

TESTE STUDENTI MG**CURS 1, 2, 3:**

1. Care din urmatoarele, sunt simptome ?
b,c
 - a. icter
 - b. durere
 - c. dispnee
 - d. paloare
 - e. formatiuni tumorale
2. *Antecedentele heredo-colaterale se refera la:
b
 - a. bolile pe care pacientul le-a prezentat din copilarie pana in prezent
 - b. bolile membrilor familiei
 - c. starile fiziologice ale femeilor
 - d. conditiile de viata si de munca
 - e. consumul de toxice
3. *La un pacient cu ciroza hepatica, sunt semnificative urmatoarele antecedente personale patologice : c
 - a. infectia streptococica
 - b. ulcerul gastric
 - c. hepatita virala C
 - d. diabetul zaharat
 - e. HTA
4. Care din urmatoarele metode sunt folosite la examenul obiectiv al bolnavului b,d,e
 - a. examene de laborator
 - b. palparea
 - c. examene radiologice
 - d. inspectia
 - e. percutia
5. *Sunetul mat se obtine cand : a
 - a. percutam organele cu continut parenchimos si lipsite de aer
 - b. percutam organele cu continut aerian bine circumscris
 - c. palpam organele abdominale
 - d. ascultam bolnavi cu cavitati pulmonare
 - e. in pnemotorax
6. *Vespertilio apare in : d
 - a. anemii
 - b. sclerodermie
 - c. stenoza mitrala
 - d. lupusul eritematos diseminat
 - e. cianoza
7. *Obnubilarea este b
 - a. o tulburare de memorie
 - b. o tulburare de constienta
 - c. tulburare de afectivitate

- d. tulburare de perceptie
- e. o stare normala

8. *Cianoza: a
- a. apare cand Hb redusa > 5 g %
 - b. apare la Hb redusa < 5 g %
 - c. apare in paloare
 - d. apare in icter
 - e. apare cand Hb redusa > 5mg %
9. *Obezitatea androida este: b
- a. hiperplazica
 - b. hipertrofica
 - c. mixta
 - d. se depune la nivelul coapselor si abdomenului
 - e. nu este factor de risc coronarian
10. Paloarea a,d
- a. este culoarea deschisa a tegumentelor si mucoaselor
 - b. este coloratia rosie violacee a tegumentelor
 - c. este coloratia albastra a tegumentelor
 - d. se intalneste in anemii
 - e. se intalneste in poliglobulii
11. *Coloratia icterica apare cand BT este: a
- a. $\geq 2-3$ mg%
 - b. $\geq 20-30$ mg%
 - c. $\geq 2-3$ gr%
 - d. < 2 mg%
 - e. > 5 mg%
12. Icterul hepatic apare in: a,d
- a. hepatite acute
 - b. litiaza biliara
 - c. anemii hemolitice
 - d. ciroza hepatica
 - e. tumora de cap de pancreas
13. *Vezicula este: c
- a. o proeminenta cu diam. < 0,5 cm
 - b. o formatiune palpabila ce intereseaza dermul si hipodermul
 - c. o formatiune cu diam.< 1 cm cu continut lichid
 - d. o formatiune cu continut purulent
 - e. o formatiune cu continut hemoragic
14. *Hirsutismul este: b
- a. cresterea parului in zonele cu pilozitate normala
 - b. cresterea parului in zonele unde in mod normal nu exista pilozitate
 - c. pierderea parului pe o anumita suprafata
 - d. rarirea firelor de par
 - e. atrofia firelor de par

15. *Care din urmatoarele reprezinta acumulare de lichid in peritoneu: c
- hidropericard
 - hidrotorax
 - ascita
 - hidrocel
 - hidrartroza
16. *Mersul stepat eidentiaza: a
- o paralizie de nerv sciatic popliteu extern
 - coree
 - tabes
 - miopatii grave
 - suferinte cerebeloase
17. *Faciesul rigid, micsorat, fara cute sau riduri, inexpressiv, cu nas subtiat si buze subtiri, comparat cu o icoana bizantina, se intalneste in : c
- lupus
 - acromegalie
 - sclerodermie
 - bola Basedow
 - Cushing
18. Diminuarea si disparitia sensibilitatii la suferinta se numesc : a,c
- hipotimie
 - hipertimie
 - apatie
 - agonie
 - atrofie
19. *Cianoza apare : c
- in methemoglobinemie
 - in anemie
 - cand creste nivelul hemoglobinei reduse
 - cand scade hemoglobina
 - cand creste bilirubina
20. *Cianoza centrala apare prin cresterea nivelului Hb reduse in sangele arterial peste: b
- 4 g/100 ml
 - 5 g/100 ml
 - 5g/1000 ml
 - 6g/1000 ml
 - 5 mg/100 ml
21. *Pierderea de substanta care intereseaza numai epidermul se numeste: b
- ulceratie
 - eroziune

- c. pustula
- d. escara
- e. gangrena

22. *Petesiile sunt:

a

- a. pete hemoragice pe piele sau mucoase, cu dimensiuni < 1cm, rotunde sau ovalare
- b. pete hemoragice dermo-epidermice, cu dimensiuni > 1cm
- c. dilatari ale vaselor mici, pe piele sau pe mucoase
- d. acumulari de sange in tesutul muscular
- e. sangerari ale mucoasei nazale

23. *Pierderea pilozitatii pe o arie delimitata se numeste :

b

- a. hipotricoză
- b. calvitie
- c. alopecie
- d. hirsutism
- e. hiperpilozitate

24. Coilonikia se intalneste in :

b,c,d

- a. boli bronho-pulmonare
- b. anemii feriprive
- c. mixedem
- d. acromegalie
- e. insuficienta cardiaca

25. *Perioade febrile de cateva zile, urmate de perioade de afebrilitate, aprox. egale ca durata, semnifica :

a

- a. febra recurenta
- b. febra hectica
- c. febra remitenta
- d. febra intermitenta
- e. febra septica

26. Care din urmatoarele nu sunt cauze de edeme :

b, d

- f. hipoproteinemia
- g. bolile stomacului
- h. insuficienta cardiaca
- i. astmul bronsic
- j. ciroza hepatica

27. Echimozele nu sunt :

b,d,e

- a. leziuni vasculare
- b. pierderi de substanta ce intereseaza dermul
- c. pete hemoragice dermo-epidermice > 1cm
- d. noduli subcutanati
- e. formatiuni cu continut purulent

RESPIRATOR CURS 4

26. Fumatul induce: c,d
- a. silicoza
 - b. TBC pulmonara
 - c. cancer pulmonar
 - d. bronșita cronică
 - e. pleurezie
27. Wheezingul: b,c,d
- a. apare în obstrucția căilor respiratorii mari
 - b. apare în obstrucția căilor respiratorii mici
 - c. se însoțește de dispnee de tip expirator
 - d. apare în astmul bronșic
 - e. nu apare în astmul bronșic
-
- 28.*Sputa ruginie se întâlnește în: b
- a. cancerul pulmonar
 - b. pneumonia pneumococică
 - c. TBC pulmonara
 - d. abcesul pulmonar
 - e. chistul hidatic
- 29.Debutul acut se întâlnește în: b,c
- a. bronșita cronică
 - b. pneumonia acută
 - c. embolia pulmonară
 - d. cancerul pulmonar
 - e. HTA
- 30.*Dispneea reprezintă: a
- a. **dificultatea sau lipsa de confort în respirație**
 - b. durere la percuția toracelui
 - c. sunet pulmonar perceput la auscultatie
 - d. senzația de constricție toracică
 - e. durere la palparea toracelui

RESPIRATOR- CURS 5, 6, 7, 8

1. *Triunghiul delimitat de clavicula, trapez și sternocleidomastoidian delimitează: b
- a. fosa suprascapulară
 - b. **fosa supraclaviculară**

- c. fosa subclaviculara
d. spatiul lui Traube
e. unghiul lui Louis
2. Unghiul lui Louis: a,d
a. este intre manubriu si corpul sternal
b. este intre coaste si stern
c. este pe fata posterioara a toracelui
d. este pe fata anterioara a toracelui
e. este la nivelul coloanei vertebrale
3. Urmatoarele zone se afla pe fata posterioara a toracelui: b,c,e
a. spatiul lui Traube
b. fosa supraspinoasa
c. fosa subspinoasa
d. fosa subclaviculara
e. zona subscapulara
4. *Bifurcatia traheei se afla la nivelul: b
a. vertebrei T 10
b. unghiului lui Louis
c. coastei VI
d. deasupra manubriului sternal
e. vertebrei C6
5. Toracele emfizematos se caracterizeaza prin: b,c,e
a. diametrul anteroposterior mai mic decat cel transversal
b. coaste orizontalizate
c. spatii intercostale pline
d. fose supraclaviculare deprimite
e. aspect de torace imobilizat in inspir
6. Toracele carenat: a,c,d,e
a. are aspect de piept de pasare
b. are aspect conoid
c. are diametrul anteroposterior marit
d. prezinta proeminente pe articulatiile condrocostale
e. rebordurile costale sunt evazate
7. Toracele cifoscoliotic: a, c
a. este consecinta cifozei
b. este deformat bilateral simetric
c. genereaza cord pulmonar cronic
d. are aspect de trunchi de con
e. este varianta normala
8. Retractiile unui hemitorace apar in: c,d
a. pleurezie
b. pneumotorax
c. atelectazie
d. fibrotorace
e. pneumonie

9. *Raportul inspir/expir este: b
- a. 1/2
 - b. 1/3**
 - c. 1/4
 - d. 1/5
 - e. 3/1
10. *Tipul respirator costal superior sau toracic este la: c
- a. copii
 - b. barbati
 - c. femei**
 - d. varstnici
 - e. adolescenti
11. *Polipneea reprezinta: c
- a. frecventa respiratorie <14/min
 - b. frecventa respiratorie >20/min
 - c. cresterea amplitudinii miscarilor respiratorii**
 - d. sistarea respiratiei
 - e. nici una din variantele de mai sus
12. *Care zgomot reprezinta o respiratie suieratoare datorata limitarii lumenului bronsiilor mici: c
- a. cornajul
 - b. stridorul
 - c. wheezingul**
 - d. ronchusurile
 - e. suflul tubar
13. Deprimarea inspiratorie a spatiilor intercostale si a foselor supraclaviculare se numeste: b
- a. asincronism
 - b. **tira**
 - c. stridor
 - d. tahipnee
14. Palparea morfologica evidentiaza: a,b
- a. palparea peretelui toracic**
 - b. durerea provocata**
 - c. miscarile si ampliatiile toracelui
 - d. frecatura pleurala
15. Palparea functionala evidentiaza: b,c
- a. durerea provocata
 - b. miscarile si ampliatiile toracelui**
 - c. freamatul pectoral**
 - d. respiratia zgomotoasa
16. Freamatul pectoral este accentuat in urmatoarele situatii: a,b,c
- a. denutritie**
 - b. pneumonii acute**
 - c. chist hidatic evacuat**
 - d. emfizem pulmonar
17. Freamatul pectoral este diminuat in urmatoarele situatii: a,b,c
- a. perete toracic gros**
 - b. laringite**
 - c. astm bronic**

- d. pneumonii acute
18. Freamatul pectoral este abolit in urmatoarele situatii: b,c,d
- a. TBC pulmonar cavitar
 - b. paralizia corzilor vocale
 - c. pleurezie masiva
 - d. pneumotorax in marea cavitate
19. Manevra Hirtz: b
- a. se efectueaza prin palpare
 - b. evidentiaza expansiunea bazelor pulmonare
 - c. evidentiaza absenta murmurului vezicular
20. Matitatea si submatitatea apar in: a,b,c,d
- a. edem de perete toracic
 - b. pleurezie
 - c. pneumonie
 - d. chist hidatic neevacuat
21. Hipersonoritatea pulmonara se intalneste in: a,c
- a. astm bronic in criza
 - b. pneumonie acuta masiva
 - c. emfizem pulmonar difuz
 - d. edem pulmonar acut
22. Zgomotele respiratorii normale sunt: b,d
- a. suflul pleuretic
 - b. suflul tubar fiziologic
 - c. suflul cavitar
 - d. murmurul vezicular
23. Murmurul vezicular este accentuat in urmatoarele situatii: a,b
- a. in timpul efortului fizic
 - b. la copii
 - c. in pneumonia bacteriana
24. Murmurul vezicular este diminuat in urmatoarele situatii: a,b,c,d
- a. obezitate
 - b. pleurezie in cantitate mica
 - c. emfizem pulmonar
 - d. astm bronic
25. Murmurul vezicular este abolit in: a,b,c,d
- a. pneumonii masive
 - b. pneumotorax
 - c. obstructii bronsice
 - d. pleurezii voluminoase
25. Ralurile crepitante: a,c, d
- a. sunt raluri umede
 - b. sunt raluri uscate
 - c. se aud in inspirul profund
 - d. sunt raluri bronhoalveolare
26. Ralurile subcrepitante: a,b
- a. sunt raluri de staza
 - b. apar in edemul pulmonar acut
 - c. sunt raluri uscate
27. Ralurile sibilante: a,b,d
- a. sunt raluri bronsice

- b. sunt raluri uscate
 c. sunt raluri umede
 d. se aud in ambele faze ale respiratiei
 e. predomina in inspir
28. Frecatura pleurala: a,b,d
 a. se percepe in ambele faze ale respiratiei
 b. se palpeaza
 c. se modifica dupa tuse
 d. se aude mai bine prin apasare cu stetoscopul pe torace
29. Opacitatile pulmonare apar pe Rx torace: a
 a. cand se produce o densificare a parenchimului pulmonar
 b. cand creste continutul aerian pulmonar
 c. in ambele situatii
30. Liniile Kerley: a,c
 a. sunt anomalii vasculare pulmonare
 b. reprezinta hipertransparente pulmonare
 c. apar in edemul pulmonar acut
31. Care din urmatoarele nu sunt investigatii paraclinice pulmonare: b
 a. bronhografia
 b. ecografia
 c. scintigrafia
 d. angiografia
32. Lichidul pleural hemoragic apare in: a,b,c
 a. pleurezia neoplazica
 b. post traumatic
 c. boli hemoragice
 d. pleurezia parapneumonica
33. Lichidul pleural purulent apare in: a,b
 a. abces pulmonar fuzat in pleura
 b. pleurezia stafilococica
 c. TBC pulmonara
34. Lichidul pleural bogat in limfocite se intalneste in: a
 a. TBC
 b. traumatisme toracice
 c. neoplazii
 d. chist hidatic
35. Lichidul pleural bogat in hematii se intalneste in: a,b
 a. traumatisme toracice
 b. cancer pulmonar
 c. tuberculoza pulmonara
 d. chist hidatic
36. Eozinofilia se intalneste in: b, d
 a. tuberculoza pulmonara
 b. chist hidatic
 c. pneumonie
 d. astmul bronic
37. Lichidul pleural bogat in polimorfonucleare se intalneste in: a,b
 a. pleurezia pneumonica
 b. abces pulmonar complicat cu pleurezie
 c. chist hidatic

- d. astm bronic
38. Transudatul: a, b
- a. apare in insuficienta cardiaca
 - b. contine albumine <1-3g%
 - c. are densitate >1015
 - d. Rivalta pozitiv
39. Exudatul: a
- a. apare in pleurezii
 - b. contine albumine <1-3g
 - c. Rivalta negativ
 - d. apare in insuficienta cardiaca
40. Reducerea capacitatii vitale se intalneste in: a,c,d
- a. disfunctia restrictiva
 - b. disfunctia obstructiva
 - c. in pleurezii
 - d. in spondilita anchilozanta
41. Reducerea VEMS cu CV normala apare in: b,c
- a. disfunctia restrictiva
 - b. disfunctia obstructiva
 - c. astm bronic
 - d. pneumonie
42. Ralurile crepitante apar in : c
- a. astmul bronic
 - b. bronhite cronice obstructive
 - c. pneumonii
 - d. tuberculoza
42. Prin metoda ASTRUP se determina : b
- a. disfunctia ventilatorie
 - b. presiunea partiala a O₂ si CO₂ in sangele arterial
 - c. VEMS-ul
43. Astmul bronic se caracterizeaza prin: a,b
- a. edem, spasm si hipersecretie bronhica
 - b. wheezing
 - c. dispnee inspiratorie
 - d. raluri crepitante
44. In criza de astm bronic la ex. obiectiv se constata : a,b,c,d
- a. freamat pectoral diminuat
 - b. hipersonoritate
 - c. raluri bronhice
 - d. torace imobilizat in inspir
45. Astmul bronic intrinsec: a,c
- a. este determinat de infectie respiratorie
 - b. este determinat de alergeni
 - c. se insoteste de sputa mucopurulenta
 - d. prezinta eozinofilie in formula leucocitara

