE FORMĂ CLINICĂ SAU
- ETAPA EVOLUȚIEI
- DIAGNOSTIC FIZIOPATOLOGIC după caz _____

3. Deși diagnosticul pozitiv este evident... sau este bine susținut... ori...nu comportă elemente de DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL:

- de semn sau simptom _____
- de organ _____
- de afecțiune _____
- de sindrom etc. _____

ATENȚIE! Sistematizarea corectă a elementelor de diagnostic diferențial este relevantă pentru pregătirea și orientarea candidatului și trebuie să ocolească unele capcane posibile: nu se vor opune afecțiunile acute cu cele cronice, bolile funcționale cu cele organice, afecțiunile pentru care nu avem elemente obiective pozitive sau negative, ori suferințe pentru care nu am solicitat niciun fel de explorare etc.

FAȚĂ DE CELE EXPUSE, DIAGNOSTICUL DEFINITIV, LA CARE M-AM OPRIT, ESTE:

- A. _____ (afecțiunea principală, cu diagnostic complet, inclusiv forma clinică sau etapa evolutivă, într-o formulare cât mai concisă)
- B. _____
- C. _____
- D. _____ > afecțiunile însoțitoare, la fel de concis conturate.

N.B. ATENȚIE! Formularea diagnosticului este deosebit de pretențioasă, nu acceptă includerea de semne sau simptome ori exprimări îndoielnice, de tip „observație” sau „suspiciune” etc.

VIII. EVOLUȚIA CAZULUI:

A. FĂRĂ TRATAMENT afecțiunea poate evolua către:

- Vindecare spontană —————> șanse, condiții, sechelele posibile etc.
- Ameliorare _____
- Cronicizare —————> formă, risc, sechele etc.
- Complicații (acute sau cronice, locale sau generale, funcționale sau anatomice etc.) —————> tip, gravitate, rezolvare, risc etc.
- Agravare —————> mecanism, manifestări, forme etc.
- Stări ireversibile sau deces —————> mecanisme, durată etc.

B. CU TRATAMENT:

CONSIDERĂM CĂ BOLNAVUL EXAMINAT POATE BENEFICIA DE:

- TRATAMENT MEDICAL: igieno-dietetic, medicamentos, fizioterapeutic, recuperator, complex —————> se vor trece în revistă modalitățile, tipul, posibilitățile și limitele tratamentului medical, ce se urmărește, ce se poate sconta, șansele de reușită, durată etc.
- CAZUL ESTE DE INDICAȚIE CHIRURGICALĂ, tratamentul medical intrând în discuție numai cu titlu de pregătire preoperatorie, ca adjuvant sau de completare.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL este singurul capabil să aducă:

- vindecarea,
- ameliorarea sau
- scoaterea bolnavului din zona de risc:
 - vital,
 - anatomic sau

- funcțional etc.

INDICAȚIA CHIRURGICALĂ ARE CARACTER:

- **ABSOLUT** sau **CATEGORIC**, în condiții de:
 - urgență imediată _____
 - urgență amânată _____ → cât timp, sub ce tratament, parametrii urmăriți etc.
 - intervenție programată _____ → după cât timp etc.
- **RELATIV**, în raport cu:
 - ineficiența tratamentului medical,
 - afecțiunea și forma clinică,
 - vârsta, starea generală, alterarea altor sisteme și aparate etc.,
 - posibilitățile de tratament chirurgical, confort chirurgical și anestezie etc.
- **RISCU ANESTEZIC și OPERATOR**
 - va fi trecut în revistă în funcție de:
 - vârstă: 1 punct – bolnavi sub un an și peste 60;
 - starea generală a bolnavului:
 - 1 punct – bolnavi fără afecțiuni asociate;
 - 1 punct – bolnavi cu afecțiuni asociate, dar compensate;
 - 1 punct – bolnavi cu afecțiuni asociate decompensate;
 - 1 punct – bolnavi gravi, muribunzi; amplexarea intervenției;
 - 1 punct – operație mică;
 - 1 punct – operație medie;
 - 1 punct – operație mare;
 - 1 punct – reintervenție precoce;
 - 1 punct – operație în urgență.

