

TESTE

Nr	Intrebarea	Raspuns corect
1.	C1318008. Ce metoda paraclinica este sensibila si specifica pentru depistarea litiazei veziculare? A. Radiografia abdominala simpla B. Colecistografia orala C. Colecistocolangiografia D. Ecografia E. Scintigrafia radioizotopica	D
2.	C1318009. Care este cea mai frecventa cauza de abdomen acut chirurgical de origine biliara? A. Fistulele bilio-digestive B. Icterul mecanic C. Fistulele bilio-biliare D. Colecistita acuta E. Hidropsul vezicular cu bila alba	D
3.	C1518018. Peritonita biliara aparuta in evolutia colecistitei acute este determinate de: A. prezenta unei fistule bilio-duodenale; B. perforarea colecistului in peritoneul liber; C. migrarea calculului in calea biliara principala; D. prezenta unei fistule colecisto-coledociene; E. instalarea unui plastron vezicular.	B
4.	C1618021. Tratamentul radical al litiazei biliare este: A. disolutia chimica B. litotritia extra-corporeala C. colecistectomia D. litotritia percutanata E. colecistostomia	C
5.	C2926070. În sindromul Bouveret, succesiunea etapelor clinice este: A. icter, febra, colici biliare, sindrom ocluziv; B. colici biliare, sindrom ocluziv, febra, subicter; C. febra, cefalee, icter sindrom ocluziv; D. colici biliare, febra, subicter, sindrom ocluziv; E. febra, varsturi, subicter, colici biliare;	D
6.	C2318037. Care este cea mai grava complicatie a litiazei veziculare: A. Colecistita cronica; B. Hidropsul vezicular cu bila alba; C. Angiocolita acuta icterouremigena; D. Hidropsul intermitent; E. Vezicula de portelan.	C
7.	C2522143. Principalele manifestari ale MSOF la nivel gastro-intestinal sunt : A. sangerare/ileus B. scaderea functiei de bariera a mucoasei C. greturile,varsaturile D. eroziuni ale mucoasei E. polidipsia	A,B,D
8.	C2822153. Cel mai frecvent fractura de stern se poate asocia cu: A. contuzie cardiaca B. pneumotorax bilateral	A,D

TESTE

	C. ruptura de aorta acedenta D. fractura de coloana toracica E. hemotorax	
9.	C2825221. Care din afirmatiile de mai jos sunt adevarate cu privire la peritonitele acute primare? A. Apar in prezenta unui focar infectios intraabdominal B. Pot apare la orice varsta, dar sunt prevalente la copil C. Clinic se manifesta cu semne generale de infectie D. In majoritatea cazurilor sunt polimicrobiene E. Tratamentul peritonitelor primare se bazeaza pe tratamentul chirurgical	B,C
10.	C1226004. Triada Konig descrisa in stenozele incomplete ale intestinului subtire cuprinde: A. Zgomote hidroaerice care survin pe o perioada de acalmie, urmate de emisie de scaun B. Colici de lupta cu accentuarea zgomotelor hidroaerice si ulterior perioade de acalmie C. Zgomote hidroaerice survenite dupa o "colica de lupta", urmate de scaune si ameliorare D. Scaune asociate cu "colici de lupta" pe fond de distensie abdominala E. Zgomote hidroaerice survenite dupa o "colica de lupta" urmate de ameliorare completa	C
11.	C1326007. Care din urmatoarele aspecte radiologice caracterizeaza ocluzia intestinului subtire: A. citeva (2-3) imagini hidro-aerice mari dispuse pe flancuri B. distensie aerica a intestinului subtire C. imagini hidro-aerice cu diametrul vertical redus situate periombilical luind aspectul de "tuburi de orga". In decubit lateral nivelele hidro-aerice apar "in trepte de scara". D. imagine hidro-aerica unica, giganta E. absenta imaginilor hidro-aerice	C
12.	C1326009. Semnele functionale ale ocluziei intestinale sunt urmatoarele, cu exceptia: A. durere intensa B. tenesme C. varsaturi D. intreruperea tranzitului pentru materii si gaze E. distensie abdominala	B
13.	C2326043. Ocluzia prin cancer colonic este mai frecventa la: A. cancerele de colon ascendent, B. cancerele de colon stang, C. cancerele de colon transvers, D. cancerele de unghi colic drept, E. cancerele de valvula ileo-cecala.	B
14.	C2326045. In tratamentul ocluziei intestinale, decompresiunea abdominala prin scaderea presiunii intralumenale se realizeaza: A. preoperator prin aspiratie naso-gastrica, B. intraoperator prin golirea anselor de continut sero-lichidian, C. pre, intra si postoperator pana la reluarea tranzitului intestinal, D. prin intubatie naso-gastrica si recto-colica, E. medicatie absorbanta si suprimarea chirurgicala a obstacolului intestinal.	C
15.	C1326078. Obiectivele tratamentului ocluziei intestinale sunt:	A,C,D,E