46. Afectiunea inflamatorie a bronsiilor caracterizata prin tuse+ expectoratie 3 luni pe an cel putin 2 ani consecutiv este : b
- bronsita acuta
 - bronsita cronica
 - emfizemul pulmonar
 - astmul bronic
47. In care afectiune, in timp evolutia este spre hipertensiune pulmonara, poliglobulie secundara si cord pulmonar cronic c
- pneumonia acuta bacteriana
 - bronsita acuta
 - bronhopneumopatia cronica obstructiva
 - pneumonia acuta virala
48. La pacientii cu BPOC tip 'blue bloater' se evidentiaza : a,b
- cianoza periorala si perinazala
 - facies buhait
 - dispnee intensa
49. La pacientii cu BPOC tip 'pink puffers' se evidentiaza : a,c
- cianoza slab reprezentata
 - cianoza intensa
 - dispnee intensa
50. Bronsiectazia se caracterizeaza prin : a,d
- dilatatie patologice ale bronsiilor
 - atrofia septurilor alveolare
 - cresterea continutului aerian al plamanului
 - expectoratie mucopurulenta fetida
51. Care din urmatoarele investigatii precizeaza dg de bronsiectazie: b
- ex sputa
 - bronhografia
 - ex radiologic pulmonar
 - ASTRUP
52. Emfizemul pulmonar se caracterizeaza prin : a,b,c
- dilatata ireversibila a cailor aeriene pulmonare
 - atrofia septurilor alveolare
 - cresterea continutului aerian al plamanului
 - expectoratie in cantitate mare
53. Care din urmatoarele forme de emfizem pulmonar se numeste si senil : a
- EP atrofie difuz neobstructiv
 - EP difuz obstructiv
 - EP cicatriceal
 - EP de distensie
54. Emfizemul pulmonar este un sindrom : d
- de condensare
 - cavitar
 - bronsitic
 - de hiperinflatie
55. In emfizemul pulmonar la ex obiectiv se evidentiaza : a, d,e
- torace in butoi
 - matitate la percutie
 - freamat pectoral accentuat

- d. raluri bronșice
e. expir prelungit
56. În emfizemul pulmonar ex Rx evidențiază : c,d
a. multiple opacități nodulare
b. opacitate segmentară
c. hipertransparenta pulmonară
d. cupola diafragmatică coborâtă
57. Din sindroamele de condensare pulmonară fac parte: c,d,e
a. bronșita cronică
b. astmul bronșic
c. pneumonia acută
d. abcesul pulmonar
e. tumorile pulmonare
58. Sindromul bronșitic cuprinde: c,d
a. chistul hidatic
b. pneumonia acută
c. astmul bronșic
d. BPOC
58. Debutul brusc cu febră, frison unic și durere toracică apare în: c
a. infarctul pulmonar
b. abcesul pulmonar
c. pneumonia acută pneumococică
d. astmul bronșic în criză
59. Faciesul congestiv al lui Jacoud, cu herpes labial este în: a
a. pneumonia acută pneumococică
b. edemul pulmonar acut
c. astmul bronșic în criză
d. chistul hidatic evacuat
60. În sindromul de condensare la ex obiectiv se întâlnesc: a,c
a. accentuarea freazătorului pectoral
b. hipersonoritate
c. raluri crepitante
d. frecatura pleurală
e. raluri bronșice
61. În pneumonia acută ex biologice evidențiază: a, b
a. VSH crescut
b. Leucocitoză
c. Eozinofilie
d. Proteina C reactivă scăzută
62. Leziunile inflamatorii bronșice și alveolare dispuse în focare de diverse mărimi, diseminate sau confluențe, extinse în ambele arii pulmonare caracterizează: d
a. BPOC
b. pneumonia acută
c. abcesul pulmonar
d. bronhopneumonie
63. În bronhopneumonie la ex Rx se evidențiază: b
a. opacitate segmentară
b. opacități multiple nodulare diseminate pe ambele arii pulmonare
c. hiperinflație

- d. desen peribronhovascular accentuat
63. Discrepanta intre simptomatologia clinica si semnele fizice sarace se intalneste in: b
- pneumonia acuta bacteriana
 - pneumonia acuta virala**
 - chistul hidatic evacuat
 - astmul bronic in criza
 - bronsita cronica
64. In pneumonia virala apar: a
- radiologic accentuarea desenului peribronhovascular**
 - leucocitoza
 - expectoratie in cantitate mare
 - raluri bronșice
65. Radiologic se evidentiaza o imagine hidroaerica cu o zona de condensare la periferie in: a
- abcesul pulmonar in faza de supuratie deschisa**
 - pneumonia acuta
 - BPOC
 - Astmul bronic
66. In abcesul pulmonar ex biologice evidentiaza: b
- VSH normal
 - Leucocitoza**
 - Leucopenie
 - PCR scazuta
67. In cancerul pulmonar intalnim: a,b,c,d,e
- febra moderata neregulata**
 - slabire in greutate**
 - expectoratie hemoptoica**
 - tuse seaca iritativa**
 - durere toracica**
68. In cancerul pulmonar se intalnesc urmatoarele sindroame: b,c,d
- bronsitic
 - atelectazie**
 - mediastinal**
 - pleural**
 - de hiperinflatie
69. In chistul hidatic apar: a,b,c
- vomica**
 - sindrom de condensare**
 - sindrom cavitar**
 - sindrom bronsitic
70. Lipsa ventilatiei intr-un teritoriu pulmonar cu mentinerea circulatiei reprezinta: b
- chist hidatic evacuat
 - atelectazie**
 - bronsiectazie
 - sindrom cavitar
71. Rx se evidentiaza o opacitate retractila in: a
- atelectazie**

- b. bronșiectazie
c. bronhopneumonie
d. pneumonie
72. În infarctul pulmonar apar: a, b
a. frează pectoral accentuat
b. submatitate sau matitate
c. hipersonoritate
d. raluri bronșice
72. Care investigație stabilește diagnosticul de infarct pulmonar: c, d
a. probe ventilatorii
b. ex radiologic
c. scintigrafia pulmonară
d. arteriografia
73. Sindromul cavitărilor se întâlnește în: a, c, d
a. abces pulmonar evacuat
b. pneumonia virală
c. cancer pulmonar necrozat și evacuat
d. TBC
e. BPOC
74. În sindromul cavitărilor întâlnim: a
a. hipersonoritate timpanică
b. murmur vezicular accentuat
c. matitate
d. raluri crepitante
75. Din sindroamele pleurale fac parte: a, b
a. pneumotoraxul
b. pleurezia
c. pneumonia
d. chistul hidatic
76. În pneumotorax se întâlnesc: a
a. aer în cavitatea pleurală
b. lichid în cavitatea pleurală
c. matitate
d. raluri bronșice
77. În pneumotorax întâlnim: a, c, d
a. durere toracică intensă
b. tuse productivă
c. dispnee
d. cianoza
78. În pleurezie întâlnim: a, b
a. frează pectoral abolit
b. matitate
c. murmur vezicular înăspriț
d. raluri crepitante
79. Care din următoarele afecțiuni determină insuficiență respiratorie: a, b, c, d, e
a. afecțiuni neurologice centrale
b. insuficiența mușchilor respiratori
c. BPOC
d. astmul bronșic
e. pneumotorax

80. In sindromul medistinal intalnim: a,b,c,d
- compresiune traheo-bronsica
 - compresiune esofagiana
 - compresiune pe vena cava superioara
 - compresiune pe canalul toracic

CARDIO-VASCULAR

- Cardiopatiile congenitale sunt mai frecvente la: a
 - copilul mic
 - elevi
 - barbati
 - femei
- Cardiomiopatia etanolica este mai frecventa la: d
 - copii
 - varstnici
 - femei
 - barbati
- Prolapsul de valva mitrala este mai frecvent la: c
 - elevi
 - varstnici
 - femei
 - barbati
- Menopauza antreneaza aparitia a: a
 - HTA
 - cardiopatiilor congenitale
 - stenozei mitrala
 - endocarditei
- Dispneea cardiaca: a
 - este de tip inspirator
 - este de tip expirator
 - semnifica insuficienta cardiaca dreapta
 - este de tip mixt
- Dispneea cardiaca: b, d
 - este de tip expirator
 - se caracterizeaza prin tahipnee
 - se caracterizeaza prin bradipnee
 - semnifica insuficienta cardiaca stanga
- Ortopneea este: b, c
 - forma de dispnee expiratorie
 - pozitie antidispneizanta
 - forma severa de dispnee
 - apatate la eforturi mari

9. Edemul pulmonar acut: a
- se datoreza transudatului in alveolele pulmonare
 - apare in bolile pulmonare
 - se insoteste de sputa mucopurulenta
 - apare in insuficienta cardiaca dreapta
10. Care din urmatoarele nu determina durere precordiala: e
- bolile pleuropulmonare
 - pericardita
 - hipertensiunea pulmonara
 - ischemia miocardica
 - spondiloza
11. Durerea din infarctul miocardic: a,b
- este foarte intensa
 - este socanta
 - dureaza < 15 minute
 - cedeaza la nitroglicerina
12. Care din urmatoarele reprezinta cauze de palpitatii: a,b,d
- consumul de cafea
 - boala Basedow
 - pneumonia
 - consumul de ceai
13. Bombarile regiunii precordiale apar in: a,b
- pericardita exudativa
 - hipertrofia ventriculara stanga
 - cardiopatia ischemica
 - stenoza mitrala
14. Impulsul apexian este situat in: a
- spatiul V intercostal stang pe linia medioclaviculara
 - spatiul VI intercostal stang pe linia medioclaviculara
 - spatiul V intercostal stang pe linia axilara anterioara
 - spatiul VI intercostal stang pe linia axilara anterioara
15. Impulsul apexian se deplaseaza in jos in: a
- emfizem pulmonar
 - ascita
 - tumori mediastinale
16. Impulsul apexian este diminuat in: a,b,c
- stenoza mitrala
 - miocardita
 - obezitate
 - sindrom hiperkinetic
17. Zona aortica se afla: a
- in sp II ic drept
 - in sp II ic stang
 - in sp III ic drept
 - in sp V ic stangm
18. Zona mitrala se afla: b
- in sp III ic stang
 - in sp V ic stang
 - in sp IV ic stang
 - la baza inimii

19. Zgomotul I: a
- a. este sistolic
 - b. marcheaza inceputul diastolei ventriculare
 - c. se produce prin deschiderea valvelor atrio-ventriculare
20. Zgomotul II : a,b,c
- a. marcheaza inceputul diastolei ventriculare
 - b. se produce prin inchiderea valvelor sigmoide
 - c. se aude mai bine la baza inimii
20. Zgomotul I este diminuat in: a,c
- a. miocardite
 - b. stenoza aortica
 - c. infarct miocardic
 - d. HTP
21. Suflurile de ejectie apar in: a
- a. stenozele de valve sigmoide
 - b. insuficienta mitrala
 - c. stenoza mitrala
 - d. insuficienta pulmonara
21. Suflurile de regurgitare apar in: b
- a. stenozele de valve sigmoide
 - b. insuficientele mitrala si tricuspida
 - c. in stenozele mitrala si tricuspida
22. Suflurile functionale: b,c
- a. sunt sufluri de ejectie
 - b. iau nastere la nivelul orificiilor valvulare normale
 - c. apar in dilatarea orificiului valvular
23. Frecatura pericardica: a
- a. este zgomot superficial
 - b. se aude la baza inimii
 - c. se aude in focarul mitral
 - d. se aude numai in sistola
24. Frecatura pericardica: c
- a. se aude numai in diastola
 - b. se intensifica la aparitia exudatului lichidian
 - c. se poate palpa
 - d. se aude la varful inimii
25. Cardiopatia ischemica: a,b,c,d
- a. este generata de ateroscleroza coronariana
 - b. se manifesta prin angina pectorala
 - c. se manifesta prin infarct miocardic
 - d. se manifesta prin tulburari de ritm
26. In angina pectora se evidentiaza: a, b d
- a. durere precordiala
 - b. ex obiectiv poate fi normal
 - c. unda Q pe EKG
 - d. ischemie subendocardica
27. Infarctul miocardic acut se caracterizeaza prin: a,d
- a. apare cand se formeaza un tromb pe o placa de aterom

- b. durerea este < 20 minute
 c. pe EKG apar unde T inalte si asimetrice
 d. pe EKG apar supradenivelare ST si T
28. Care din urmatoarele nu sunt enzime de citoliza miocardica: c
- a. CPK-MB
 b. TGO
 c. TGP
 d. mioglobina
 e. troponina
29. Miocarditele: b,c, d
- a. sunt determinate de ischemia miocardica
 b. sunt procese inflamatorii ale miocardului
 c. se insotesc de dilatare camera
 d. se insotesc de tulburari de contractie
30. In cardiomiopatiile hipertrofice: a,c
- a. exista ingrosarea peretelui ventricular
 b. etiologia este inflamatorie
 c. exista predispozitie genetica
31. In cardiomiopatiile dilatative: a,b
- a. apare deprimarea contractilitatii miocardice
 b. apare marirea cavitatilor inimii
 c. apare hipertrofia de sept
 d. zgomotele cardiace sunt accentuate
32. In cardiomiopatiile restrictive: a,c
- a. apare hipertrofie de tesut fibros al endocardului
 b. etiologia este inflamatorie
 c. exista dificultate in umplerea diastolica
32. Care din urmatoarele nu sunt cauze de pericardite exudative: c,d
- a. infectiile
 b. neoplaziile
 c. hipertensiunea arteriala
 d. stenoza mitrala
 e. infarctul de miocard
33. Durerea din pericardita: c
- a. este discontinua
 b. cedeaza la nitroglicerina
 c. dispare cand apare lichid in sacul pericardic
34. In pericardita: a,b
- a. pe EKG apare supradenivelare ST
 b. apare frecatura pericardica in faza cu exudat fibrinos
 c. zgomotele cardiace sunt accentuate
35. In reumatismul articular acut: a,b,c
- a. apare pancardita
 b. este interesat sistemul nervos central
 c. se intalnesc fenomene imunoalergice
 d. streptococul B-hemolitic se grefeaza pe endocard
36. Pentru dg de RAA este nevoie de: a,b
- a. 2 criterii majore
 b. 1 criteriu major si 2 minore
 c. 3 criterii minore

- d. 1 criteriu minor si 2 majore
37. In RAA: b,d
- a. artrita lasa sechele severe
 - b. ASLO este crescut
 - c. VSH-ul este scazut
 - d. PCR este crescuta
38. Care din urmatoarele sunt criteriile majore de dg al RAA: a, b, c, e
- a. cardita
 - b. artrita
 - c. eritemul marginat
 - d. blocul a-v gr I
 - e. coreea
39. Care din urmatoarele sunt criteriile minore de dg a RAA: c, d, e
- a. cardita
 - b. noduli subcutanati
 - c. artralgiile
 - d. VSH crescut
 - e. Febra
40. Care din urmatoarele se asculta in stenoza mitrala: a,c
- a. zgomotul I intarit
 - b. zgomotul II intarit
 - c. clacment de deschidere al mitralei
 - d. uruitura sistolica
41. In stenoza mitrala se intalnesc: a, b
- a. uruitura diastolica
 - b. pe EKG – P mitral
 - c. zgomotul II intarit
 - d. suflu sistolic in focarul mitral
42. Care din urmatoarele sunt cauze de insuficienta mitrala: a,b,c
- a. dilatarea inelului valvular
 - b. reumatismala
 - c. prolapsul de valva mitrala
 - d. HTA
43. In insuficienta mitrala intalnim: a, d
- a. suflu sistolic in focarul mitral
 - b. uruitura diastolica
 - c. zgomotul I intarit
 - d. suflu sistolic iradiat in axila
44. In stenoza aortica intalnim: a, b
- a. impuls apexian in afara spatiului V ic stg
 - b. suflu sistolic in focarul aortic
 - c. suflu diastolic in focarul aortic
 - d. hipertrofie atriala stg
45. In stenoza aortica intalnim: a, b
- a. sincope si lipotimii
 - b. hipertrofie ventriculara stg
 - c. TA crescuta
 - d. suflu diastolic in focarul aortic
46. In insuficienta aortica intalnim: a, c
- a. dans arterial carotidian

- b. suflu sistolic in focarul aortic
c. TA sistolica mare cu diastolica mica
d. hipertrofie ventriculara dreapta
47. In insuficienta aortica intalnim: a, b, c
a. **uruitura Austin Flint**
b. **hipertrofie ventriculara stg**
c. **semnul lui Müller**
d. suflu sistolic in focarul aortic
48. In stenoza tricuspiana intalnim: b, d
a. hipertrofie atriala stg
b. hipertrofie atriala dreapta
c. suflu sistolic in focarul tricuspian
d. uruitura diastolica in focarul tricuspian
49. In insuficienta tricuspiana intalnim: a, c
a. suflu sistolic in focarul tricuspian
b. suflu diastolic in focarul tricuspian
c. accentuarea suflului in inspir
d. accentuarea suflului in expir
50. In stenoza pulmonara intalnim: a, c
a. suflu sistolic in zona pulmonara
b. suflu diastolic in zona pulmonara
c. hipertrofie ventriculara dreapta
d. hipertrofie ventriculara stanga
51. In insuficienta pulmonara intalnim: a, c
a. suflu diastolic in focarul pulmonar
b. suflu sistolic in focarul pulmonar
c. hipertrofie ventriculara dreapta
d. hipertrofie ventriculara stanga
52. Care din urmatoarele reprezinta leziuni pe care se grefeaza infectia in endocardita infectioasa: a, b
a. valvulopatii
b. proteze valvulare
c. hipertensiunea arteriala
d. insuficienta cardiaca
53. Care din urmatoarele reprezinta cauze favorizante pt endocardita: b, d, e
a. ex cavitatii bucale
b. manevre stomatologice
c. ecografia cardiaca
d. interventii pe cord
e. interventii ginecologice
54. In endocardita infectioasa se intalnesc: b, c,
d
a. hipertensiune arteriala
b. paloare
c. embolii renale
d. agravarea insuficientei cardiace
55. Care din urmatoarele nu caracterizeaza infarctul miocardic acut: c,d
a. durerea este deosebit de intensa, atroce, socanta
b. durerea nu raspunde la nitroglicerina