În cele din urmă, bolnavul se poate înscrie pe o scală de risc, între 3 și 10 puncte; în plus, trebuie să se țină cont și de competența, dotarea echipei etc.

Există multiple scale de apreciere a riscului anestezic și operator, dar în cele din urmă acesta poate fi redus la cele mai _____ logice enunțări: risc redus sau mic, mediu, major.

- **MOMENTUL OPERATOR** _____ → va fi stabilit în raport cu parametrii optimi sau minimali obiectivi care îl conturează.

IX. INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ INCLUDE:

A. PREGĂTIREA PREOPERATORIE:

- >> biologică: hidro-electrolitică, volemică și acido-bazică; redresarea stărilor de anemie, hipoproteinemie, a _____

mecanismelor de coagulare, hipo- sau avitaminoze, combaterea unor infecții sau supurații, tratamente specifice etc.

B. ANESTEZIA

C. DISPOZITIVUL _____ OPERATOR

D. INSTRUMENTAR

E. ELEMENTE DE CONFORT CHIRURGICAL:

- Comun _____
- Special _____
- Aparatură și condițiile necesare pentru asigurarea confortului chirurgical _____

F. INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ PROPRIU-ZISĂ

G. INTERVENȚIA PROPUȘĂ:

- Radicală sau cu viză de radicalitate _____
- Paliativă _____
- În unul sau mai mulți timpi _____ → se vor trece în revistă tipul intervenției, modalitățile de realizare, dificultățile posibile etc.

1. VARIANTELE POSIBILE sau OPȚIUNEA PENTRU UN ALT TIP DE INTERVENȚIE _____ → justificare, modalități de realizare etc.

2. CALEA DE ABORD PROPUȘĂ _____ → motivație, avantaje, dezavantaje.

3. EXPLORAREA INTRAOPERATORIE:

- explorarea locală: organul afectat și leziunea cu toate caracterele sale: localizare, limite, profunzime, aspect, mărime, mobilitate etc;
 - explorarea regională: vizează rapoartele leziunii cu viscerele din vecinătate sau conexe: extensie, penetrație, compresiune, adenopatii, spații ganglionare etc.;
 - explorarea generală: se referă la totalitatea organelor asupra cărora avem acces, grupelor ganglionare centrale, stării vaselor etc.
- > Explorarea intraoperatorie va stabili cu precizie sau va confirma necesitatea intervenției, tipul acesteia, elementele tactice etc.

4. PLANUL INTERVENȚIEI:

- timpii principali _____
- detalii tehnice _____

5. RISCURI, INCIDENTE și ACCIDENTE INTRAOPERATORII
posibile:

- modalitățile de prevenire sau rezolvare etc.

X. ÎNGRIJIRILE POSTOPERATORII:

- generale _____
- locale _____
- speciale _____ etc.

XI. COMPLICAȚII POSTOPERATORII:

- imediate, precoce, tardive _____
- previzibile, posibile, neașteptate → se vor trece în revistă modalitățile de prevenire, manifestările de debut ale complicației declanșate, tratament, prognostic etc.

XII. SPITALIZAREA, EXTERNAREA BOLNAVULUI, INDICAȚIILE LA EXTERNARE:

- durată, condiții _____
- regim alimentar și de viață _____
- control postoperator: ritm, dispensarizare _____
- tratamente și îngrijiri deosebite
- reluarea activității, integrare socio-profesională
- tratament recuperator _____

XIII. PROGNOSTICUL CAZULUI:

- imediat _____
- îndepărtat: vital, anatomic, funcțional etc. _____
- sechele postoperatorii etc. _____

XIV. PARTICULARITATEA CAZULUI:

- rezultă din sau constă în: _____
- a debutat printr-o complicație ... a avut simptomatologie intricată cu ... a evoluat pe un teren ... a fost neglijată în condițiile ... s-a prelungit nejustificat tratamentul medical ... nu a beneficiat de ... a fost interpretat în mod eronat că particularitatea cazului constă în lipsa de particularitate ...

XV. CONCLUZIILE →

încheie o expunere magistrală de caz clinic, perfect încadrată în cele 20 de minute acordate de Comisie. SUCCES!

- Literatură: Manualul „Chirurgie Generală”, autor Virgil Răzeșu, 2010