TESTE

	<p>A. reechilibrarea hidro-electrolitica a bolnavului B. corectarea anemiei C. decompresiunea bolnavului D. rezolvarea cauzei de ocluzie E. profilaxia recidivelor</p>	
16.	<p>C1326083. Ca urmare a obstructiei intestinale (indiferent de cauza), se produce o stare de deshidratare si hipovolemie datorita: A. ischemiei parietale intestinale B. extravazarii de lichide in lumenul intestinal C. acumulari de lichide in peretele intestinal cu aparitia edemului D. hipersecretiei mucoasei intestinale E. extravazarii de lichide in peritoneu cu aparitia ascitei</p>	B,C,E
17.	<p>C1426089. Ocluziile dinamice pot apare datorita: A. Volvularii; B. Traumatismelor cranio-cerebrale; C. Tumorilor abdominale; D. Infectiile abdominale; E. Intoxicatiilor profesionale.</p>	B,D,E
18.	<p>C1526095. Paralizia musculaturii intestinale (ileusul paralytic) poate apare in: A. peritonite; B. hipocalcemie; C. sindroame toxico-septice; D. infarctul entero-mezenteric; E. intoxicatii cu antirezerpinice.</p>	A,C,D
19.	<p>C2226130. Complicatiile ocluziilor pot fi: A. pneumonii sau bronhopneumonii B. complicatii inflamatorii C. peritonite prin perforatii diastatice D. infarcte intestinale E. complicatii degenerative</p>	A,C,D
20.	<p>C2326144. Simptomatologia volvulusului de intestin subtire debuteaza prin: A. colici abdominale difuze, B. distensie abdominala asimetrica, C. aparare musculara localizata, D. revarsat lichidian intraperitoneal, E. imagini hidro-aerice etajate.</p>	B,C,D,E
21.	<p>C2526159. Care sunt semnele cardinale ale ocluziei intestinale? A. durerea B. contractura musculara generalizata C. meteorismul D. varsaturile E. intreruperea tranzitului intestinal</p>	A,C,D,E
22.	<p>C1234001. Care forma de hernie este caracterizata prin ciupirea laterala a ansei herniate: A. hernia strangulata femurala; B. hernia Richter; C. hernia Maydl; D. hernia ombilicala; E. hernia inghinala.</p>	B

TESTE

23.	C1234004. In evolutia herniei, complicatia cea mai nefasta este: A. pierdere dreptului de domiciliu; B. incarcarea herniara; C. strangularea herniara; D. retentia acuta de urina; E. ireductibilitatea la palpare.	C
24.	C1234006. In care forme de hernii sacul contine mai multe anse intestinale: A. hernia epigastrica; B. hernia femurala; C. hernia Maydl; D. hernia Richter; E. hernia obturatorie.	C
25.	C1334009. Organul herniat cel mai frecvent este: A. vezica urinara B. colon C. epiplon D. stomac E. uter	C
26.	C1534018. Herniile inghinale directe: A. se produc la nivelul fosetelor inghinale mijloci si sunt supranumite "de slabiciune"; B. se produc la nivelul fosetelor inghinale laterale; C. se produc la nivelul fosetelor inghinale interne; D. se produc prin persistenta canalului peritoneo-vaginal; E. sunt determinate de un defect parietal congenital.	A
27.	C1534020. Tratamentul herniilor abdominale strangulate: A. este exclusiv chirurgical si reprezinta o urgenta majora; B. rezolvarea prin taxis este suficienta; C. tratamentul ortopedic este suficient; D. nu reprezinta o urgenta chirurgicala, putand fi aplicat si in regim de chirurgie programata; E. in cazul herniilor strangulate este intotdeauna necesara resectia organului herniat.	A
28.	C1534021. Complicatia cea mai frecventa, care apare in evolutia herniilor abdominale se refera la: A. peritonita herniara; B. corpai straini intrasaculari; C. ireductibilitatea herniei, ce imbraca doua aspecte anatomo-clinice distincte: incarcarea herniara si strangularea herniara; D. tumorile herniare; E. traumatismele in zona herniara.	C
29.	C2534151. Herniile rare ale peretelui abdominal sunt reprezentate de : A. herniile ombilicale B. herniile lombare C. herniile femurale D. herniile ischiatice E. herniile spiegelene	B,D,E
30.	C2635039. Fundoplicatura Nissen realizeaza o inmanusare a esofagului abdominal pe: A. 90 ° B. 180 °	D

TESTE

	C. 270 ° D. 360 ° E. 45 °	
31.	C2835041. Volvulusul gastric complet este definit clinic prin triada: A. Borchard-Lenormant B. Gavriliu C. Saint D. Akerlund E. Roviralta	A
32.	C2935044. In herniile hiatale prin alunecare: A. se modifica unghiul His B. se slabeste mecanismul de valva antireflux C. sfincterul esofagian inferior devine incompetent D. apare refluxul gastro-esofagian E. toate variantele sunt corecte	E
33.	C1335054. Dupa mecanismul de producere, hernia hiatala se clasifica in: A. prin alunecare (axiale, sliding hernia, cardioesofagiana) B. prin rostogolire (paraesofagiana, rolling hernia) C. mixte D. prin gravitatie E. prin angajare	A,B,C
34.	C1535072. Care din urmatoarele manifestari clinice pot fi intalnite intr-o hernie hiatala paraesofagiana? A. pirozisu; B. sialoreea; C. dureri epigastrice posturale; D. tuse chintoasa; E. eructatii.	C,D,E
35.	C2535124. Hemifundoplicatura anterioara Dor practicata in cura herniilor hiatale prin alunecare se caracterizeaza prin: A. Valvuloplastie completa. B. Valvuloplastie incompleta de 180 °. C. Genereaza frecvent disfagie. D. Da un indice de esofagita recurenta mai mare. E. Este scutita de complicatia gen gas bloat-syndrome.	B,D,E
36.	C1236003. Explorarile paraclinice minim invazive, utile precizarii diagnosticului bolii varicoase sunt: A. arteriografia B. flebografia C. limfografia D. radiografia E. tomografia computerizata	B
37.	C2236027. Testul Perthes: A. este identic cu testul Linton B. este identic cu testul Trendelenburg-Brodie C. utilizeaza trei garouri D. utilizeaza un garou plasat in treimea distala a coapsei E. utilizeaza ultrasonografia Doppler	D
38.	C2336034. La testul Schwartz: A. reperam prin palpare traiectele venoase subcutanate invizibile la palpare B. reperam insuficienta ostiala de safena mare	A