- c. durata durerii variaza intre cateva secunde si 30 de minute
 d. durerea cedeaza la nitroglicerina
 e. prezinta anxietate extrema, dispnee, paloare, transpiratii
56. Suflul din insuficienta mitrala : b
 a. este diastolic
 b. iradiaza de la varf catre axila
 c. variaza cu ciclul respirator
 d. se asculta in spatiul II ic stang
57. Suflul din stenoza aortica : a,b,c
 a. este suflu de ejectie
 b. se aude in sistola
 c. iradiaza pe carotide
 d. se asculta in sp. II ic. stg.
58. Infarctul miocardic antero-lateral este localizat : b
 a. in V1-V2
 b. V4-V6, DI, aVL
 c. DII, DIII, aVF
59. Clacmentul de deschidere al mitralei poate dispere cand valvele sunt : b
 a. ingrosate
 b. complet rigide
 c. prezinta o miscare inversa
60. Clacmentul de deschidere al mitralei apare in : a
 a. stenoza mitrala
 b. insuficienta mitrala
 c. insuficienta cardiaca stanga
61. Suflul din insuficienta tricuspiana : a,b,d
 a. este de regurgitare
 b. se aude in sp. IV ic de o parte si alta a sternului
 c. iradiaza in axila
 d. se accentueaza in inspir
62. Supradenivelarea segmentului ST se intalneste mai frecvent in: a,c,d
 a. IMA cu unda Q
 b. infarctul miocardic subendocardic
 c. pericardite
 d. angina Prinzmetal

63. Semnele radiologice in pericardita cu revarsat apar cand cantitatea de lichid este de: a
- a. **minim 250ml**
 - b. minim 400 ml
 - c. minim 500 ml
 - d. minim 1L
64. Boala Burger se intalneste mai frecvent la : d
- a. copii
 - b. tineri
 - c. femei
 - d. **barbati**
 - e. ambele sexe
- ### ARITMII
18. Fibrilatia atriala se caracterizeaza prin: a,d
- a. **absenta undelor P**
 - b. complexe QRS care se succed regulat
 - c. frecventa atriala = 150- 200/min
 - d. **frecventa ventriculara = 50-160/min**
24. Sindromul Lown-Ganong-Levine se caracterizeaza prin : a
- a. **P-R < 0,12 s**
 - b. QRS > 0,12 s
 - c. Q-T > 0,45 s
25. Tahicardia supraventriculara : a,c
- a. **este o succesiune de mai mult de trei ESSV**
 - b. are o frecventa de 350-600 b/min
 - c. **undele P sunt dificil de identificat**
 - d. QRS > 0,10 s
26. Fibrilatia atriala apare in: a,b,c,d,e
- a. **boala mitrala**
 - b. **hipertiroidism**
 - c. **pericardite**
 - d. **WPW**
 - e. **cardiopatia ischemica**
27. Unda P blocata si precedata de b
complexe PQRS cu alungirea progresiva a PR, semnifica:

- a. bloc A-V gr. I
- b. bloc A-V gr. II, tip Wenckebach
- c. bloc Mobitz II
- d. bloc A-V gr. III

33. Fibrilatia ventriculara:

a,c

- a. duce la moarte subita
- b. este reversibila spontan
- c. prezinta un traseu haotic, cu frecventa rapida si neregulata
- d. apare si pe cord normal

36. Sincopa Adams-Stokes apare in:

b

- a. HTA
- b. Blocul A-V gr. III
- c. IMA
- d. Flutterul atrial

37. Sindromul WPW :

a,c,d

- a. este un sdr. de preexcitatie ventriculara
- b. prezinta P-R alungit $> 0,12$ s
- c. prezinta QRS alungit $> 0,12$ s
- d. prezinta unda delta

40. RS normal se caracterizeaza prin :

a,b,c,d

- a. prezenta undei P
- b. intervalul P-R constant cu durata intre 0,12-0,20 s
- c. configuratie constanta a undei P intr-o derivatie data
- d. frecventa cardiaca intre 60-100/min

**32TESTE PENTRU EXAMEN DE PROMOVARE LA
CATEDRA MEDICINA INTERNĂ-SEMILOGIE
STUDENȚI ANUL III FACULTATEA MEDICINA
GENERALĂ
ANUL DE STUDII 2010-2011**

COMPLIMENT MULTIPLU

1. În ce afecțiuni poate surveni starea de comă?
 - a) pneumonie;
 - b) diabet zaharat;
 - c) bronșită cronică;
 - d) astm bronșic;
 - e) ciroza hepatică.
 B;E.

2. Îngustarea pupilelor (mioză) se consată în:
 - a) hepatită acută;
 - b) uremie;
 - c) intoxicații cu morfină;
 - d) emfizem pulmonar;
 - e) insuficiența respiratorie.
 B;C.

3. Dilatarea pupilelor (midriază) este întâlnită în:
 - a) intoxicații cu atropină;
 - b) mixedem;
 - c) coma diabetică;
 - d) coma uremică;
 - e) coma hepatică;
 A;C;E.

4. Expresia feței bolnavului cu hiperfuncția tiroidei:
 - a) ochi lucitori cu clipirea rară;
 - b) îngustarea fantelor orbitale;
 - c) exoftalmie (ochi mari, larg deschiși);
 - d) edemațierea feței;
 - e) fața exprimă spaimă.
 A; C; E.

5. Expresia feței în hipofuncția glandei tiroide:
 - a) edemațierea feței;
 - b) trăsăturile feței șterse (fără mimică);
 - c) exoftalm;
 - d) îngustarea fantelor orbitale;
 - e) cianoza feței.
 A; B; D.

6. Cauzele schimbării culorii pielii sunt :
 - a) gradul de umplere a vaselor sangvine cu sânge;
 - b) cantitatea și calitatea pigmentului;
 - c) grosimea și transparența pielii;
 - d) gradul de umiditate a pielii;
 - e) elasticitatea pielii.

7. Cauza paloarei pielii:
 - a) spasmarea vaselor sangvine;
 - b) hipercolesterolemia;
 - c) dilatarea vaselor sangvine abdominale;
 - d) hipoalbuminemia;
 - e) anemia.
 A; C; E.

8. Hiperemia pielii poate fi întâlnită în:
 - a) stări febrile;
 - b) policitemia (boala Vaquez);
 - c) hipercolesterolemie;
 - d) icter;
 - e) colaps vascular.
 A; B.

9. Cauza culorii cianotice a pielii este:
 - a) insuficiența cardiacă;
 - b) insuficiența respiratorie;
 - c) insuficiența hepatică;
 - d) anemia;
 - e) eritremia (boala Vaquez)
 A; B.

10. Cauzele umidității exagerate a tegumentelor:
 - a) gușa difuză toxică;
 - b) hipofunția glandei tiroide;
 - c) scăderea critică a febrei;
 - d) coma hipoglicemică;
 - e) coma hiperglicemică.
 A; C; D.

11. Cauzele pielii uscate:
 - a) diabet zaharat;
 - b) hipofunția glandei tiroide;
 - c) dehidratarea organismului (diaree, vomă îndelungată);
 - d) uremie;
 - e) obezitate.
 A,B,C.D.

12. Mărirea ganglionilor limfatici submaxilari se întâlnește în:
 - a) procesul inflamator în cavitatea bucală;
 - b) hiperfuncția tiroidei;
 - c) hipofunția tiroidei;
 - d) meningită;
 - e) limfogranulematoză.
 A; E.

13. Febra hectică se caracterizează prin oscilații nictemirale până la:
- 1°C;
 - 2°C;
 - 2,5 °C;
 - 3,0°C;
 - 4,0°C;
- D,E.
14. În ce afecțiuni pulmonare apare hemoptizia?
- cancer pulmonar (bronșic);
 - infiltrație inflamatoare (pneumonia în focar);
 - bronșiectazie;
 - pleurizie;
 - infarct pulmonar.
- A; C; E.
15. Tusea matinală e caracteristică pentru:
- tabacism
 - bronșită cronică
 - boala bronșiectatică
 - hidrotorax
 - insuficiență mitrală
- A,B,C
16. În care afecțiuni pulmonare degetele pot avea formă de “bețișoare de tobă”?
- bronșită cronică complicată cu bronșiectazii;
 - afecțiuni pulmonare acute;
 - hidrotorax;
 - absces pulmonar cronic;
 - pneumoscleroză.
- A; D.
17. În care afecțiuni pulmonare degetele pot avea unghiile în formă “sticlă de ceasornic”?
- bronșită cronică complicată cu bronșiectazii;
 - afecțiuni pulmonare acute;
 - hidrotorax;
 - absces pulmonar cronic;
 - pneumoscleroză.
- A; D.
18. Particularitățile toracalgiilor cauzate de lezarea pleurei:
- se intensifică la respirație adâncă;
 - se atenuiază în poziția forțată;
 - se intensifică la tusea;
 - caracterul durerilor sub formă de junghi;
 - dureri retrosternale sub formă de accese.
- A; B; C; D.
19. Ce schimbări din partea toracelui se observă la inspecție în emfizem pulmonar?
- micșorarea excursiei cutiei toracice;
 - cutia toracică în formă de butoi;
 - rămânerea în urmă în respirație a unui hemitorace;
 - implicarea în respirație a mușchilor auxiliari;
 - micșorarea volumului unui hemitorace.
- A; B; D.
20. Alegeți formele normale a cutiei toracice:
- în formă de butoi (emfizematoasă);
 - paralitică;
 - normostenică;
 - hiperstenică;
 - astenică.
- C; D; E.
21. Alegeți formele patologice a toracelui:
- hiperstenică;
 - rahitică;
 - paralitică;
 - astenică;
 - emfizematoasă.
- B; C; E.
22. Care sunt semnele caracteristice pentru toracele rahitic?
- mărirea dimensiunii antero-posterioare în carenă;
 - unghiul epigastral ascuțit;
 - aparitia „mătăniilor costale”;
 - unghiul epigastral obtuz;
 - asimetria hemitoracelor.
- A; B; C.
23. Diferența dintre cutia toracică emfizematoasă și normostenică este:
- unghiul epigastral obtuz;
 - coastele situate mai orizontal;
 - mărirea dimensiunii antero-posterioare în comparație cu cele laterale;
 - aspectul de toracele blocat în inspir;
 - unghiul epigastral de 90°.
- A; B; C; D.
24. Diferența dintre cutia toracică emfizematoasă și astenică:
- unghiul epigastral obtuz;
 - coastele situate mai orizontal;
 - tendința de egalare; a dimensiunilor antero-posterioare și transversale;
 - aspectul de toracele blocat în inspir;

- e) unghiul epigastral mai mic de 90°.
A; B; C; D.
25. Ce formă toracică e caracteristică pentru emfizem pulmonar?
a) de butoi;
b) paralică;
c) asimetrică;
d) mărirea în volum a unui hemitorace;
e) unghiul epigastral mai mic de 90°.
A;C.
26. Schimbările toracelui, apreciate la inspecție, în atelectazie prin obturație:
a) mărirea în volum a hemitoracelui afectat;
b) micșorarea în volum și retracția mușchilor intercostali pe partea toracelui afectat;
c) partea afectată nu participă în respirație;
d) cutia toracică în formă de butoi;
e) forma toracelui paralică.
B; C.
27. Schimbările toracelui la inspecție în hidrotorax :
a) hemitoracele afectat se reține sau nu participă în respirație;
b) asimetria toracelui cu mărirea în volum a hemitoracelui afectat;
c) retracția spațiilor intercostale;
d) cutia toracică în formă de butoi;
e) proeminența spațiilor intercostale din partea afectată.
A; B; E.
28. Schimbările toracelui la inspecție în pneumotorax:
a) hemitoracele afectat se reține sau nu participă în respirație;
b) asimetria toracelui cu mărirea în volum a hemitoracelui afectat;
c) retracția spațiilor intercostale;
d) cutia toracică în formă de butoi;
e) proeminența spațiilor intercostale din partea afectată.
A; B; E.
29. Schimbările toracelui în timpul accesului de astm bronșic:
a) nu se schimbă;
b) în formă de butoi;
c) blocat în faza de inspir;
d) participă în respirație mușchii auxiliari;
e) bombarea foselor supraclaviculare.
B; C; D; E.
30. Schimbările toracelui în emfizem pulmonar apreciate la palpație sînt:
a) toracele elastic;
b) toracele rigid;
c) micșorarea excursiei respiratoare a toracelui;
d) intensificarea vibrațiilor vocale;
e) atenuarea vibrațiilor vocale.
B; C; E.
31. Cauzele atenuării sau dispariției vibrațiilor vocale:
a) indurația țesutului pulmonar în infiltrația inflamatoare;
b) îngroșarea peretelui toracic (din conținutul țesutului adipos);
c) acumularea de lichid în cavitatea pleurală;
d) cavitate în plămân;
e) obturația unui bronh de calibru mare;
B; C; E.
32. Schimbările toracelui în emfizem pulmonar apreciate la palpație sînt:
a) toracele elastic;
b) toracele rigid;
c) micșorarea excursiei respiratoare a toracelui;
d) intensificarea vibrațiilor vocale;
e) lipsa vibrațiilor vocale.
B; C.
33. Cauzele atenuării sau dispariției vibrațiilor vocale:
a) indurația țesutului pulmonar în condensare neretractilă;
b) îngroșarea peretelui toracic (din conținutul țesutului adipos);
c) cumulara de lichid în cavitatea pleurală;
d) cavitate în plămân;
e) cumulara de aer în cavitatea pleurală;
B; C; E.
34. În care din sindroamele enumerate se depistează atenuarea sau dispariția vibrațiilor vocale?
a) atelectazia prin obturație;
b) sindrom cavitătar;
c) hidrotorax;
d) pneumotorax
e) indurația inflamatorie a țesutului pulmonar(condensare pulmonară);
A; C; D.
35. În care din sindroamele enumerate se depistează atenuarea sau dispariția vibrațiilor vocale?
a) atelectazia prin obturație;
b) sindrom cavitătar;

- c) hidrotorax;
d) pneumotorax
e) condensare pulmonară neretractilă;
A; C; D.
36. Cauzele intensificării vibrațiilor vocale:
a) indurația țesutului plămônar (infiltrație inflamatoare);
b) cavitate mare cu pereții netezi și indurați care comunică cu bronhul;
c) obturația unui bronh de calibru mare;
d) pneumotorax;
e) inflamația mucoasei bronhiilor.
A; B.
37. Sunet percutor mat deasupra plămânilor apare în:
a) hiperaerația plămânilor;
b) condensarea pulmonară;
c) prezența cavității în plămîn;
d) prezența lichidului în cavitatea pleurală;
e) colabarea plămînului în urma obturației unui bronh de calibru mare.
B; D; E.
38. Sunet percutor timpanic deasupra plămînului apare în:
a) pneumotoraxul închis;
b) emfizem pulmonar;
c) infiltrația inflamatoare în plămîn;
d) cavitate mare care comunică cu bronh;
e) prezența exudatului în cavitatea pleurală.
A; D.
39. În ce patologie limita inferioară a plămînului se deplasează în jos?
a) pneumonia în focar mic;
b) emfizem pulmonar;
c) hiperaerația vicară pulmonară;
d) deplasarea diafragmului în jos;
e) condensarea pulmonară neretractilă.
B; C; D.
40. În ce patologie limita inferioară a plămînului se deplasează în jos?
a) pneumonia în focar mic;
b) emfizem pulmonar;
c) hiperaerația vicară pulmonară;
d) deplasarea diafragmului în jos;
e) condensarea pulmonară retractilă.
B; C; D.
41. În ce proces patologic se micșorează mobilitatea inferioară a plămânilor?
a) emfizem pulmonar;
b) poziția joasă a diafragmului;
c) pneumoscleroza bilaterală în lobi inferiori a plămânilor;
d) pleurita uscată (aderențele pleurale);
e) inflamația bronhiilor.
A; C; D.
42. Cauzele atenuării patologice a murmurului vezicular:
a) micșorarea elasticității alveolare;
b) micșorarea cantității de alveole funcționale;
c) îngroșarea peretelui toracic;
d) cavitate în plămîn;
e) acumularea masivă lichidului sau aerului în cavitatea pleurală.
A; B; C.
43. Cauzele apariției suflului bronșic patologic:
a) cavități mari în plămîni care comunică cu bronh;
b) infiltrația inflamatoare a țesutului pulmonar (un lob)
c) lezarea bronhiilor;
d) prezența aerului în cavitatea pleurală;
e) aderențe masive a foștelor pleurale.
A; B.
44. În care patologii poate fi auscultată respirația bronhoveziculară?
a) cavități mici acoperite cu țesut pulmonar;
b) focarul atelectaziei prin compresie;
c) hiperaerația țesutului pulmonar;
d) focare de indurație situate superficial, înconjurate de țesut pulmonar neafectat;
e) inflamația bronșilor
A; B; D.
45. Cauza apariției ralurilor uscate sibilante:
a) prezența sputei lichide în bronhiile de calibru mic;
b) obstrucția bronhiilor mici și a bronhiolilor (bronhospasm);
c) prezența sputei vâscaose în bronhiile mici și bronhiole;
d) prezența exudatului în alveole;
e) lezarea pleurei.
B; C.
46. Cauza apariției ralurilor uscate sibilante:
a) prezența sputei lichide în bronhiile de calibru mic;
b) bronhospasm (la nivelul bronhiilor mici și bronhiole);

- c) prezența sputei vâscoase în bronhiile mici și bronhiole;
- d) prezența exudatului în alveole;
- e) prezența sputei vâscoase în bronhiile de calibru mare.
- B; C; E.
47. Cauza apariției frotățiilor pleurale:
- a) dehidratarea foștelor pleurale (uscarea);
- b) prezența sputei în bronhii;
- c) inflamația foștelor pleurale;
- d) depuneri de fibrină pe foștele pleurale;
- e) inflamația alveolelor.
- A; C; D.
48. Diferențierea frotățiilor pleurale de raluri umede:
- a) se aud numai în expir;
- b) se aud numai în inspir;
- c) se aud mai bine la apăsarea cu stetoscopul pe cutia toracică;
- d) nu se schimbă după tuse;
- e) se aud în respirație imitată cu gura și nasul închise.
- C; D; E.
49. Diferențierea frotățiilor pleurale de raluri crepitante (crepitații):
- a) se aud în ambele faze ale respirației;
- b) se aud la apogeul inspirației;
- c) se aud în respirație imitată cu gura și nasul închise.
- d) se intensifică la apăsarea cu stetoscopul pe cutia toracică, la inspir profund;
- e) se schimbă după tuse.
- A; C; D.
50. Diferențierea frotățiilor pleurale de raluri crepitante (crepitații):
- a) se aud în ambele faze ale respirației;
- b) se aud numai în expir;
- c) se aud în respirație imitată cu gura și nasul închise.
- d) se intensifică la apăsarea cu stetoscopul pe cutia toracică;
- e) se schimbă după tuse.
- A; C; D.
51. Diferențierea ralurilor crepitante (crepitațiilor) de raluri umede buloase mici:
- a) se aud în inspir și expir;
- b) se aud la apogeul inspirului;
- c) nu se schimbă după tuse;
- d) se aude uniform sunetul acustic;
- e) se aud difuz, modificându-se după tuse.
- B; C; D.
52. Cauzele intensificării bronhofoniei:
- a) infiltrația inflamatorie a țesutului pulmonar;
- b) prezența lichidului în cavitatea pleurală;
- c) prezența lichidului și aerului în cavitatea pleurală;
- d) prezența cavității mari în plămân, superficială, care comunică cu bronh;
- e) obstrucția bronhiilor.
- A; D.
53. Cauzele atenuării bronhofoniei:
- a) infiltrația inflamatorie a țesutului pulmonar;
- b) prezența aerului în cavitatea pleurală;
- c) prezența cavității în plămân, care comunică cu bronh;
- d) hiperpneumatizarea plămânilor (emfizem);
- e) prezența lichidului în cavitatea pleurală în cantități moderate;
- B; D; E.
54. Ce zgomote principale și supraadăugate se vor auzi în bronșita cronică, fără complicații:
- a) raluri uscate;
- b) raluri umede nesonore;
- c) raluri umede sonore;
- d) respirație aspră;
- e) respirație mixtă.
- A; B; D.
55. Cauza sonorității ralurilor umede (ralurilor subcrepitante):
- a) prezența secretului lichid în cavitate cu pereți netezi și îndurați, superficială, care comunică cu bronh;
- b) hiperpneumatizarea plămânilor;
- c) prezența sputei lichide în bronhii, înconjurați de țesut pulmonar condensat;
- d) prezența sputei lichide în bronhiile mici;
- e) prezența sputei vâscoase în bronhii.
- A; C.
56. Care din semnele enumerate mai jos sunt caracteristice pentru atelectazie prin obturație (bronhul obturat complet de 1 săptămână)?
- a) percutor – matitatea absolută;
- b) percutor – sunet de cutie;
- c) lipsa zgomotelor respiratoare;
- d) lipsa vibrațiilor vocale;
- e) frotățiile pleurale.
- A; C; D.

57. Care din semnele enumerate sunt caracteristice pentru atelectazie prin compresie (în hidrotorax masiv)?
- la percuție sunet submat cu nuanță timpanică;
 - auscultativ – suflu bronșic;
 - vibrațiile vocale și bronhofonia atenuate;
 - zgomotele respiratorii lipsesc;
 - vibrațiile vocale și bronhofonia intensificate.
- A; B; E.
58. Ce semne clinice sunt caracteristice pentru pneumotoraxul închis?
- percutor – sunet timpanic;
 - atenuarea sau lipsa zgomotelor respiratorii și bronhofoniei;
 - intensificarea vibrațiilor vocale;
 - mărirea în volum și rămânerea în urmă în actul de respirație hemitoraceului din partea afectată;
 - frotațiile pleurale.
- A; B; D.
59. Sindromul cavității în plămân (d=6 cm, pereți netezi și indurați, superficială, comunică cu bronh) :
- percutor – sunet timpanic;
 - auscultativ – suflu amforic;
 - raluri umede medii și mari sonore;
 - atenuarea vibrațiilor vocale și bronhofoniei;
 - frotațiile pleurale.
- A; B; C.
60. Sindromul cavității în plămân (d=6 cm, pereți netezi și indurați, superficială, comunică cu bronh) :
- percutor – sunet timpanic;
 - auscultativ – suflu amforic;
 - raluri umede medii și mari sonore;
 - atenuarea vibrațiilor vocale și bronhofoniei;
 - respirație aspră.
- A; B; C.
61. Semnele clinice caracteristice pentru hiperpneumatizarea plămânilor, pierderea elasticității alveolare (emfizem pulmonar):
- cutia toracică rigidă;
 - vibrațiile vocale intensificate;
 - sunet percutor de cutie;
 - murmur vezicular atenuat;
 - frotațiile pleurale.
- A; C; D.
62. Care din semnele enumerate sunt caracteristice pentru acumularea lichidului și aerului în cavitatea pleurală?
- sunet percutor mat;
 - sunet percutor mat și timpanic;
 - zgomotele respiratoare și bronhofonia lipsesc;
 - vibrațiile vocale intensificate;
 - mărirea în volum și rămânerea în urmă la respirație din partea afectată.
- B; C; E.
63. Care din semnele enumerate sunt caracteristice pentru acumularea lichidului și aerului în cavitatea pleurală?
- sunet percutor mat;
 - sunet percutor mat și timpanic;
 - zgomotele respiratoare și bronhofonia lipsesc;
 - vibrațiile vocale lipsesc;
 - mărirea în volum și rămânerea în urmă la respirație din partea afectată.
- B; C; D; E.
64. Care din afecțiunile enumerate preced dezvoltării emfizemului pulmonar?
- bronșită acută;
 - bronșită cronică obstructivă;
 - pneumoscleroza difuză;
 - astm bronșic cu acuze de sufocare frecvente;
 - pneumonia acută.
- B; C; D.
65. Semnele principale a bolnavului în bronșiectazia saciformă:
- eliminarea sputei în cantități mari (peste 200,0 ml);
 - nuanța timpanică a sunetului percutor;
 - raluri umede buloase medii și mici sonore;
 - vibrațiile vocale și bronhofonia nemodificate;
 - vibrațiile vocale și bronhofonia intensificate.
- A; B; C, E.
66. Prin ce diferă hiperaerația vicară a plămânului de emfizemul pulmonar?
- proces reversibil;
 - evoluție progresivă;
 - proces compensator;
 - elasticitatea alveolelor se micșorează;
 - hiperpneumatizarea plămânilor fără schimbări morfologice din partea alveolelor.
- A; C; E.
67. În bronșita cronică la auscultația plămânilor depistăm:
- raluri uscate;
 - raluri umede sonore;
 - raluri umede nesonore;

- d) raluri crepitante (crepitație);
e) frotațiile pleurale
A; C.
68. Indicați în care din sindroamele enumerate bronhofonia este atenuată?
a) sindromul de indurație inflamatoare;
b) sindromul cavității în plămân;
c) sindromul acumulării lichidului în cavitatea pleurală;
d) sindromul acumulării aerului în cavitatea pleurală;
e) sindromul hiperaerației pulmonare.
C,D,E.
69. Indicați în care din sindroamele enumerate bronhofonia nu este atenuată?
a) sindromul decondensării inflamatoare;
b) sindromul cavității în plămân;
c) sindromul acumulării lichidului în cavitatea pleurală;
d) sindromul acumulării aerului în cavitatea pleurală;
e) sindromul hiperaerației pulmonare.
A,B.
70. Ce este caracteristic pentru hidrotoraxul avansat?
a) sunet percutor mat;
b) murmur vezicular atenuat;
c) vibrațiile vocale atenuate;
d) bronhofonia exagerată;
e) lipsa zgomotelor respiratorii.
A,E.
71. Ce nu este caracteristic pentru hidrotoraxul avansat?
a) murmur vezicular intensificat;
b) sunet percutor mat;
c) vibrațiile vocale intensificate;
d) bronhofonia exagerată;
e) frotațiile pleurale.
A, C,D,E.
72. Cauzele diminuării murmurului vezicular sunt:
a) pierderea elasticității alveolelor;
b) inflamația mucoasei bronhiilor;
c) prezența lichidului în cavitatea pleurală;
d) hidropneumotorax;
e) cutia toracică subțire
A, C,D
73. În ce maladie se determină în spută spirale Curschmann și cristale Charcot-Leyden?
a) bronșită acută;
b) bronșită cronică;
c) astm bronșic;
d) pneumonie în focar;
e) pneumonie crupoasă.
C
74. Ce afecțiuni preced emfizemul pulmonar?
a) bronșita acută
b) pneumonia;
c) astmul bronșic;
d) bronșita obstructivă cronică;
e) pleurezia uscată sau exudativă
C,D
75. Curba termică în pneumonia crupoasă este:
a) neregulată;
b) intermitentă;
c) subfebrilă;
d) recurentă
e) de tip continuu (în platou).
E
76. La inspecția cutiei toracice în pneumonia crupoasă se observă:
a) mărirea în volum a hemitoracelui afectat;
b) micșorarea în volum a hemitoracelui afectat;
c) retracția spațiilor intercostale din partea afectată;
d) reținerrea în respirație a hemitoracelui afectat
e) intensificarea amplitudinilor respiratorii la hemitoracelui afectat
D
77. În care din sindroamele menționate freacă vocală este intensificată?
a) sindromul de condensare a țesutului pulmonar;
b) sindromul atelectaziei prin obturare;
c) sindromul de hidrotorax;
d) sindromul de pneumotorax;
e) sindromul cavității în plămân, care comunică cu bronhia.
A,E
78. Ce modificări ale limitelor pulmonare pot fi în emfizem pulmonar?
a) nu sunt modificări;
b) se deplasează în sus limitele superioare;
c) se deplasează în jos limitele inferioare;
d) se micșorează mobilitatea maximală a limitelor inferioare a plămânilor
e) se mărește mobilitatea maximală a limitelor inferioare a plămânilor.
B,C,D
79. Cum se schimbă caracterul zgomotelor respiratorii principale în perioada de aflux a pneumoniei crupoase?
a) murmur vezicular;
b) respirația mixtă;
c) murmur vezicular diminuat
d) respirația aspră;
e) suflul bronșic.

C

80. Cum se schimbă caracterul zgomotelor reparatori principale în perioada de stare a pneumoniei crupose?

- a) murmur vezicular;
- b) respirația mixtă;
- c) suflu amforic;
- d) respirația aspră;
- e) suflul bronșic.

E

81. Cum se schimbă caracterul zgomotelor reparatori principale în perioada de resorbție a pneumoniei crupose?

- a) murmur vezicular;
- b) respirația mixtă;
- c) murmur vezicular diminuat
- d) respirația aspră;
- e) suflul bronșic.

C

82. Ce tip de curbă termică este caracteristic pentru pneumonia în focar?

- a) ondulată;
- b) în platou (continuă);
- c) hectică;
- d) hiperpiretică
- e) neregulată

E

83. Ce schimbări ale hemogramei sunt caracteristice pentru pneumonia crupoasă?

- a) leucopenia;
- b) leucocitoza neutrofilă marcată;
- c) eritrocitoza;
- d) eozinofilia
- e) monocitoza

B

84. Cutia toracică emfizematoasă prezintă:

- a) unghiul epigastric ascuțit;
- b) unghiul epigastric drept;
- c) unghiul epigastric obtuz;
- d) fose supraclaviculare nivelate sau bombate;
- e) fose supraclaviculare adâncite

C,D

85. În pneumonia crupoasă durerile în cutia toracică apar:

- a) la tuse;
- b) în inspir profund;
- c) în reținerea respirației;
- d) sunt permanente;
- e) în legătură cu efortul emoțional.

A,B

86. Cum se schimbă forma cutiei toracice în timpul accesului de astm bronșic?

- a) nu se schimbă;
- b) paralică;
- c) forma de butoi;
- d) scafoidă;
- e) infundibuliformă.

C

87. Mecanismul apariției ralurilor crepitante (crepitației):

- a) spasmul musculaturii netede a bronhiilor;
- b) inflamația mucoasei bronhiilor;
- c) acumularea exudatului în lumenul bronhiilor;
- d) acumularea exudatului în lumenul alveolelor
- e) acumularea transudatului în lumenul alveolelor

D,E

88. În stadiul de stare al pneumoniei crupose tusea este:

- a) uscată;
- b) umedă cu sputa mucoasă;
- c) umedă cu sputa purulentă;
- d) umedă cu expectorația unei cantități mari de spută purulentă, "cu gura plină";
- e) umedă cu sputa "ruginie" lipicioasă

E

89. Limitele plămânilor în timpul accesului de astm bronșic:

- a) nu se schimbă;
- b) limitele superioare se deplasează în jos;
- c) limitele superioare se deplasează în sus;
- d) limitele inferioare se deplasează în sus;
- e) limitele inferioare se deplasează în jos;

C, E

90. În care din sindroamele enumerate bronhofonia va fi exagerată?

- a) sindromul condensării pulmonare;
- b) sindromul cavității în plămân, care comunică cu bronhia;
- c) sindromul de hidrotorax;
- d) sindromul de pneumotorax;
- e) sindromul de atelectazie prin obturare.

A,B

91. Pentru patologie cardiacă tipică este dispnee:

- a) expiratorie
- b) inspiratorie
- c) mixtă
- d) la efort fizic
- e) lipsa dispneei

B,D

92. Limitele pediculului vascular sunt formate de:

- a) aortă;
- b) vena cava inferior;
- c) atri;

- d) ventricule;
 - e) trunchiul pulmonar.
- A,E

93. Limitele pediculului vascular nu sunt formate de:

- a) aortă;
 - b) vena cava inferior;
 - c) atrii;
 - d) ventricole;
 - e) trunchiul pulmonar.
- B,C,D

94. Componentele zgomotului I cardiac sînt:

- a) musculară
 - b) atrială
 - c) ventriculară
 - d) vasculară
 - e) valvulară
- A,B,D,E

95. Componentele zgomotului II cardiac sînt:

- a) ventriculară
 - b) musculară
 - c) atrială
 - d) vasculară
 - e) valvulară
- D,E

96. Componentele zgomotului II cardiac sînt:

- a) valvulară
 - b) musculară
 - c) vasculară
 - d) atrială
 - e) sanguină
- A,C

97. Componentele zgomotului II cardiac:

- a) închiderea valvei aortice;
 - b) vibrația porțiunii ascendente a pereților aortei și trunchiului pulmonar;
 - c) închiderea valvei trunchiului pulmonar;
 - d) deschiderea valvei aortice;
 - e) deschiderea valvei trunchiului pulmonar.
- A,B,C

98. Componenta valvulară a zgomotului I este cauzată de:

- a) vibrația valvei mitrale;
 - b) vibrația valvei tricuspide;
 - c) vibrația valvei aortice;
 - d) vibrația arterei pulmonare;
 - e) creșterea viscozității sîngelui.
- A,B

99. Suflul diastolic se auscultă în caz de:

- a) stenoza aortică;
 - b) stenoza mitrală;
 - c) insuficiența mitrală;
 - d) stenoza pulmonară
 - e) stenoza tricuspidiană
- B,E

100. Suflurile funcționale se depistează în caz de:

- a) creșterea vitezei circulației sangvine
 - b) scăderea vitezei circulației sangvine
 - c) micșorarea viscozității sîngelui;
 - d) creșterea viscozității sîngelui;
 - e) fluxul laminar a sîngelui
- A,C

101. Suflurile funcționale sînt:

- a) stabile
 - b) instabile
 - c) iradiaza de la punctul formării
 - d) nu iradiaza de la punctul formării
 - e) sînt fine și scurte
- B,D,E

102. În caz de hipertrofie a ventriculului stîng la ECG au loc schimbări din partea:

- a) amplitudinii unde P;
 - b) amplitudinii unde R;
 - c) intervalului PQ;
 - d) axei electrice a cordului;
 - e) duratei unde P.
- B,D

103. Apariția zgomotului II cardiac este cauzată de:

- a) vibrațiile miocardului;
 - b) închiderea valvei mitrale;
 - c) închiderea valvei tricuspide.
 - d) închiderea valvei aortice;
 - e) închiderea valvei arterei pulmonare
- D,E

104. În normă amplitudinea zgomotului II depășește amplitudinea zgomotului I în următoarele focare de auscultația:

- a) la aortă;
- b) la artera pulmonară;
- c) în punctul Botkin-Erbach;
- d) la apex;
- e) la nivelul procesului xifoid.