TESTE

	C. reperam insuficienta ostiala de safena mica D. reperam perforantele gambei E. reperam vena Giacomini	
39.	C1436070. Indicatiile tratamentului chirurgical al varicelor sunt: A. cosmetice B. complicatiile bolii varicoase C. orice forma de varice D. pentru varice voluminoase cu simptome majore neameliorate medical E. pentru varice voluminoase fara simptome	A,B,D
40.	C1536080. Edemele datorate bolii varicoase au urmatoarele caracteristici: A. apar cel mai frecvent bilateral; B. apar la bolnavi cu varice voluminoase; C. nu cedeaza in repaus; D. cedeaza la ridicarea membrului inferior deasupra nivelului orizontal; E. lipsa pulsului la artera pedioasa.	B,D
41.	C2536153. Percutia se foloseste în urmatoarele teste venoase functionale: A. Linton B. Schwartz C. Pertes D. Mahorner E. Marmasse	B,E
42.	C1339009. In hemoragiile digestive inferioare sursa hemoragiei este situata A. intre unghiul duodeno-jejunal si anus B. distal de valvula ileo-cecala C. distal de portiunea de 3-a a duodenului D. la nivelul colonului transvers si descendent E. pe colonul ascendent	A
43.	C1539014. Hematemeza este urmata intotdeauna de: A. hematochezie; B. hemoptizie; C. melena; D. rectoragie; E. metroragie.	C
44.	C1639024. Cea mai frecventa forma de manifestare a hemoragiei digestive superioare este: A. hematemeza B. hematochezia C. melena D. rectoragia E. nici una dintre acestea	C
45.	C2239033. Pentru ca o parte a hemoragiilor digestive superioare sa se manifeste prin hematemeza, trebuie sa se piarda circa: A. 600-800 ml sânge B. 800-1000 ml sânge C. 1000-1200 ml sânge D. 1200-1400 ml sânge E. 1000-1500 ml sânge	B
46.	C2739052. Melena nu se caracterizeaza prin: A. scaun negru lucios B. miros de gudron C. consistenta moale	E

TESTE

	D. asociere cu hematemeza E. origine strict proximala de unghiul duodenojejunal	
47.	C1639090. Factori de prognostic favorabil in HDS sunt: A. reluarea tranzitului cu scaune normale B. cresterea ureei serice C. stabilitate hemodinamica D. stare generala alterata E. diureza orara normala	A,C,E
48.	C2239110. Hematochezia apare atunci când: A. cauza hemoragiei este de origine gastric B. hemoragia depaseste 1000 ml sânge C. hemoragia se produce într-un interval scurt de timp D. recidiva unei hemoragii este în primele 4-5 zile de la debut E. hemoragiile sunt mici si repetate	B,C
49.	C1510008. Elementul de diagnostic esential in ocluzia arteriala acuta este: A. Edemul B. Hiperreflexia osteotendionasa C. Absenta pulsului distal de ocluzie D. Hiperemia E. Eritemul marginat	C
50.	C2310014. In cazul ischemiei severe si persistente apare: A. absenta pulsului B. raceala tegumentelor C. marmorarea tegumentelor D. paralizia E. parestezii	D
51.	C1510047. Tratamentul trombolitic in ocluzia arteriala acuta periferica se face cu: A. Activator tisular al plasminogenului recombinat B. Heparine cu greutate moleculara mica C. Streptokinaza D. Globulina antihemofilica E. Antitrombina III	A,C
52.	C2610082. Obiectivele tratamentului medicamentos in ischemia acuta periferica sunt: A. Combaterea durerii B. Vasodilatatia colateralelor C. Prevenirea extensiei trombozei D. Suprimarea spasmului arterial E. Tromboliza	A,B,C,D
53.	C1211003. Simptomul major prezent in cadrul tabloului clinic al pancreatitei acute este reprezentat de: A. durere B. greturi C. febra D. varsaturi bilioase E. tahicardie	A
54.	C1511009. Laparotomia precoce in pancreatita acuta este indicata pentru: A. diagnosticul pancreatitei acute; B. tratamentul unei perforatii gastro-intestinale precoce; C. tratarea necrozei pancreatice;	B