A,B

105. "Pulsus differens" se determină în caz de:

- a) hipertensiune arterială;
- b) fibrilație atrială;

- c) insuficiență mitrală;
 - d) stenoza unei artere brahiale
 - e) stenoza mitrală critică
- D,E

106. Cauzele cianozei în insuficiența cardiacă sunt:

- a) staza în circuitul mic;
- b) reducerea presiunii în circuitul mare;
- c) micșorarea presiunii în artera pulmonară;
- d) respirația frecventă;
- e) acumularea în sânge a hemoglobinei peroxidate.

A,E

107. Sindromul de insuficiență ventriculară stângă acută se manifestă prin:

- a) acces de sufocare;
- b) dispnee la efort fizic;
- c) raluri umede bule (raluri subcrepitanre) în plămâni;
- d) raluri sibilante;
- e) spută rozată.

A,C,E

108. Insuficiența ventriculară dreaptă acută provoacă:

- a) stază în circuitul mare;
- b) hipertensiune arterială;
- c) stază în circuitul mic;
- d) edeme periferice;
- e) hepatomegalie.

A,D,E

109. La auscultația cordului în caz de insuficiență mitrală se determină:

- a) diminuarea zgomotului I la apex;
- b) suflu sistolic la apex;
- c) suflu diastolic la apex;
- d) accentuarea zgomotului I la apex;
- e) accentuarea zgomotului II la aortă.

A,B

110. La bolnavii cu stenoza mitrală la apexul cordului se auscultă:

- a) diminuarea zgomotului I;
- b) suflu diastolic;
- c) suflu sistolic;
- d) zgomotul I clacant;
- e) diminuarea zgomotului II.

B,D

111. În cazul decompensării părții stângi ale cordului limitele matității relative ale cordului se deplasează:

- a) în jos;

b) în dreapta și în jos.

- c) în dreapta;
- d) în stânga;
- e) în sus;

A,D

112. Diminuarea uniformă a ambelor zgomote cardiace se constată în caz de:

- a) obezitate;
- b) stenoza tricuspidiană;
- c) hipertensiune arterială;
- d) micșorarea capacității de contracție a miocardului;
- e) insuficiență mitrală.

A,D

113. Hipertrofia ventriculului stâng se manifesta prin creșterea amplitudinii undei R în următoarele derivații ECG:

- a) V_{1-2} ;
- b) V_{5-6} ;
- c) III;
- d) I;
- e) aVL.

B,D,E

114. Hipertrofia ventriculului drept se manifesta prin mărirea amplitudinii undei R în următoarele derivații de ECG:

- a) III;
- b) V_{1-2} ;
- c) I;
- d) V_{5-6} ;
- e) aVF.

A,E

115. Hipertrofia atriului stâng se manifesta prin următoarele modificările al ECG:

- a) P bifid și pozitiv în DI, DII, aVL;
- b) creșterea amplitudinii undei R
- c) unda T negativă
- d) P negativ în DIII, aVL
- e) axul electric a cordului cu "deviere spre stânga".

A,D

116. Conturul drept al cordului este format din:

- a) ventriculul drept;
- b) ventriculul stâng;
- c) atriul stâng;
- d) atriul drept;
- e) vena cava superioară.

D,E

117. Diminuarea sonorității zgomotului II la aortă este întâlnită în:

- a) insuficiență aortică;
 - b) hipertensiune arterială;
 - c) micșorarea presiunii în artera pulmonară;
 - d) stenoza aortică severă;
 - e) hipotensiune arterială.
- A,D,E

118. Creșterea sonorității zgomotului II la aortă (accentul) este întâlnită în:

- a) insuficiență aortică;
 - b) hipertensiune arterială;
 - c) micșorarea presiunii în artera pulmonară;
 - d) îngroșarea aterosclerotică a valvelor aortice;
 - e) hipertensiune arterială.
- B,D,E

119. La auscultația cordului în caz de insuficiență aortică se determină:

- a) diminuarea zgomotului I la apex;
- b) diminuarea zgomotului II la aorta;
- c) suflu sistolic la apex;
- d) suflu diastolic la aorta;
- e) suflu sistolic la aorta.

A,B,C,D

120. La bolnavii cu stenoza aortică severă se auscultă:

- a) accentuarea zgomotului I la apex;
- b) suflu diastolic;
- c) suflu sistolic;
- d) accentuarea zgomotului II la aorta;
- e) diminuarea zgomotului II la aorta.

C,E

121. Ritmul de galop apare în caz de:

- a) stenoza mitrală;
- b) miocardită,
- c) infarct miocardic;
- d) insuficiență mitrală;
- e) insuficiență tricuspida.

B,C

122. Ritmul de galop apare în caz de:

- a) stenoza mitrală;
- b) miocardită,
- c) insuficiența ventriculară stângă severă
- d) insuficiență mitrală;
- e) insuficiență tricuspida.

B,C

123. Etiologia valvulopatiilor aortice:

- a) ateroscleroza;
- b) endocardita reumatică;
- c) sifilisul;

- d) endocardita infecțioasă;
- e) rubeola.

A,B,C,D

124. Semnele ECG caracteristice pentru bloc atrioventricular gr.II tip Mobitz II:

- a) numărul undelor P este mai mare decât numărul complexelor QRS;
- b) creșterea treptată a duratei intervalului PQ;
- c) deformarea complexului QRS;
- d) depresia segmentului ST
- e) unda Q mai mare de $\frac{1}{4}$ din R.

A

125. Semnele ECG ale fibrilației atriale sînt:

- a) lipsa undei P și înlocuire ei cu unde f
- b) deformarea complexului QRS;
- c) creșterea intervalului PQ;
- d) bloc atrioventricular
- e) distanța R-R diferită.

A,E

126. Semnele ECG caracteristice perioadei acute a infarctului miocardic transmural :

- a) bloc intraatrial;
- b) bloc sinoauricular;
- c) unda Q patologică sau QS;
- d) supredenivelarea segmentului ST+unda T de tip coronarian
- e) PQ mai mic de 0,12 s.

C,D

127. Complicațiile infarctului miocardic:

- a) anevrism disecant al aortei;
- b) anevrism cronic al cordului;
- c) diabet zaharat
- d) dereglări de ritm
- e) insuficiență renală acută.

A,B,D

128. Pentru accesele de angină pectorală este caracteristic:

- a) durata durerilor retrosternale până la 15 min;
- b) durerile cedează după administrarea nitroglicerinei;
- c) iradierea durerilor în piciorul stîng;
- d) hemoptizia
- e) amețeli.

A,B

129. Simptomele caracteristice pentru stenoza aortică valvulară:

- a) freazăt sistolic deasupra aortei;
- b) freazăt sistolic la apex;

- c) suflu diastolic la aortă;
d) suflu sistolic la aortă + carotide;
e) diminuarea Zg II la aortă.
A,D,E
130. Amețeli la efort fizic sînt caracteristice pentru:
a) stenoza aortică;
b) stenoza mitrală;
c) insuficiența aortică;
d) insuficiența mitrală
e) ciroza hepatică.
A,C
131. Semnele auscultative ale insuficienței aortice sunt:
a) zg.I diminuat la apex;
b) suflu sistolic la aortă;
c) zg.II diminuat la aortă;
d) suflu diastolic la aortă;
e) dedublarea zg. II la aortă.
A,C,D
132. Suflul diastolic în insuficiența aortică se aude:
a) La apex;
b) în punctul Botkin - Erbah;
c) la aortă
d) pe dreapta lângă procesul xifoid
e) pe artera cubitală.
B,C
133. Tahicardia sinusală se depistează în:
a) anemii severe;
b) ulcer gastric;
c) hipertiroidism;
d) sub influența atropinei;
e) pielonefrite
A,C,D
134. Pentru insuficiența aortică este caracteristic:
a) suflu sistolic la aortă;
b) suflu diastolic la aortă;
c) zg.II diminuat la aortă;
d) zg.II accentuat la aortă;
e) zg. I diminuat la apex
B,C,E
135. Bradicardia sinusală poate fi cauzată de:
a) influența glicozidelor cardiace;
b) influența adrenalinei;
c) influența frigului;
d) mixedem;
e) hipertermie
A,C,D
136. Extrasistolia se poate întâlni:
a) la persoanele sănătoase(număr limitat);
b) în tireotoxicoză;
c) în colită ulceroasă nespecifică;
d) la folosirea ceaiului, cafelei (doze exagerate).
e) În emfizem pulmonar
A,B,D
137. Semnele ECG ale blocului atrioventricular gr.III
a) numărul undelor P este egal cu numărul complexelor QRS;
b) numărul complexelor QRS este mai mic decât cel al undelor P;
c) undele P și complexele QRS se înregistrează în ritm propriu;
d) unda P se înregistrează bifazică
e) Intervalul P-Q mai mic de 0,12s.
B,C
138. Semnele ECG caracteristice pentru blocul de ram al fasciculusului His:
a) modificarea undei P;
b) unda P nu este schimbată;
c) complexul QRS nu este dilatat;
d) durata complexului QRS mai mare de 0,11
e) axa electrică deviată spre stînga.
B,D
139. Semnele ECG caracteristice pentru fibrilația atrială sunt:
a) dilatarea undei P;
b) dispariția undelor P;
c) dispariția complexului QRS;
d) apariția undelor f.
e) extrasistolie ventriculară.
B,D
140. Semnele radiologice ale insuficienței aortice sunt:
a) talia cardiacă evidențiată;
b) talia cardiacă dispăre;
c) dilatarea aortei;
d) hipertrofia ventriculară stîngă excentrică
e) mărirea atriului drept
A,C,D
141. Semnele radiologice ale stenozei aortice sunt:
a) hipertrofia ventriculară stîngă;
b) talia cardiacă dispăre;
c) talia cardiacă evidențiată
d) hipertrofia atriului drept.
e) configurația mitrală a cordului.
A,C

142. Complexul QRS pe traseul ECG reflectă:
 a) depolarizarea atriilor;
 b) depolarizarea ventriculelor;
 c) excitabilitatea ventriculelor
 d) conductibilitatea intraventriculară
 e) starea refractară.
 B,C,D
143. În focarul aortic zgomotul II poate fi diminuat în:
 a) insuficiența mitrală;
 b) insuficiența aortică;
 c) hipertensiunea arterială;
 d) stenoza aortică;
 e) stenoza mitrală.
 B,D
144. Complicațiile hipertensiunii arteriale sunt:
 a) accident vascular cerebral;
 b) infarctul miocardic;
 c) cord pulmonar cronic
 d) insuficiența hepatică;
 e) artrită reactivă
 A,B
145. Electrostimularea cardiacă este indicată în:
 a) bloc atrioventricular de gr. III
 b) b) bloc atrioventricular de gr. II, grad avansat
 c) c) extrasistole ventriculară frecventă
 d) d) colaps
 e) criză hipertensivă.
 A,B
146. Fibrilația atrială este întâlnită mai frecvent în:
 a) insuficiența aortică;
 b) hipertensiunea arterială;
 c) insuficiența mitrală;
 d) stenoza mitrală
 e) coarctăția aortei.
 C,D
147. Zgomotul I este diminuat la apex în:
 a) stenoza mitrală;
 b) insuficiența mitrală;
 c) stenoza arterei pulmonare;
 d) insuficiența aortică;
 e) stenoza tricuspidiană.
 B,D
148. Suflul diastolic se auscultă în:
 a) stenoza mitrală
 b) stenoza arterei pulmonare
 c) stenoza aortică
 d) insuficiența mitrală
 e) insuficiența aortică.
149. Formele dureroase clinice ale cardiopatiei ischemice sunt:
 a) angorul pectoral
 b) infarctul miocardic
 c) tromboembolismul arterei pulmonare
 d) tulburările de ritm
 e) insuficiența cardiacă
 A,B
150. Indicați semnele clinice și ECG ale fibrilației atriale:
 a) lipsa undei P și înlocuire ei cu undele "f"
 b) frecvența contracțiilor cardiace joasă
 c) lipsa undei T
 d) lipsa deficitului de puls
 e) intervale R-R diferite pe traseul ECG
 A,B,E
151. Indicați semnele clinice și ECG ale fibrilației atriale:
 a) lipsa undei P și înlocuire ei cu undele "f"
 b) lipsa undei T
 c) frecvența contracțiilor cardiace mare
 d) lipsa deficitului de puls
 e) intervale R-R diferite pe traseul ECG
 A,C,E
152. Care semne clinice sunt specifice tahicardiei paroxistice supraventriculare :
 a) început brusc
 b) început treptat
 c) puls ritmic, FCC până la 140 bătăi de minut
 d) puls ritmic, FCC mai frecvent de 140 bătăi pe minut
 e) puls aritmic, frecvent.
 A,D
153. Caracterizați zgomotele cardiace în stenoza aortică:
 a) Zg. I la apex poate fi diminuat
 b) Zg. I la apex poate fi accentuat
 c) Zg. II la aortă este diminuat
 d) Zg. II la aortă este accentuat
 e) suflu diastolic la aortă
 A,C
154. Caracterizați zgomotele cardiace în stenoza aortică:
 a) Zg. I la apex poate fi diminuat
 b) Zg. I la apex poate fi accentuat
 c) Zg. II la aortă este diminuat
 d) Zg. II la aortă este accentuat

- e) suflu sistolic la aortă
A,C,E
155. Caracterizați zgomotele cardiace în insuficiența aortică:
- Zg. I la apex poate fi diminuat
 - Zg. I la apex poate fi accentuat
 - Zg. II la aortă este diminuat sau lipsește
 - Zg. II la aortă este accentuat
 - suflu diastolic la aortă
A,C,E
156. Caracterizați zgomotele cardiace în insuficiența aortică:
- Zg. I la apex poate fi diminuat
 - Zg. I la apex poate fi accentuat
 - Zg. II la aortă este diminuat sau lipsește
 - Zg. II la aortă este accentuat
 - suflu sistolic la aortă
A,C
157. Caracterizați suflul sistolic din stenoza aortică valvulară:
- atenuat, de durată scurtă, fin
 - rugos pe aortă
 - crește la reținerea respirației după în expir cu apnee
 - se accentuează în tahiaritmii
 - se propagă pe arterele carotide.
B,C,E
158. Indicați semnele ECG caracteristice stenozei aortice:
- ritm sinusal
 - fibrilație atrială
 - ritm atrioventricular
 - hipertrofia ventriculului stâng concentrică
 - hipertrofia atriului stâng.
A,D
159. Indicați semnele stetacustice ale insuficienței valvei mitrale:
- Zg. I deseori lipsește
 - Zg. I frecvent diminuat
 - Zg. I frecvent accentuat
 - Zg. I frecvent nemodificat
 - Zg. II pe artera pulmonară accentuat.
B,E
160. Semnele clinice frecvent întâlnite în stenoza mitrală sunt:
- edeme periferice
 - dureri abdominale în urma măririi ficatului
 - palpitații din cauza fibrilației atriale
 - bradipnee
 - hemoptizie
C,E
161. Semnele clinice întâlnite în stenoza mitrală sunt:
- edeme periferice
 - dereglări deglutiției
 - palpitații din cauza fibrilației atriale
 - bradipnee
 - hemoptizie
B,C,E
162. Cum se schimbă limitele inimii în caz de acumulare mare de lichid în pericard?
- se mărește bilateral matitatea absolută a inimii;
 - se mărește bilateral matitatea relativă a inimii;
 - se mărește matitatea relativă a inimii în stânga
 - se mărește matitatea relativă a inimii în dreapta
 - e)unghiul cardio-hepatic devine obtuz .
A,E
163. Datele palpatorii în insuficiența valvulelor aortice:
- pulsația retrosternală;
 - șoc apexian globulos;
 - șoc apexian micșorat în amplitudine;
 - șoc cardiac;
 - puls "celler et altus" (saltareț și depresibil).
A,B,E
164. Pulsația epigastrală se întâlnește în:
- hipertrofia ventriculului drept;
 - hipertrofia și dilatarea ventriculului drept;
 - hipertrofia ventriculului stâng;
 - pulsația aortei abdominale
 - pulsația ficatului.
B,D,E
165. În ce valvulopatii apare "freamătul catar" sistolic?
- stenoza aortică;
 - stenoza mitrală;
 - insuficiența valvei mitrale;
 - stenoza orificiului arterei pulmonare;
 - în tetralogia Fallot.
A,D,E
166. În ce valvulopatii se palpează "freamătul catar" diastolic?
- stenoza arterei pulmonare;
 - stenoza mitrală;
 - insuficiența valvelor mitrale;
 - stenoza tricuspidiană
 - insuficiența tricuspidiană

B,D

167. Datele palpatorii în stenoza mitrală:

- a) freazătul catar diastolic;
- b) pulsația în regiunea epigastrală;
- c) șoc apexian intensificat;
- d) șoc cardiac;
- e) pulsația retrosternală

A,B,D

168. Datele palpatorii în stenoza aortică:

- a) pulsația retrosternală;
- b) fenomenul freazătului catar sistolic;
- c) pulsul tardus et parvus;
- d) șocul apexian atenuat;
- e) apariția șocului cardiac.