TESTE

	D. evacuarea abcesului pancreatic; E. pentru drenajul chirurgical al unor colectii pancreatice.	
55.	C1611015. Cel mai sensibil si mai specific semn in diagnosticul biologic al pancreatitei acute este: A. cresterea lipazemiei B. cresterea amilazemiei C. cresterea raportului dintre clearance-ului amilazei si al creatininei D. cresterea bilirubinemiei E. cresterea amilazuriei	C
56.	C2211025. Din punct de vedere morfopatologic forma edematoasă a pancreatitei acute presupune: A. abcese pancreatice B. abcese peripancreatice C. pancreas marit de volum printr-un edem gelatinos D. sechestre pancreatice E. leziuni hemoragice si necrotice	C
57.	C2511040. Care dintre urmatoarele mecanisme fiziopatologice intervin in etiopatogenia pancreatitei acute induse de litiaza biliara: A. prezenta calculilor in vezicula biliara; B. pasajul microcalculilor prin tractul biliar; C. efectul toxic direct al acizilor biliari asupra pancreasului; D. refluxul biliar in canalele pancreatice in cazul obstructiei sfincterului Oddi; E. insuficienta oddiana tardiva cu reflux duodenopancreatic izolat.	B
58.	C1211072. Modificarile radiologice care apar in cadrul pancreatitei acute pot fi reprezentate de: A. pneumobilie B. "ansa santinela" C. "semnul colonului amputat" D. aspect radiologic de ileus paralytic difuz E. hidrotoracele stang	B,C,D,E
59.	C1211069. Formele morfopatologice ale pancreatitei acute sunt reprezentate de: A. forma edematoasa B. forma ulcerativa C. forma necrotico-hemoragica D. forma emfizematoasa E. forma supurata	A,C,E
60.	C1211070. Cele mai frecvente cauze etiologice ale pancreatitei acute sunt reprezentate de: A. consumul de alcool B. fumatul C. litiaza biliara D. medicamentele anti inflamatoare nesteroidiene E. hipercolesterolemia	A,C
61.	C1311073. Tratamentul chirurgical al pseudochistilor pancreatici se face prin: A. Drenaj extern B. Chisto-gastrostomie C. Wirsungo-jejunostomie D. Chisto-duodenostomie E. Chisto-jejunostomie cu ansa in "Y"	A,B,D,E

TESTE

62.	C1311078. Care din urmatoarele semne clinice sunt intilnite in pancreatita acuta? A. Echimoza in jurul ombilicului (semnul Cullen) B. Echimoza pe flancuri (semnul Grey-Turner) C. Palparea unei formatiuni tumorale in epigastru D. Perceperea unor zgomote hidroarice accentuate in flancul drept E. Echimoza sub ligamentul inghinal (semnul Fox)	A,B,C,E
63.	C2511171. Despre rolul colangiopancreatografiei retrograde endoscopice in pancreatita acuta se poate afirma ca: A. stabileste diagnosticul etiologic de pancreatita acuta etanolica; B. ofera date pentru stabilirea etiologiei litiazeice; C. in cazul existentei unei colangite se practica papilosfincterotomie; D. permite extragerea unui calcul inclavat in papila; E. permite diagnosticul diferential cu o perforatie ulceroasa gastro-duodenala.	B,C,D
64.	C1212003. Markerul tumoral specific cel mai utilizat in diagnosticul cancerul de pancreas exocrin, valoarea sa predictiva apropiindu-se in unele statistici de cea a ultrasonografiei, este: A. alfa-fetoproteina B. antigenul carcinoembrionar C. CA 19-9 D. CA 125 E. galactozyltransferaza II	C
65.	C1412007. Triada clasica caracteristica cancerului de cap pancreas este: A. Hepatomegalie, icter, durere de tip pancreatic B. Durere epigastrica surda, icter, meteorism abdominal C. Durere epigastrica, varsatura, inapetenta D. Varsatura, icter, scadere ponderala E. Durere pancreatica, scadere ponderala, icter	E
66.	C1412010. Icterul prezent in cancerul de cap de pancreas are urmatoarele caracteristici cu exceptia: A. Este nedureros B. Da tegumentelor o nuanta verdinica C. Este insotit de febra D. Este insotit de prurit intens rezistent la tratament E. Este insotit de scaune decolorate	C
67.	C1512015. In cancerul pancreasului exocrin, cu localizare cefalica este indicata: A. duodenopancreatectomia cefalica; B. pancreatectomia subtotala; C. intotdeauna pancreatectomia totala; D. chimioterapia singura, cu viza curativa; E. asocierea radio-chimioterapie care poate obtine singura vindecarea.	A
68.	C1612022. Examenul radiologic gastro-duodenal evidentiaza in cazul cancerului pancreasului exocrin: A. largirea cadrului duodenal B. impingerea caudala a colonului transvers C. deplasarea caudala a rinichiului stang D. deplasarea caudala a unghiului splenic a colonului E. imagine lacunara in ultima portiune a duodenului	A
69.	C2212024. Semnul lui Wirchow Troisier, ca manifestare clinic a cancerului pancreatic, este reprezentat de:	E