B,C

169. Cum se schimbă proprietățile pulsului în stenoza mitrală?

- a) p. differens;
- b) p. dificiens
- c) p. dicroticus;
- d) p. parvus;
- e) p. celler.

A,B

170. Proprietățile pulsului în insuficiența valvelor aortice:

- a) p. magnus;
- b) p. celler et altus;
- c) p. molles;
- d) p. frevens;
- e) p. differens.

A,B,D

171. Ce proprietăți ale pulsului se determină la palpare?

- a) presiunea;
- b) ritmul;
- c) frecvența;
- d) amplitudinea;
- e) tensiunea arterială.

A,B,C,D

172. Semnele radioscopice de acumulare de lichid între foitele pericardului:

- a) forma de trapez a umbrei inimii;
- b) micșorarea sau lipsa pulsațiilor pe conturul inimii;
- c) umbra - configurația aortică;
- d) umbra - configurația mitrală
- e) desen pulmonar accentuat

A,B

173. Care caracteristici deosebesc frotățiile pericardice de suflurile intracardice?

- a) se ascultă în sistolă și diastolă;
- b) nu iradiază;
- c) se aud mai bine în regiunea matității absolute a inimii (endoapexian);
- d) iradiază după fluxul sângelui;
- e) se aud în timpul sistolei.

A,B,C

174. În ce valvulopatii cardiace ar putea să se mărească tensiunea venoasă?

- a) stenoza mitrală compensată;
- b) stenoza mitrală decompensată;
- c) insuficiența valvei tricuspidiene;
- d) stenoza orificiului aortic
- e) prolaps mitral

B,C

175. Ce este lezat mai frecvent în endocardita infecțioasă:

- a) valvelele aortice;
- b) valvelele mitrale;
- c) valvelele pulmonare;
- d) valvelele tricuspidiene;
- e) inelul aortic.

A,B

176. Simptomele clinice în stenoza aortică sunt:

- a) paloarea tegumentelor;
- b) cianoza tegumentelor;
- c) durerile retrosternale (anginoase);
- d) pulsația arterelor carotide
- e) pulsația ficatului

A,C

177. Care sunt cauzele mai frecvente ale valvulopatiilor dobândite?

- a) endocardita reumatismală;
- b) pneumonia;
- c) endocardita bacteriană;
- d) pericardita
- e) sifilisul.

A,C,E

178. Ce complicații pot apărea în infarct miocardic?

- a) ruperea muschiului cardiac și tamponada inimii;
- b) disritmii cardiace;
- c) hipertrofia ventriculului drept;
- d) șocul cardiogen;
- e) pancreatita.

A,B,D

179. Semnele clinice caracteristice pentru miocardită sunt:
- atenuarea Zg.1 la apex;
 - mărirea limitei matității relative a inimii în stânga și în jos;
 - suflu sistolic în focarul mitral;
 - Zg. 1 intensificat la apex;
 - suflu diastolic la aortă.
- A,B,C
180. În ce afecțiuni apare hipertensiunea arterială secundară?
- glomerulonefrita difuză;
 - pielonefrita cronică bilaterală;
 - polichistoza renală;
 - hipofuncția glandelor suprarenale;
 - feocromocitomul.
- A,B,C,E
181. Indicați valvulopatiile congenitale:
- insuficiența valvei mitrale;
 - coarctarea de aortă;
 - tetralogia Fallot;
 - defectul septal ventricular
 - insuficiența valvei tricuspidiene.
- B,C,D
182. Indicați valvulopatiile congenitale:
- insuficiența valvei mitrale;
 - coarctarea de aortă;
 - tetralogia Fallot;
 - canal atrial persistent
 - insuficiența valvei tricuspidiene
- B,C,D
183. Pentru care valvulopatii sunt caracteristice durerile retrosternale (angorul pectoral)?
- insuficiența valvei mitrale
 - insuficiența valvelor aortice;
 - stenoza aortică;
 - stenoza mitrală;
 - insuficiența valvei tricuspidiene.
- B,C
184. Evoluția căror valvulopatii pot determina apariția șocului cardiac?
- stenoza aortică;
 - insuficiența valvelor tricuspidiene;
 - insuficiența valvelor aortice;
 - stenoza mitrală;
 - insuficiența valvei mitrale.
- B,D,E
185. Care sunt cauzele pulsației în regiunea epigastrală?
- hipertrofia și dilatarea ventriculului drept;
 - hipertrofia ventriculului stâng;
 - pulsația aortei abdominale;
 - hipertrofia și dilatarea atrului stâng;
 - pulsația ficatului.
- A,C,E
186. Maladiile în care se întâlnește suflu sistolic sunt:
- insuficiența mitrală
 - insuficiența tricuspidiană
 - insuficiența arterei pulmonare
 - stenoza aortică
 - atenoza mitrală
- A,B,D
187. Sindromul de insuficiență ventriculară stângă nu se manifestă în caz de:
- stenoza mitrală
 - infarct miocardic
 - criză hipertensivă
 - insuficiență aortică
 - insuficiență tricuspidiană
- A,E
- 188.Semnele stetacustice ale insuficienței aortice nu pot fi:
- Zg.I diminuat la apex
 - Suflu sistolic la aortă
 - Zg.II diminuat la aortă
 - Suflu diastolic la aortă
 - Dedublarea Zg. II la aortă
- B,E
- 189.Care proprietăți ale pulsului nu sunt caracteristice pentru stenoza mitrală?
- p. differens
 - p. salient
 - p. dicroticus
 - p. parvus
 - p. tardus
- B,C,E
- 190.Care din afirmațiile de mai jos este incorectă?
- consecutivitatea auscultației inimii e determinată de frecvența leziunii valvulelor
 - cel mai frecvent se afectează valvulele mitrale
 - la sănătoși în toate cele cinci puncte clasice de auscultație se aud două zgomote
 - după I zgomot urmează pauza lungă
 - după al II zgomot urmează pauza scurtă
- D,E
- 191.Staza venoasă de lungă durată în marea circulație

sanguină (la insuficiența tricuspidiană) provoacă dereglări în următoarele organe:

- a) ficat
 - b) rinichi
 - c) tubul digestiv
 - d) articulații
 - e) plămâni
- A,B,C

192. Angorul pectoral la bolnavii suferitori de cardiomiopatie hipertrofică e cauzat de:

- a) creșterea masei ventriculului stâng
 - b) comprimarea sistolică a arterelor intramurale
 - c) asocierea aterosclerozei
 - d) tulburări endocrine
 - e) anomalii ale structurii colagenului
- A,B

193. Cauze cardiomiopatiei dilatative sunt:

- a) ateroscleroza
 - b) miocardite virale
 - c) anomalii imune
 - d) incidență familială
 - e) cardioscleroza postinfarct
- B,C,D

194. Cele mai frecvente cauze ale cardiomiopatiei restrictive sunt:

- a) endomiocardiofibroze
 - b) amiloidoza
 - c) cardiopatie ischemică
 - d) endocardita fibroplastică
 - e) traume repetate
- A,B,D

195. Cele mai frecvente cauze ale pericarditei sunt:

- a) reumatismul (febra reumatismală)
 - b) tuberculoza
 - c) infarctul miocardic acut
 - d) uremia
 - e) ciroza hepatică
- A,B,C,D

196. Locurile de propagare a suflului diastolic în insuficiența valvei aortice sunt:

- a) vasele cervicale
 - b) regiunea interscapulară
 - c) punctul de auscultăție Erb-Botkin
 - d) baza procesului xifoid
 - e) apexul inimii
- C,E

197. Apreciați locurile de propagare a suflului diastolic în insuficiența valvei aortice:

- a) fosa axilară stângă
 - b) regiunea interscapulară
 - c) punctul de auscultăție Erb-Botkin
 - d) baza procesului xifoid
 - e) șocul apexian
- A,C

198. Ce modificări se evidențiază pe ECG în stenoza aortei?

- a) hipertrofia ventricolului drept
 - b) hipertrofia ventricolului stâng
 - c) blocul ramurei stângi al fascicolului His
 - d) hipertrofia atrului stâng
 - e) tahicardia sinusală
- B,C,D

199. În ce cazuri nu se va depista hipertensiunea arterială secundară?

- a) coarctăția aortei
 - b) afecțiuni renale difuze
 - c) ateroscleroza arterei renale
 - d) stenoză atrioventriculară stângă
 - e) hiperaldosteronism primar
- D,E

200. Voma esofagiană are următoarele particularități:

- a) survine fără grețuri;
 - b) apare după greață;
 - c) masele vomitive conțin hrană modificată;
 - d) masele vomitive conțin hrană nemodificată;
 - e) masele vomitive nu conțin pepsină și acid clorhidric.
- A,D,E.

201. Îngustarea funcțională a esofagului se deosebește de cea organică prin:

- a) hrana solidă trece cu mult mai liber
 - b) hrana lichidă trece cu mult mai lent
 - c) se dezvoltă treptat
 - d) apare sub forma de acces
 - e) nu dispăre după administrarea spasmoliticilor
- Răspuns A, D

202. Hipersalivația e caracteristică pentru următoarele stări patologice:

- a) colecistita;
 - b) esofagita;
 - c) stenoza esofagului;
 - d) hepatita cronică virală;
 - e) ciroza hepatică
- Răspuns B,C

203. Contraindicațiile pentru efectuarea fibroesofagoscopiei sunt următoarele stări:
- pirozisul;
 - combustia esofagului în primele 7-10 zile;
 - esofagita corozivă;
 - puseu de hipertensiune arterială;
 - gastrita acută.
- Răspuns B,C,D.
204. Mirosul fetid din gură se datorează:
- bolii ulceroase necomplicate a stomacului;
 - gastritei acute;
 - gastritei hiperacide cronice;
 - cancerului esofagian complicat cu stenoză;
 - ahalaziei cardiei.
- D,E
205. Eructație cu miros fetid din gură este caracteristică pentru:
- gastrita acută;
 - hiperclorhidrie;
 - cancerului gastric cu ahilie;
 - dilatarea pronunțată a stomacului;
 - esofagita catarală
- B,C,D.
206. Masele vomitive cu miros fetid, care conțin produse alimentare demult ingerate, se observă în:
- diverticule esofagiene;
 - ahalazia cardiei;
 - cancerul esofagian cu distrucție;
 - stenoza pilorică;
 - gastrita acută
- A,C,D
207. Eructația amară se depistează în:
- stenoza esofagului;
 - stenoza pilorului;
 - refluxul duodeno-gastral;
 - colecistita cronică;
 - gastrita hiperacidă
- C,D.
208. Disfagia este caracteristică pentru următoarele stări patologice:
- cancerul esofagian;
 - combustia esofagiană;
 - tumori mediastinale;
 - angina pectorală;
 - insuficiența mitrală
- A,B,C,E
209. Metode cele mai informative diagnostice în afecțiuni esofagiene sunt:
- examenul citologic al apelor de spălătură;
 - radiografia esofagului;
 - fibroesofagogastroscoopia;
 - pH-metria
 - Rö-scopia baritată a esofagului
- A,B,C.
210. Contraindicațiile pentru efectuarea esofagoscopiei sunt:
- reflex vomitiv exararat
combustie esofagiană
esofagite corozive
anevrismul aortei
puseu hipertensiv
- Răspuns B,C,D,E.
211. Dispariția poftei de mâncare (anorexie), mai des se întâlnește în:
- hepatita cronică;
 - esofagita;
 - stenoza pilorică;
 - cancer gastric;
 - isterie
- D,E.
212. În boala ulceroasă cu localizarea ulcerului în stomac se observă:
- scăderea poftei de mâncare;
 - diaree;
 - citofobie;
 - eructație acidă;
 - sughit
- Răspuns C,D
213. Perversia poftei de mâncare se întâlnește la pacienții cu:
- gastrita cronică;
 - boală ulceroasă;
 - la gravide;
 - ahlorhidrie;
 - hiperclorhidrie
- Răspuns C,D
214. În care din cazurile de mai jos numite se întâlnește eructația:
- psihoneuroză;
 - boala ulceroasă;
 - hepatita cronică

- d) stenoza pilorului;
 - e) colon iritabil
- Răspuns A,B,D

215. Mirosul fetid din cavitatea bucală se datorează:

- a) cariei dentale;
- b) colecistitei cronice;
- c) tumorii maligne a esofagului;
- d) degradării alimentelor în acalazia cardiei;
- e) hepatitei cornice.

Răspuns A,C,D.

216. Pofta de mâncare la bolnavii cu boala ulceroasă este:

- a) mărită (bulemie)
- b) frica față de mâncare (citofobie)
- c) perversia poftii de mâncare;
- d) aversiune față de carne;
- e) aversiune față de fructe

A,B.

217. Voma de origine gastrică are următoarele particularități:

- a) se produce fără greață;
- b) se produce după greață;
- c) masele vomitive conțin alimente nedigerate;
- d) masele vomitive conțin alimente digerate;
- e) masele vomitive conțin pepsină și acid clorhidric.

B,D,E.

218. Voma apărută peste 10-15 minute după masă se întâlnește în:

- a) acalazia cardiei;
- b) ulcerul porțiunii cardiale a stomacului;
- c) cancerul porțiunii cardiale a stomacului;
- d) gastrită acută;
- e) gastrită cronică

B,C,D.

219. Voma apărută peste 2-3 ore după masă se întâlnește în:

- a) acalazia cardiei;
- b) ulcer duodenal;
- c) ulcerul corpului stomacului;
- d) cancerul corpului stomacului;
- e) ulcerul porțiunii pilorice a stomacului

C,D.

220. Voma apărută peste 4-6 ore după masă se observă în:

- a) ulcerul porțiunii pilorice a stomacului;
- b) ulcerul duodenal;
- c) gastrita acută
- d) cancerul intestinului gros;
- e) esofagita

A,B.

221. Reacția bazică a masele vomitive se întâlnește în:

- a) hiperclorhidrie;
- b) stenoza pilorului;
- c) insuficiența renală;
- d) refluxul duodenogastral;
- e) gastrita acută

B,C,D.

222. Acidul lactic, determinat în sucul gastric indică la:

- a) gastrita hipoacidă;
- b) achilia gastrică;
- c) neoplasm al stomacului;
- d) stenoza pilorului;
- e) gastrita cu aciditatea nemodificată

B,C

223. Hematemeza este des întâlnită în:

- a) boala ulceroasă;
- b) gastrita cronică erozivă;
- c) cancer și polipi ai stomacului;
- d) pielonefrita cronică
- e) colecistita cronică

A,B,C

224. Hemoragia gastrică clinic se manifestă prin:

- a) hematemeză;
- b) vomă cu "zaț de cafea";
- c) constipații;
- d) melenă;
- e) diaree

A,B,D

225. La inspecția abdomenului peristaltica gastrică este apreciată la:

- a) persoane sănătoase;
- b) persoane cașexiate;
- c) în gastrită hiperacidă;
- d) stenoza pilorului;
- e) persoane obeze

B,D

226. Clapotajul gastric se determină peste 7-8 ore după masă:

- a) la persoane sănătoase;
 b) în stenoza pilorică;
 c) în gastrosucoare;
 d) în ulcer duodenal necomplicat;
 e) în gastrita anacidă
 B,C
227. Pentru stenoza porțiunii pilorice a stomacului e caracteristic:
 a) dureri de “pumnal”;
 b) dureri permanente în epigastru;
 c) eructație cu miros fetid;
 d) constipații;
 e) voma peste 2-3 ore după masă
 B,C,D.
228. Semnele directe și indirecte radiologice ale bolii ulceroase sunt:
 a) lipsa plicelor mucoasei;
 b) hipertrofia plicelor mucoasei;
 c) “nisa”;
 d) intensificarea peristalticii;
 e) prezența stratului secretor
 C,D,E.
229. Pentru hemoragiile gastrice e caracteristic:
 voma “zaț de cafea”
 voma cu sânge de culoare roșu-aprins
 melenă
 fecale sub forma de bulgărași (“scibale”)
 hematemeza
 A,C.
230. Voma în cazul bolii ulceroase are următoarele particularități:
 a) greața precedează voma;
 b) apare la apogeul durerii;
 c) aduce ameliorarea stării;
 d) masele vomitive au gust și miros acru;
 e) voma este permanentă
 A,B,C,D.
231. Din care componente e format reactivul Gregersen?
 a) iod;
 b) soluție de lugol;
 c) soluție amidopirină 10%
 d) apă oxigenată (peroxid și hidroxid);
 e) benzidină
 C,D,E.
232. Prezenței stenozei porțiunii pilorice a stomacului e caracteristic:
 a) mișcări peristaltice în epigastru;
 b) încordare musculară la palpate;
 c) clapotaj tardiv al stomacului;
 d) voma alimentelor ingerate în ajun;
 e) voma alimentelor consumate la câteva zile
 Răspuns A,C,D,E
233. Durerile în formă de acces sunt caracteristice mai mult pentru:
 a) colilitiaza;
 b) hepatita cronică;
 c) discinezia hipertonică a vezicii biliare;
 d) ciroza hepatică;
 e) ulcer duodenal cicatrizat
 Răspuns A,C
234. În patologia ficatului și căilor biliare ridicarea temperaturii (starea febrilă) se întâlnește în:
 A. procese acute inflamatorii a colecistului;
 B. abcesele ficatului;
 C. discinezia căilor biliare;
 D. ciroza hepatică;
 E. cancerul hepatic
 A,B,D,E.
235. Deplasarea limitei inferioare a ficatului în jos se manifestă în:
 a) micșorarea ficatului;
 b) hepatită;
 c) chist hidatic a ficatului;
 d) cancerul și ciroza ficatului;
 e) ascită
 B,C,D.
236. Dureri în regiunea iliacă dreaptă se determină în:
 apendicita
 tbc cecului
 cancerul intestinului gros
 cancerul intestinului subțire
 colecistita acută
 Răspuns A,B,C
237. Cauzele meteorismului sunt:
 A. intensificarea formării gazelor în intestin;
 B. scăderea motilității intestinale;
 C. aerofagie;
 D. scăderea absorbției gazelor prin peretele intestinal;

E. reflux duodeno-gastral
A,B,C,D.

238. Bolnavul cu un proces neoplazic al stomacului prezintă acuze la:

- a) xerostomie;
- b) repulsie față de carne;
- c) vomă cu alimente ingerate în urmă cu 24 ore;
- d) dureri permanente în epigastru;
- e) bulemie

Răspuns B,C,D

239. Deplasarea marginii inferioare a ficatului în jos se observă la:

- a) meteorism;
- b) poziția joasă a diafragmului;
- c) ascită
- d) hepatită acută;
- e) chist hidastic a ficatului

B,D,E.