TESTE

	A. metastaza ombilicala B. bombarea fundului de sac Douglas C. tromboflebite superficiale migratorii D. vezicula biliara destinsa, palpabila E. adenopatie supraclaviculara	
70.	C2212025. Semnul lui Trousseau, ca manifestare clinic de ordin general în cancerul pancreasului exocrin, este reprezentat de: A. vezicula biliara destinsa palpabila B. metastaza ombilicala C. tromboflebite superficiale migratorii D. tromboflebite profunde migratorii E. adenopatie supraclaviculara	C
71.	C1312090. In cancerul de cap de pancreas, semnul Courvoisier-Terrier poate lipsi la: A. Toti bolnavii B. La bolnavi colecistectomizati C. La cei cu colecistopatie litiazica cu evolutie indelungata, la care vezicula biliara este scleroatrofica D. La bolnavi cu gastrectomie in antecedente E. La bolnavi obezi, cu ficatul rasturnat in sus si posterior, situatie in care colecistul destins nu este accesibil palparii	B,C,E
72.	C2611054. Care din urmatoarele afectiuni reprezinta indicatie pentru tratamentul chirurgical în hipertiroidie: A. Boala Basedow cu evolutie clinica maligna. B. Forme cu debut recent. C. Forme care au ca unica manifestare sindromul cortico-diencefalic. D. Bolnavii sub 20 ani. E. Forme care evolueaza pe teren biologic tarat.	A
73.	C2611187. Care din urmatarii factori sunt determinanti în etiopatogenia hipertiroidiilor: A. Factori medicamentosi. B. Traume psihice puternice. C. Nivelul si vechimea hiperhormonemiei tiroidiene. D. Sensibilitatea individuala la hormonii tiroidieni. E. Infectiile microbiene.	A,B,E
74.	C2611188. Manifestarile cutanate in hipertiroidie sunt caracterizate prin: A. Piele subtire si supla. B. Prurit. C. Edeme ale membrelor inferioare fara insuficienta cardiaca. D. Pilozitate accentuata la nivelul trunchiului si membrelor inferioare. E. Tegumente hiperpigmentate.	A,B,C
75.	C1213004. Simptomul principal al ulcerului gastric necomplicat este: A. Durerea B. Varsaturile C. Greata D. Pirozisul E. Eructatiile	A
76.	C1313009. Interventia de electie in ulcerul gastric tip I Johnson este reprezentata de: A. bulbantrectomie+ vagotomie B. rezectie cuneiforma gastrica	D

TESTE

	<p>C. hemigastrectomie + vagotomie D. rezectie gastrica distala care sa cuprinda si leziunea gastroduodeno-anastomoza E. rezectie Schoemaker</p>	
77.	<p>C1313011. Cea mai frecventa complicatie a ulcerului gastric este reprezentata de: A. perforatia B. penetratia C. stenoza D. malignizarea E. hemoragia</p>	A
78.	<p>C1413014. Localizarea cea mai frecventa a ulcerului gastric este: A. fata anterioara a stomacului B. fata posterioara a stomacului C. mica curbura gastrica, in vecinatatea incizurii D. marea curbura gastrica E. regiunea pilorica</p>	C
79.	<p>C1413015. Ulcerul gastric tip Johnson II cuprinde: A. ulcerul situat pe mica curbura, spre zona fundica B. ulcerul situat inalt pe mica curbura, langa jonctiunea gastro-esofagiana C. ulcerul situat la nivelul corpului gastric pe mica curbura, asociat cu ulcerul piloric sau duodenal, chiar stenozant D. ulcerul cu localizare antrala E. ulcerul situat oriunde pe mucoasa gastrica, fiind rezultatul ingestiei cronice de anti inflamatoare nesteroidiene</p>	C
80.	<p>C1513020. Semnul radiologic direct de ulcer gastric benign, la examenul radiologic baritat este: A. nisa mare, cu pereti rigizi, incastrata in conturul gastric; B. retractia sau scurtarea micii curburi; C. incizura spastica a marii curburi; D. nisa in afara conturului gastric, cu pliurile din vecinatate suple, convergente spre leziune; E. lacuna.</p>	D
81.	<p>C1613027. Hemoragia in ulcerul gastric este: A. o complicatie majora B. mai putin frecventa decat in ulcerul duodenal C. e urmata de mortalitate mai mica D. e intotdeauna macroscopica E. se exteriorizeaza intotdeauna prin hematemeza</p>	A
82.	<p>C2513045. Ulcerul Cushing este ulcerul de stress care apare in: A. hipotensiunea grava si prelungita B. leziuni cerebrale C. interventii chirurgicale cu durata mare D. stari septice E. transfuzii massive</p>	B
83.	<p>C1213062. Care dintre afirmatiile referitoare la tratamentul chirurgical al ulcerului gastric sunt corecte: A. La tipul I interventia de electie este rezectia gastrica distala urmata de gastroduodeno-anastomoza Pean-Bilrot I sau Bilrot II B. La tipul II interventia de electie este vagotomia tronculara cu antrectomie cu gastroduodeno- sau gastrojejuno-anastomoza</p>	A,B,C,E