240. Deplasarea marginii inferioare a ficatului în sus se observă la:

- meteorism;
- gastrita;
- ciroza hepatică atrofică;
- colecistită
- chist hidastic

A,C.

241. Febra în patologia sistemului hepatobiliar denotă de:

- a) abcesul ficatului;
- b) cancerul ficatului;
- c) stenoza pilorică;
- d) colecistită acută;
- e) dischinezia vizicii biliare

Răspuns AB,D

242. La dezvoltarea ascitei în ciroza hepatică participă următorii factori:

- a) hipervagotonia;
- b) hipergamaglobulinemia;
- c) dereglarea sintezei albuminelor;
- d) reținerea Na și apei;
- e) stază în vene mezenteriale

Răspuns C,D,E

243. Auscultația ficatului este informativă pentru diagnostic în:

- a) hepatită;

- b) ciroza hepatică;
- c) ascită;
- d) perihepatită;
- e) pericolecistită

Răspuns D,E

244. Manifestările hipersplenismului sunt:

- a) anemia;
- b) leucopenia;
- c) leucocitoza;
- d) trombocitopenie;
- e) limfocitopenie

Răspuns A,B,D

245. Sindromul hemoragipar și hemoragic în ciroza ficatului se manifestă prin hemoragii:

- a) gingivagii și epistaxis;
- b) pulmonare;
- c) din venele esofagiene;
- d) peteșii (hemoragii subcutane);
- e) metroragii

Răspuns A,C,D,E

246. Care din segmentele intestinale se palpează bimanual:

- a) intestinul sigmoid;
- b) intestinul cec;
- c) colonul ascendent;
- d) colonul descendent;
- e) pilorul

Răspuns C,D

247. Eructate cu miros de putrefacție este cauzată de:

- a) stenoza decompensată a pilorului;
- b) hipoclorhidrie;
- c) ahilie cu stază;
- d) staza conținutului în cancer stomacal;
- e) colecistita cronică.

Răspuns A,C,D

248. În ce caz durerile au caracter preponderent sezonier?

- a) ulcer a regiunii cardiale a stomacului
- b) ulcer gastric
- c) ulcer piloric
- d) ulcer duodenal
- e) ulcer bostbulbar

Răspuns C,D

249. În boala ulceroasă cu localizarea ulcerului în duoden se observă:

- a) scăderea apetitului;
 - b) creșterea apetitului;
 - c) anorexie;
 - d) citofobia;
 - e) perversia poftii de mâncare
- B,D.

250. Cele mai frecvente complicații în boala ulceroasă sunt:

- a) hemoragie;
 - b) perforarea;
 - c) penetrarea;
 - d) stenoza;
 - e) diaree.
- A,B,C,D.

251. Culoarea neagră a fecalelor poate însemna:

- a) consumul preparatelor de bismut și fier;
 - b) hemoragie;
 - c) consumul carbolului;
 - d) consumul coacăzei negre;
 - e) consumul lactatelor
- Răspuns A,B,C,D.

252. Factorii de baza ce duc la diaree în patologia tractului gastro-intestinal sunt:

- a) peristaltismul accelerat,
- b) tulburările de absorbție;
- c) încordarea peretelui abdominal,
- d) inflamația acută a peritoneului,
- e) peristaltismul redus

Răspuns A,B

253. Palpația superficială a abdomenului servește pentru aprecierea:

- a) zonelor dolore,
- b) proeminențelor herniale,
- c) încordarea peretelui abdominal,
- d) inflamația acută a peritoneului,
- e) dimensiunilor intestinului gros

Răspuns A,B,C,D

254. Semne caracteristice cirozei hepatice sunt:

- a) steluțe "vasculare" și palme "hepatice",
- b) limba "zmeurie",
- c) xantome și xantelazme, ginecomastie la bărbați,
- d) degete hipocratice,
- e) acrocianoza

Răspuns A,B,C,D

255. În ciroza hepatică biliară se determină creștere în ser a:

- a) bilirubinei conjugate
- b) bilirubinei neconjugate
- c) bilirubinei conjugate și neconjugate
- d) acizilor biliari
- e) colesterolului

Răspuns A,D,E

256. În colecistita acută și cronică semnele frecvente sunt:

- a) Musset-Cheorghievski,
- b) Ortner,
- c) Obrazțov-Merfi,
- d) Vasilenko
- e) Pasternačkii

Răspuns A,B,C,D

257. Concentrația mărită de estrogeni în sânge la bolnavii cu afecțiuni hepatice explică prezența de:

- a) steluțe vasculare,
- b) palme hepatice,
- c) limbă zmeurie,
- d) capul meduzei,
- e) ginecomastie.

Răspuns A,B,C,E

258. Turburările absorbției vitaminelor în intestin se manifestă prin:

- pielea rugoasă,
- steluțele vasculare,
- teleangiectazii,
- fisuri pe buze,
- prurit cutanat

Răspuns A,D

259. Contraindicațiile fibrogastroscopei sunt:

- diverticule esofagiene,
- tumorile esofagului cu îngustarea lui,
- isterie,
- anevrismul aortei,
- infarct miocardic acut

Răspuns A,B,D,E

260. Anemia în ciroza hepatică este cauzată de:

- hipersplenism,**
- hemoragii gastro-intestinale,
- insuficiența hepato-celulară,
- hiperbilirubinemie,
- hipercolesterolemie

Răspuns A,B

261. Cele mai frecvente motive directe de moarte a bolnavilor de ciroză hepatică sunt:

ascita marcată,

hemoragii gastro-intestinale,
coma hepatică,
hiperbilirubinemia marcată,
hipercolesterolemie

Răspuns B,C

262. Pentru hemoragia gastrică este caracteristic:

- a) sputa sanguinolentă;
- b) voma “în zaț de cafea”;
- c) melena;
- d) palpitații;
- e) diareea

Răspuns B,C,D

263. În cadrul examenului radiologic al cancerului gastric se pot depista:

nișa
defect de umplere
lipsa cutelor mucoasei
lipsa peristaltismului în reg. afectată
strat secretor

Răspuns B,C,D

264. Pruritul cutanat apare în:

- a) boala Hodgkin;
- b) gastrita;
- c) icter mecanic;
- d) anemia posthemoragică;
- e) diabetul zaharat

Răspuns A,C,E

265. Care din segmentele intestinale se palpează bimanual?

colonul sigmoid;
f) colonul transvers
colonul ascendent;
colonul descendent;
pilorul

Răspuns B,C,D

266. La palparea superficială a abdomenului se poate aprecia;

- a) marginea ficatului;
- b) încordarea mușchilor abdomenului;
- c) mobilitatea colonului sigmoid;
- d) hernia liniei albe;
- e) dimensiunile colonului transvers

Răspuns B,D

267. Tulburarea inactivării estrogenilor în afecțiunile hepatice se manifestă prin

- a) icter;
- b) steluțe vasculare;
- c) xantomatoza;
- d) palme hepatice;
- e) dilatarea venelor;

Răspuns B,D

268. Pentru stenoza pilorului este caracteristic:

- a) durere acută de pumnal la epigastriu;
- b) poziție forțată de decubit dorsal;
- c) melena;
- d) eructație cu miros de ou clocit;
- e) constipatii

Răspuns D,E

269. Ce este caracteristic vomei în stenoza pilorului?

- a) apare la apogeul durerii;
- b) are miros acru
- c) masele vomitive conțin bilă
- d) are un miros de ou clocit;
- e) o cantitate mare de mase vomitive

Răspuns D,E

270. În ce stări se constată o mărire simetrică a abdomenului:

obezitate
hepatomegalie
tumoare mare în cavitatea abdominală
ascită
splenomegalie

Răspuns A,D

271. Pentru hemoragia gastrică este caracteristic:

- a) voma “în zaț de cafea”
- b) prezența produselor alimentare în masele vomitive
- c) prezența bulelor de aer în sângele eliminat
- d) culoarea roșu-aprins al sângelui eliminat
- e) reacția acidă a maselelor vomitive

Răspuns A,B,E

272. Indicați modificările primite la palpația ficatului în hepatita cronică:

suprafața ficatului netedă
suprafața ficatului tuberoasă
senzații dureroase ușoare
marginea ficatului ascuțită
marginea ficatului neregulată

Răspuns A,C,D

273. Indicați modificările obținute la palparea ficatului în ciroza hepatică:
 suprafața ficatului netedă
 suprafața ficatului tuberoasă
 senzații dureroase ușoare
 senzații dureroase pronunțate
 marginea ficatului ascuțită

Raspuns B,C

274. Cauza durerilor epigastrice:

- a) inflamația mucoasei stomacului (gastrită);
- b) dilatarea stomacului;
- c) stenoza pilorului;
- d) disfagia;
- e) compresiunea plexului solar (de către tumoră)

Răspuns A,B,C,E

275. Simptomele ulcerului perforant sînt:

- a) dureri „de pumnal”
- b) vomă
- c) melenă
- d) disfagia
- e) constipație

Răspuns A,B

276. Datele inspecției generale în perforația ulcerului gastric și duodenal (peritonită acută):

- a) poziția forțată – decubit ventral (pe abdomen);
- b) poziția forțată – cu pumnii sau pernă apăsată în regiunea epigastrică;
- c) imobil;
- d) față hipocratică;
- e) culoare tegumentelor pământe

Răspuns B,D,E

277. Simptomele caracteristice cancerului gastric sînt:

- a) culoarea tegumentelor palidă;
- b) hiperemia tegumentelor;
- c) ganglion Virchow supraclavicular din stînga;
- d) cahexie;
- e) bombare în regiunea paraombilicală

Răspuns A,C,D

278. Selectați simptomele caracteristice pentru stenoza pilorică?

- diareea
- voma cu miros de ouă clocite
- cahexie
- țesutul adipos subcutan 2-2,5 cm
- tegumente palide și uscate

Răspuns B,C,E

279. Simptomele stenozei pilorice decompensate sunt:

- a) hiperemia tegumentelor;
- b) cașexia;
- c) mișcările peristaltice în regiunea epigastrică;
- d) clapotaj gastric peste 6-8 ore după îngerarea alimentelor;
- e) icter tegumentelor

Răspuns B,C,D

280. Simptomele și semnele caracteristice pentru ulcer duodenal:

- a) obezitatea;
- b) cașexia;
- c) prezența ganglionului Virchow supraclavicular pe stînga;
- d) dureri sezoniere epigastrale;
- e) dispariția durerii după administrarea bicarbonatului de sodiu sau după vomă

Răspuns A,D

281. La ce afecțiune a aparatului digestiv, țesutul adipos subcutanat poate să scadă până la cașexie?

- a) cancer gastric;
- b) cancer esofagian;
- c) stenoza pilorică;
- d) gastrită cronică;
- e) duodenită cronică

Răspuns A,B,C

282. Cauzele disfagiei sunt:

- a) ulcer gastric;
- b) spasmarea difuză a esofagului;
- c) cicatrice esofagiene;
- d) compresiunea esofagului din afară (ganglion limfatic, tumoră);
- e) gastrită

Răspuns B,C,D

283. Cauzele vomei sunt:

- a) ulcer gastric și duodenal;
- b) stenoza pilorului;
- c) ocluzie intestinală;
- d) hepatita cronică;
- e) uremia

Răspuns A,B,C,E

284. Cauzele melenei sunt:

- a) hemoragie gastrică și duodenală;
- b) cancer gastric în stadiu de descompunere;
- c) hemoragie din venele dilatate a esofagului (ciroza ficatului);
- d) hemoroizi;
- e) cancer rectului

Răspuns A,B,C

285. Simptomele clinice a cancerului gastric sunt:
- discomfort și dureri sîcîtoare permanente în regiunea epigastrală;
 - micșorarea poftei de mîncare pînă la anorexie;
 - repulsie la carne;
 - hiperemia feței și a tegumentelor;
 - icter
- Răspuns A,B,C

286. Selectați simptomele caracteristice pentru stenoza pilorică:
- bombarea și peristaltism în regiunea epigastrică;
 - radiologic - dilatarea stomacului pronunțată;
 - reținerea sau lipsa evacuației bariului din stomac la radioscopie;
 - melena
 - diareea
- Răspuns A,B,C

287. Fosfotaza alcalină crește în sânge în:
- colestaza intra și extrahepatică;
 - ciroza biliară;
 - colecistita cronică;
 - litiaza coledocului;
 - steatoza hepatică
- Răspuns A,B,D

288. Apariția sau intensificarea durerii la palpatia în regiunea hipocondrului drept poate fi cauzată de afectare:
- colecistului,
 - fundului gastric,
 - splinei,
 - esofagului
 - hemidiafragmei
- Răspuns A, E.

289. Edeme de origine hepatică sunt:
- dure,
 - moi,
 - calde,
 - palide,
 - reci.
- Răspuns B, C, D.

290. În ciroza hepatică de etiologie virală nu se determină:
- ficat micronodular,
 - ficat macronodular,
 - ficat „de muscat”

- ficat grăsos,
 - ficat neted
- Răspuns C, D, E.

291. La palpația stomacului se determină:
- curbura mică,
 - curbura mare,
 - regiunea cardială,
 - fundul gastric,
 - regiunea anterioară.
- Răspuns B, E.

292. Pentru afectarea ficatului este caracteristic:
- bilirubinemie,
 - hematurie,
 - azotemie,
 - hiper proteinemie,
 - anemie.
- Răspuns A, E.

293. Care cunt contraindicațiile puncției bioptice hepatice?
- indicele protrombinic sub 60%,
 - trombocitopenie sub 50 000
 - ascită infectată
 - leucopenie sub $4,0 \times 10^3$
 - hipoalbuminemie
- Răspuns A, B, C.

294. Lichidul ascitic neinfestat relevă:
- transudat,
 - cu densitatea < 1015 ,
 - cu densitatea > 1015 ,
 - proba Rivalt negativă,
 - proba rivalt pozitivă.
- Răspuns A,B,D.

295. Cauzele sindromului ascitic în ciroza hepatică sunt:
- scaderea presiunii coloidosmotice intravasculare din cauza micșorării sintezei albuminei
 - mărirea presiunii coloidosmotice intravasculare
 - creșterea volumului sanguin circulator în teritoriul renali încluderea mecanismelor renin-angiotensin-aldosteron
 - micșorarea volumului sanguin circulator în teritoriul renali încluderea mecanismelor renin-angiotensin-aldosteron
 - staza sanguină în circulația mare
- Răspuns A,D.

296. Hepatita cronică persistentă morfologic se manifestă prin:

- a) infiltrat inflamator în spațiile porte
 - b) leziuni necrotice moderate intralobulare cu fibroza moderată
 - c) formarea septelor fibrotice neinflamatori interlobulare
 - d) necroza celulară „în punte”
 - e) afectarea capsulei hepatice
- Răspuns A,B,C,D.

297. Hepatita cronică activă morfologic se manifestă prin:
- a) infiltrat inflamator în spațiile porte
 - b) leziuni necrotice moderate intralobulare cu fibroza moderată
 - c) formarea septelor fibrotice neinflamatori interlobulare
 - d) necroza celulară „în punte”
 - e) afectarea capsulei hepatice
- Răspuns AD.

298. Numiți cele mai informativă metodă de diagnostic a icterului mecanic:
- a) ultrasonografia organelor abdominale
 - b) scintigrafia ficatului
 - c) FEGDS
 - d) tomografia computerizată
 - e) Röntgenografia abdomenului pe gol
- Răspuns A,D.

299. Numiți semne necaracteristice pentru ulcerul perforant:
- a) semnele de iritare a peritoneului
 - b) bradicardia
 - c) dureri colicative în epigastriu
 - d) defans muscular a peretelui anterior abdominal
 - e) poziția forțată a pacientului- fixarea centurii scapulare
- Răspuns C,E.

300. Care din semnele enumerate de mai jos nu sunt caracteristice pentru stenoza pilorică?
- a) scădere în pondere
 - b) peristaltismul gastric marcat, vizibil
 - c) vomă cu conținut de alimente îngrate cu o zi înainte
 - d) melena
 - e) balonarea abdomenului
- Răspuns D,E.