TESTE

	<p>C. La tipul III interventia de electie este vagotomia tronculara cu antrectomie D. La tipul II interventia de electie este gastroentero-anastomoza E. Tipul V se vindeca de obicei dupa administrarea unui tratament medical intensive</p>	
84.	<p>C1213066. Complicatiile cronice ale ulcerului gastric sunt A. Penetratia B. Stenoza C. Malignizarea D. Hemoragia E. Perforatia</p>	A,B,C
85.	<p>C2313107. Tratamentul medicamentos al ulcerului gastric se face cu: A. antiacide B. antagonisti de receptori H2 C. compusi coloidali D. AINS E. omeprazol</p>	A,B,C,E
86.	<p>C1314009. Caracteristica principala a ulcerului duodenal postbulbar este reprezentata de: A. tendinta spre malignizare B. tendinta de penetrare spre organele si structurile anatomice invecinate C. perforatie in cavitatea peritoneala D. exereza chirurgicala este intotdeauna facila E. nu necesita vagotomie tronculara</p>	B
87.	<p>C1414015. Vagotomia tronculara in tratamentul chirurgical al ulcerului duodenal: A. se realizeaza prin sectiunea supradyafragmatica a ambelor trunchiuri vagale B. se realizeaza prin sectiunea supradyafragmatica doar a unuia din trunchiurile vagale C. se realizeaza prin sectiunea subdyafragmatica a ambelor trunchiuri vagale D. se realizeaza prin sectiunea subdyafragmatica doar a unuia din trunchiurile vagale E. efectul vagotomiei este hiperaciditatea</p>	C
88.	<p>C1514018. Cea mai eficienta varianta de tratament chirurgical al ulcerului duodenal este considerata: A. rezectia gastrica 2/3; B. vagotomia cu gastroenteroanastomoza; C. vagotomia tronculara asociata cu bulbantrectomie sau hemigastrectomie; D. gastrectomia totala; E. gastroenteroanastomoza.</p>	C
89.	<p>C1514021. Tipul de operatie indicat in ulcerul duodenal perforat la pacienti tineri, la care perforatia este supla sau reprezinta primul simptom al bolii, este: A. sutura simpla cu epiploonoplastie; B. rezectia gastrica; C. vagotomia cu hemigastrectomie; D. drenajul dirijat al perforatiei; E. gastroentero-anastomoza.</p>	A
90.	<p>C2514034. În ulcerul duodenal rolul primordial în ulcerogeneza revine: A. secretiei acide gastrice B. infectiei cu Helicobacter pylori</p>	A

TESTE

	C. scaderi factorilor de aparare a mucoasei D. stress-ului E. fumatului	
91.	C2514036. Manifestarea clinica majora si dominanta în ulcerul duodenal este: A. hematemeza B. durerea epigastrica sau periombilicala dreapta cu caractera de crampa, torsiune, arsura, cu mare si mica periodicitate C. varsatura bilioasa D. pirozitul E. scaderea ponderala	B
92.	C1214056. Semnele indirecte de ulcer duodenal la tranzitul baritat pot fi: A. aspectul de "trefla" al bulbului duodenal B. nisa ulceroasa C. deformarea si rigiditatea segmentara D. hipomotilitatea E. convergenta pliurilor de mucoasa ingrosata	A,C,E
93.	C1214058. In faza organo-functionala a stenozei pilorice, tabloul clinic cuprinde: A. varsaturi abundente si rare B. dureri persistente C. clapotaj gastric intermitent D. unde peristaltice vizibile E. plenitudine epigastrica progresiva	C,D
94.	C1214060. In ulcerul duodenal, obiectivele tratamentului chirurgical sunt: A. prevenirea complicatiilor B. reducerea aciditatii gastrice C. reducerea recidivelor D. asigurarea unui drenaj gastric cat mai fiziologic E. ridicarea leziuni ulceroase atunci cand este posibil	B,D,E
95.	C1514081. Efectele favorabile ale vagotomiei in tratamentul chirurgical al ulcerului duodenal sunt: A. reduce stimularea colinergica a celulelor parietale gastrice; B. reduce sensibilitatea celulelor parietale gastrice la actiunea gastrinei si histaminei; C. induce modificari favorabile ale motilitatii; D. scade secretia exocrina pancreatica; E. hipersecretia gastrica	A,B
96.	C1614087. Hemoragia in ulcerul duodenal: A. este a doua cauza de hemoragie digestiva ca frecventa B. vasele cel mai frecvent interesate in perforatie sunt artera gastro-duodenala si artera pilorica C. reprezinta uneori prima manifestare intr-un ulcer duodenal D. endoscopia digestiva stabileste diagnosticul intr-un procent de 60% din cazuri E. incidenta ei este modificata de medicatia antiulceroasa	B,C
97.	C2514138. Tratamentul medical al ulcerului duodenal hemoragic consta în: A. sonda de aspiratie gastrica B. spalaturi repetate cu ser rece alcalinizat pe sonda de aspiratie C. reechilibrare hidroelectrolitic D. transfuzie de sânge daca hematocritul scade sub 35%	A,B,C,E