301. Pentru cipoza hepatică decompensată este caracteristic:

- a) hiperalbuminemie
 - b) hipoalbuminemie
 - c) urea sanguină crescută
 - d) nivelul ureei sanguine scăzut
 - e) nivelul fibrinogenului crescut
- Răspuns B,D.

302. Numiți dimensiunile percutorii a ficatului după Kurlov:
- a) I ordinată – 6 cm (\pm 3 cm)
 - b) I ordinată – 9 cm (\pm 2 cm)
 - c) II ordinată – 3 cm (\pm 1 cm)
 - d) II ordinată – 7 cm (\pm 2 cm)
 - e) III ordinată – 2 cm (\pm 2 cm)
- Răspuns B,D.

303. Pe care linii se determină limitele percutorii a ficatului după Kurlov?
- a) axilară anterioară
 - b) parasternală stângă
 - c) madiana anterioară
 - d) medioclaviculară dreaptă
 - e) pe rebordul costal stâng
- Răspuns C,D,E.

304. Durerea abdominală este caracteristică pentru afectarea:
- a) parenchimului ficatului
 - b) capsulei Glisson
 - c) peritoneului
 - d) parenchimei splinei
 - e) colecistului
- Răspuns B,C,E.

305. Bilirubinuria se determină în:
- a) icter hemolitic
 - b) icter mecanic
 - c) icter parenchimat
 - d) icter fals
 - e) uremie
- Răspuns B,C.

306. Icterul mecanic se caracterizează prin:
- a) hiperbilirubinemie
 - b) hiperurobilinurie
 - c) majorarea γ -globulinelor
 - d) majorarea fosfatazei alcaline
 - e) hiperbilirubinurie
- Răspuns A,D,E.

307. Semnele caracteristice hemoragiei din varicele esofagiene:

- a) dureri abdominale
- b) pirozis
- c) sînge roșu aprins în masele vomitive
- d) sînge de culoare întunecată în masele vomitive
- e) melena

Răspuns D,E.

308. Particularitățile dezvoltării hipertensiunii portale în ciroza hepatică macronodulară (virală) sunt:

- a) precedă insuficiența funcțională hepatică
- b) se dezvoltă periodic la exacerbări
- c) se dezvoltă precoce
- d) se dezvoltă tardiv
- e) se dezvoltă la majorarea bilirubinei conjugate în sînge

Răspuns B,D.

309. Criteriile caracteristice gastritei cronice tip A sunt:

- a) hiperaciditatea
- b) hipoaciditatea
- c) anemie deficitară de B12
- d) atrofie pliurilor gastrice
- e) paliditatea mucoasei gastrice

Răspuns B, C, D, E

310. H. Pylori este:

- a) acidonerezistent
- b) acidorezistent
- c) neutralizează aciditatea gastrică
- d) acidul clorhidric posedă acțiune neutră asupra metabolismului bacteriei
- e) conține un bogat echipament enzimatic (ureaza, catalaza, fosfolipaza, proteaza, mucinoza)

Răspuns B, E

311. Enumerați patologiile unde H.Pylori este definit ca factor etiologic:

- a) gastrita tip A
- b) gastrita tip B
- c) ulcer gastric
- d) ulcer duodenal
- e) gastrita tip C

Răspuns B,C,D

312. Numiți criteriile hemoragiei din ulcerul gastroduodenal:

- a) poate apărea la 50% bolnavi cu ulcerul duodenal
- b) riscul hemoragiei nu depinde de durata patologiei date

- c) cel mai frecvent simptom este melena
 - d) microhemoragiile cronice nu provoacă anemii
 - e) poate fi primul simptom în ulcerul gastric
- Răspuns B,C,E.

313. Care markeri al virusului hepatitei B demonstrează replicarea virusului?

- a) HBsAg
- b) HBeAg
- c) Anti-Hbe
- d) Anti-Hbcor IgG
- e) ADN-VHB

Răspuns B,E.

314. Cauza proteinuriei funcționale:

- a) lezarea inflamatoare a vaselor glomerulare;
- b) schimbări degenerative în canalicule renale;
- c) proteinuria după un marș;
- d) proteinuria la rece;
- e) ortostatică

C,D,E

315. Prin proteinuria renală organică înțelegem:

- a) apariția proteinei în legătură cu lezarea inflamatoare a glomerulelor și bazinetelor;
- b) schimbările degenerative în canalicule renale (nefropatii tubulare);
- c) apariția proteinelor în urină în urma inflamației tractului uroexcretor;
- d) proteinuria ortostatică;
- e) proteinuria febrilă.

A,B,C

316. În ce lezări a căilor urinare apare hematuria:

- a) în glomerulonefrită;
- b) nefrolitiază;
- c) amiloidoza renală;
- d) cancer a căilor excretoare de urină;
- e) polichistoza renală.

A,B,D,E

317. Cilindruria poate apărea:

- a) la oameni sănătoși;
- b) în lezarea calicelor;
- c) în nefrolitiază;
- d) în procesele inflamatoare a căilor uroexcretorii;
- e) în glomerulonefrită difuză.

A,D,E

318. Prin metoda Pasternačkii se determină:

- a) dimensiunile rinichilor;
- b) nefroptoza;

- c) apariția în urină a proteinelor după tapotament în regiunea lombară și apariția durerilor în regiunea lombară;
d) inflamația pelvisului renal;
e) dilatarea pelvisului renal.
C
319. Edemele renale apar în legătură cu:
a) polidipsie;
b) reținerea de Na în organism;
c) hipoalbuminemie;
d) retenție acută de urină;
e) reținerre de K în organism
B,C,D
320. Pentru edemele renale e caracteristic:
a) la palpație sunt reci;
b) sunt calde, palide;
c) sunt dure;
d) sunt laxe;
e) se extind de sus în jos.
B,D,E
321. Caracteristica edemelor renale:
a) se răspândesc de sus în jos;
b) apar dimineața;
c) predominant pe picioare;
d) predominant pe față (sub ochi);
e) sînt cianotice
A,B,D
322. Durerile în regiunea lombară în lezarea rinichilor apar din cauza:
a) inflamației țesutului adipos perirenal;
b) extensiei capsulei renale;
c) extensiei bazinetelor renale;
d) excitării parenchinului renal;
e) edemelor renali.
A,B,C
323. Caracterul simptomului de durere în nefrolitiază:
a) localizate în regiunea lombară;
b) iradiază în umăr;
c) iradiază în perineu;
d) iradiază în canalul uretral;
e) iradiază sub omoplat.
A,C,D
324. La palparea rinichilor bolnavul trebuie să fie în poziție:
a) decubit dorsal;
b) pe șezute;
c) verticală;
d) decubit ventral;
e) decubit lateral.
A,C
325. Pentru glomerulonefrita acută e caracteristic:
a) cilinduria;
b) proteinuria;
c) fosfaturia;
d) hematuria;
e) urobilinuria.
A,B,D
326. Pentru lezarea inflamatoare a bazinetului renal este caracteristic:
a) bacteriuria;
b) hematuria;
c) leucocituria;
d) hipertensiunea arterială;
e) cilinduria (granuloși și ceroși).
A,B,C
327. Simptomul caracteristic pentru insuficiența renală cronică:
a) pielea uscată;
b) pielea umedă;
c) miros de amoniac din gură;
d) “steluțe vasculare” pe piele;
e) hipoizistenuria.
A,C,E
328. În ce afecțiuni renale apare hipertensiunea arterială?
a) arteriosclerozarea vaselor renale;
b) lezarea canaliculelor (nefropatii tubulare);
c) proces inflamator a glomerulelor (glomerulonefrită difuză);
d) pielonefrită cronică;
e) inflamația vezicii urinare (cistită).
A,C
329. Cauza poliuriei poate fi:
a) îngerarea lichidului în cantități mari;
b) diabet zaharat;
c) diabet insipid;
d) în perioada micșorarea edemelor;
e) în uremie (faza terminală).
A,B,C,D
330. Selectați simptomele clinice pentru inflamația vezicii urinare:
a) dureri în regiunea lombară;
b) dureri în regiunea suprapubiană;
c) micțiuni frecvente și dureroase;

- d) edeme pe față;
- e) edeme pe picioare.

D,C

331. Selectați simptomele clinice în comă uremică:

- a) respirație Kussmaul;
- b) miros de uree din gură;
- c) tegumente umede;
- d) miros de acetonă din gură;
- e) tegumentele uscate.

A,B,E

332. La inspecția bolnavului cu acromegalie se observă:

- a) exoftalmie;
- b) mărirea spațiilor interdentari (diastemă);
- c) zîmbet forțat;
- d) îngustarea fantelor orbitale;
- e) îngroșarea și creșterea neproportională a aradelor supraorbitale, mandibulei

B,E

333. Starea tegumentelor în mixedem:

- a) exoftalmie;
- b) paloarea feței cu nuanța gălbuie;
- c) acrocianoza;
- d) cianoza difuză;
- e) tegumente uscate și reci.

B,E

334. Starea țesuturilor tegumentare în sindromul Ițenko-Kushing:

- a) pigmentare bronzată a pielii
- b) icter;
- c) atrofia țesuturilor tegumentare a coapselor abdomenului sub forma de strii violacee;
- d) furunculoza;
- e) acrocianoza.

A,C

335. Acuzele bolnavului de mixedem:

- a) crize de frisoane;
- b) căderea părului;
- c) constipații;
- d) sete violentă și uscăciune în gură;
- e) somnolența.

B,C,E

336. Acuzele și datele obiective bolnavului de boala Ițenko-Cushing

(adenom basofil al hipofizei anterioare):

- a) dispnee;
- b) polidipsie;

- c) semne de feminizare la bărbați;
- d) hirsutism la femei;

e) obezitate facială, trunculară.

C, D, E

337. Simptoamele oculare în morderul Basedov:

- a) simptomul Graefe;
- b) simptomul Hyost.
- c) Simptomul Trusso;
- d) Simptomul Ellinec;
- e) Simptomul Stelwag.

A,D,E

338. Afecțiunea sistemului cardiovascular întâlnită la bolnavii de hipertireoză:

- a) creșterea tensiunii pulsative,
- b) bradicardie;
- c) micșorarea tensiunii sistolice;
- d) tahicardie;
- e) micșorarea tensiunii diastolice.

A,D,E

339. Investigația ECG la bolnavii de hipertireoidism denotă:

- a) bradicardie;
- b) reducerea amplitudinii undelor;
- c) tahicardie sinusala;
- d) P-pulmonale;
- e) extrasistolie.

C,E

340. Afecțiunea sistemului nervos caracteristică pentru bolnavii de hipertireoidism:

- a) agitație motorie;
- b) somnolenta;
- c) excitabilitate exagerată;
- d) apatie;
- e) miopatie.

A,C,E

341. Afecțiunea sistemului cardiovascular la bolnavii de mixedem:

- a) tahicardie;
- b) bradicardie;
- c) creșterea TA sistolice;
- d) cumulara de lichid în cavitatea pericardică;
- e) fibrilația atrială.

B,D

342. Semnele caracteristice pentru sindromul

Kimmelstil-Willson (glomeruloscleroza diabetică):

- a) edeme,
- b) pigmentarea bronzată a pielii;

- c) hipertensiune arterială;
d) caderea parului;
e) albuminurie.
A,C,E
343. La inspecția bolnavului cu diabet zaharat se observă:
a) dereglarea convergenței globilor oculari;
b) obezitate;
c) hiperhidroză a tegumentelor;
d) lipodistrofie insulinică;
e) furunculoză.
B,D,E
344. Metodele principale de diagnostic de laborator ale diabetului zaharat:
a) aprecierea cortizolului în urină;
b) aprecierea glucozei și corpurilor cetonice în urină;
c) aprecierea fracțiilor proteice în sînge,
d) aprecierea catecolaminelor în urină;
e) aprecierea glucozei în sînge.
B,E
345. Coma hipoglicemică se manifestă prin:
a) tonusul globilor oculari diminuat;
b) tonusul globilor oculari neschimbat, midriaz;
c) tegumentele umede;
d) respirație de tip Kussmaul,
e) respirație de tip Biot.
A,D
346. Acuzele bolnavului cu diabet zaharat:
a) febră;
b) dispnee;
c) scădere ponderală;
d) hirsutism;
e) sete violentă cu uscăciune în gură.
C,E
347. Acuzele bolnavului în hipertireoidism:
a) palpitație;
b) dureri în oase;
c) transpirație;
d) căderea părului;
e) poliurie.
A,C
348. La care afecțiuni dermatologice sunt predispuși bolnavii obezi:
a) psoriazis;
b) furunculoză;
c) psoriazis;
d) vitiligo;
e) trihofitie.
A,B
349. Dereglarea severă a metabolismului lipidic în diabet zaharat se manifestă prin:
a) hipoalbuminemie,
b) hiperglicemie,
c) acumularea în sânge a corpurilor cetonice și cetonii;
d) hiperuricemie;
e) icter.
A,B
350. Cauza predisunerii bolnavilor obezi la afecțiunea aparatului respirator:
a) folosirea în exces a clorurii de sodiu
b) folosirea în exces a grăsimilor alimentare
c) hipodinamia
d) poziția ridicată a diafragmului
e) poluarea locului de muncă
A,B
351. Simptomele care precedează instalarea comei hipoglicemice:
a) creșterea capacității de muncă;
b) transpirație;
c) uscăciune în gură;
d) tremor în tot corpul;
e) polachiurie.
B,D
352. Coma hipoglicemică se manifestă prin:
a) tegumentele umede, turgorul neschimbat;
b) tegumentele uscate, turgorul pielii diminuat;
c) tonusul globilor oculari diminuat, mioza;
d) tonusul globilor oculari neschimbat, midriaza;
e) hipoglicemie.
A,D,E
353. În diabetul zaharat pielea este:
a) uscată, aspră, se descuamează ușor;
b) umedă, netedă, caldă;
c) acoperită cu leziuni de grataj;
d) adesea cu leziuni trofice, furuncule;
e) de o culoare cianotică.
A,D
354. Simptomele diabetului zaharat:
a) sete, polidipsie;
b) iritabilitate;
c) poliurie;
d) scădere ponderală;
e) exoftalmie.
A,C,D

355. Simptomele clinice caracteristice pentru sindromul Ițenko - Cușing:

- a) hipotensiunea arterială;
- b) hipertensiunea arterială;
- c) depuneri de țesut adipos subcutanat neuniform;
- d) cașexia;
- e) mialgii.

B,C,E

356. Coma diabetică cetonemică are următoarele semne:

- a) miros de acetonă din gură;
- b) lipsa mirosului de acetonă;
- c) tegumentele uscate, turgorul diminuat, limba uscată;
- d) tegumentele umede, turgorul neschimbat, limba umedă;
- e) hipoglicemie;

A,C

357. Simptomele clinice caracteristice pentru boala Adison (insuficiența glandei suprarenale):

- a) hiperemia tegumentelor;
- b) tegumentele icterice;
- c) hiperpigmentația tegumentelor și mucoasei a cavității lucole;
- d) malnutriție;
- e) obezitatea;

C,D

358. În mixedem pe ECG se depistează:

- a) micșorarea amplitudinei undelor ECG
- b) tahicardia sinusală;
- c) bradicardia sinusală;
- d) extrasistolie;
- e) blocada piciorușelor a fascicolului His.

A,C

359. Cauzele dezvoltării hipofuncției glandei tiroide:

- a) hipoplazia înăscută a glandei tiroide;
- b) tumoara glandei tiroide;
- c) după operație pe glanda tiroidă;
- d) tireoidită autoimună;
- e) angina

A,C,D

360. Care din factori enumerați contribuie la dezvoltarea leucemiei acute?

- a) radiația ionizată;
- b) distrugerea masivă a eritrocitelor;
- c) acțiunea mutagenilor chimici;
- d) defectul structurii membranei eritrocitelor;

e) factorul ereditar.

A,C,E

361. Ce este caracteristic pentru sindromul anemic?

- a) mărirea ganglionilor limfatici;
- b) astenie, vertij;
- c) paloarea tegumentelor;
- d) dispneea;
- e) scăderea Hb și a eritrocitelor în sângele periferic.

B,C,D,E

362. Care din semnele menționate este caracteristic pentru anemie prin carenta vitaminei B12?

- a) epistaxisul, metroragiile gastro-intestinale;
- b) cianoza tegumentelor;
- c) paliditatea tegumentelor;
- d) limba de o culoare roșie aprinsă;
- e) ganglionii limfatici periferici măriți în volum.

C,D

363. Care din schimbările hemogramei denotă leucemie acută?

- a) eritrocitoza;
- b) corpusculii Jolli și inelele Cabot în eritrocite;
- c) leucocitoza marcată;
- d) mielocite și metamielocite în formula leucocitară;
- e) "blaști" în cantități mari.

C,E

364. În care din afecțiunile menționate poate fi o febră marcată:

- a) anemia posthemoragică;
- b) leucemia acută;
- c) eritremia;
- d) trombocitopenie;
- e) boala Hodgkin.

B,E

365. Enumerați factorii etiopatogenici ai anemiei feriprive:

- a) hemoragiile cronice
- b) hemoliza
- c) carenta factorului extrinsec și intrinsec (Kastle)
- d) rezecția gastrică subtotală
- a) enteritele.

A,C,D

366. Mărirea nodulilor limfatici este caracteristică pentru:

- a) purpură trombocitopenică
- b) anemie

- c) leucemie acută
 - d) limfocitoză cronică
 - e) boala Hodgkin.
- C,D,E