TESTE

	E. antisecretorii injectabile	
98.	C2514139. Examenul clinic al abdomenului în ulcerul duodenal perforat în primele ore de la debut arata: A. prezenta contracturii abdominale la palpare B. abdomenul este imobil cu respiratia C. prezenta matitatii hepatice D. clapotaj epigastric E. accentuarea zgomotelor intestinale	A,B
99.	C2614148. Tratamentul ulcerului duodenal perforat include: A. tratament conservator dupa metoda Taylor B. sutura perforatiei celioscopic daca aceasta este sub 6 ore C. sutura simpla + epiploonoplastie D. vagotomie cu antrectomie E. nici una	A,B,C,D
100.	C1215002. Dintre afectiunile gastrice predispozante la cancer gastric: A. Ulcerul gastric are un potential de malignizare de 50-70% B. Displazia mucoasei gastrice actioneaza in producerea cancerului gastric prin secretia de sulfomucina C. Polipi adenomatosi au un risc de malignizare de 38% D. Metaplazia intestinala incompleta nu se asociaza cu cancerul gastric E. Leziunile precanceroase reprezinta 5-10% din factori ce concureaza la aparitia cancerului gastric	C
101.	C1315006. Cea mai frecventa localizare a cancerului gastric este reprezentata de: A. zona antrala B. mica curbura C. marea curbura D. zona cardio-tuberozitară E. fata posterioara a corpului gastric	A
102.	C1315008. Cel mai performant examen pentru diagnosticul de cancer gastric este reprezentat de: A. endoscopia digestiva superioara cu biopsie B. explorarea radiologica in dublu contrast C. ecografia abdominala D. computer tomografia E. examenul clinic	A
103.	C1315011. Cancerul gastric incipient (" early cancer") este definit de invazia limitata la: A. subseroasa B. membrana bazala C. mucoasa si submucoasa D. peritoneul visceral E. musculara proprie	C
104.	C1415013. Tumora Krukenberg in cancerul gastric, reprezinta interesarea si a: A. Splinei; B. Ovarelor; C. Cecului; D. Colecistului; E. Regiunii eso-gastrice.	B
105.	C1415015. Afectiunea gastrica ce pare sa duca cel mai frecvent la cancer	C

TESTE

	<p>gastric este: A. Ulcerul gastric antral; B. Polipi adenomatosi; C. Gastrita atrofica; D. Metaplazia intestinala gastrica; E. Gastrita hipertrofica.</p>	
106.	<p>C2615057. Grupul ganglionar limfatic gastric 9 cuprinde: A. ganglioni paraesofagieni stg. B. subpilorici C. para- aorto-cavi D. trunchi celiac E. retroduodenopancreatici</p>	D
107.	<p>C1215062. Simptomele cancerului gastric se caracterizeaza prin: A. Anorexie in 50-80% din cazuri B. Dureri epigastrice in etajul abdominal superior, difuze initial iar apoi localizate C. Tulburari de tranzit sub forma constipatiei sau diareei cu steatoree D. Disfagie insotita de regurgitatii filante, ce apare in 25-40% din cazuri E. Hematemeza si melena in cancerele ulcerate, fiind mici cantitativ</p>	B,C,E
108.	<p>C1415077. In cancerul gastric, se considera interventie paliativa: A. In prezenta metastazelor; B. Dupa trecerea a mai mult de 3 luni de la diagnostic; C. Cand raman resturi tumorale; D. Cand nu se asociaza chimioterapia; E. Nici una de mai sus.</p>	A,C
109.	<p>C1415079. Chirurgia cu viza radicala, in cancerul gastric este realizabila: A. In absenta metastazelor; B. Cand seroasa stomacului nu este depasita; C. Cand pilorul este permeabil; D. In orice conditii; E. Nici una de mai sus.</p>	A,B
110.	<p>C1227002. Careia din formele anatomopatologice ale apendicitei ii corespund urmatoarele modificari: apendicele si mezoul sunt congestionate, edem si hipervascularizatie a seroasei, infiltrat leucocitar, hipertrofia foliculilor limfatici A. Catarala B. Flegmonoasa C. Gangrenoasa D. Peritonita apendiculara E. Blocul apendicular</p>	A
111.	<p>C1227003. Care din punctele dureroase din apendicita acuta este situat la unirea 1/3 externa cu 1/3 medie a liniei bispinoase: A. Punctul Mc.Burney B. Punctul Morris C. Punctul Sonnenburg D. Punctul Lanz E. Punctul aflat in varful triunghiului Iacobovici</p>	D
112.	<p>C1327013. Expectativa sub tratament medical in apendicita acuta este acceptata in: A. apendicita acuta la batrani</p>	E

TESTE

	<p>B. apendicita acuta si sarcina C. apendicita acuta retrocecala D. apendicita acuta mezoceliaca E. plastronul (blocul apendicular)</p>	
113.	<p>C1427016. Semnul Lanz consta in: A. Durere la decompresia abdominala brusca B. Diminuarea pana la disparitie a reflexelor cutanate la nivelul fosei iliace drepte C. Contractura abdominala la palpare D. Accentuarea durerii la ridicarea membrului inferior drept intins E. Aparitia durerii in fosa iliaca dreapta la palparea fosei contro-laterale</p>	B
114.	<p>C1427018. Manevra Blumberg pozitiva consta in: A. Durere la nivelul fosei iliace drepte dupa palparea fosei iliace stangi; B. Durere pe traiectul nervului sciatic la flexia membrului inferior pe abdomen; C. Durere la palparea profunda in epigastru; D. Sensibilitate la nivelul fundului de sac vaginal la tuseu rectal sau vaginal; E. Durere la nivelul fosei iliace drepte aparuta la decompresia brusca dupa palparea profunda a acestei zone.</p>	E
115.	<p>C1527022. Tratamentul apendicitei acute la gravide este: A. tratament chirurgical; B. tratament antibiotic; C. tratament antinflamator; D. fizioterapie E. radioterapie.</p>	A
116.	<p>C1627030. Semnul specific pentru evidentiarea unei apendicite acute retrocecale: A. semnul Mandelpott B. Manevra Blumberg C. Manevra Rovsing D. Semnul psoasului E. Semnul Lanz</p>	D
117.	<p>C1227072. Care din urmatoarele forme clinice de apendicita sunt consemnate la batrani: A. Ocluzia febrila B. Pseudotumora C. Apendicita cu peritonita in doi timpi D. Forma clasica E. Forma toxica</p>	A,B,C
118.	<p>C1227077. Care din urmatoarele semne fac parte din triada lui Dieulafoy: A. Durere in fosa iliaca dreapta B. Durere in epigastru C. Hiperestezie cutanata D. Tumefactie in fosa iliaca dreapta E. Aparare musculara in fosa iliaca dreapta</p>	A,C,E
119.	<p>C1527089. Evolutia plastronului apendicular se apreciaza prin monitorizarea urmatoarelor parametri: A. febra; B. leucocitoza; C. diametrul tumorii; D. tranzitul intestinal;</p>	A,B,C,D

TESTE

	E. curba diurezei.	
120.	C2627157. Criteriile de evaluare în scala Glasgow (GCS) sunt: A. Deschiderea ochilor B. Rata respiratorie C. Expansiunea respiratorie D. Răspunsul verbal E. Răspunsul motor	A,D,E
121.	C1228003. Ruptura de splina in doi timpi se produce cel mai frecvent in: A. Primele 24 ore. B. Dupa luni de zile. C. Primele 2-3 zile. D. Primele 2-3 saptamani. E. Tipul V de ruptura.	C
122.	C1328009. Semnul Mandel poate apare in: A. ocluzia intestinala prin volvulus de intestin subtire B. invaginatia intestinala C. sindrom de iritatie peritoneala D. pancreatita acuta edematoasa E. ocluzia intestinala prin volvulus de sigmoid	C
123.	C1328010. Cauzele aparitiei revarsatului parietal abdominal Morel-Lavalle sunt: A. lovirea indirecta B. lovirea directa cu o suprafata de impact boanta ce actioneaza tangential C. lovire prin efect tangential exploziv D. impactul tangential al agentului traumatic cu peretele abdominal profund de pe suprafata rezistenta a aponevrozei de invelis a muschilor abdominali E. impactul tangential al agentului traumatic cu peretele abdominal profund de sub aponevroza de invelis a muschilor abdominali	D
124.	C1428011. Cel mai frecvent organ cavitat lezat in traumatisme este: A. Stomacul; B. Intestinul subtire; C. Rinichiul; D. Splina; E. Caile biliare.	B
125.	C1528014. Care din imaginile oferite de radiografia abdominala simpla este sugestiva pentru leziuni viscerale cavitare posttraumatice: A. pneumoperitoneul; B. absenta pneumoperitoneului exclude prezenta unei perforatii; C. nivelele hidroaerice sugereaza peritonita primara; D. modificari in conturul organelor cavitare; E. decelarea leziunilor de parti moi.	A
126.	C2528042. Care dintre structurile anatomice enumerate mai jos este obligatoriu lezat pentru ca o plaga abdominala sa fie considerata penetranta? A. tegumentele B. aponevroza C. viscerale parenchimatoase D. epiploonul E. peritoneul parietal	E
127.	C2628047. Care este organul parenchimos cel mai frecvent interesat în traumatismele abdominale?	D

TESTE

	A. pancreasul B. ficatul C. rinichiul D. splina E. plamânul	
128.	C1228057. Hemobilia se manifesta prin: A. Tablou clinic cu abdomen acut hemoragic. B. Icter mecanic. C. Melena. D. Soc. E. Dureri in hipocondrul drept.	B,C,E
129.	C1528070. Care din simptomele si semnele clinice enuntate definesc sindromul de hemoragie interna intra sau retroperitoneala rapid instalata: A. tendinta la colaps; B. tegumente si mucoase palide; C. abdomen balonat cu matitate decliva deplasabila; D. Douglas suplu, nedureros; E. contractura musculara abdominala.	A,B,C
130.	C2228112. Prin ce se manifesta clinic perforatia esofagului abdominal? A. varsaturi alimentare B. dispnee, tuse seaca C. stare febrila persistenta D. disfagie E. dureri vii retroxifoidiene sau retrosternale	C,D,E
131.	C2528150. Care sunt semenele clinice "de alarma" în perioada de latenta a rupturilor de splina în doi timpi? A. subfebrila sau febrila B. matitate deplasabila pe flancuri C. subicter D. tendinta la lipotimie E. tahicardie, paloare	A,C,D,E
132.	C2528161. În traumatismele rectului, existenta unei comunicari între caile urinare inferioare si rect este sugerat de: A. globul vezical B. celulita pelvina C. pierderea de urina prin rect D. eliminarea de gaze si materii fecale odata cu urina E. celulita retroperitoneal difuza	C,D
133.	C2628169. În cazul traumatismelor abdominale cu hemoragie abundent, manevra PRINGLE, consta în: A. clampajul digital al arterei mezenterice superioare B. aplicarea unei pense pe trunchiul celiac C. aplicarea unei pense pe artera splenica D. aplicarea unei pense pe artera hepatic si vena porta E. clampajul digital al pediculului hepatic	D,E
134.	C1229001. Cea mai frecventa forma de manifestare a cancerului mamar este: A. boala Paget B. schirul mamar C. aparitia unei tumori in san D. mastita carcinomatoasa E. adenopatia axilara fara alte semne	C

TESTE

135.	C1229005. In diseminarea hematogena la distanta a cancerului mamar primul filtru in calea celulelor neoplazice este reprezentat de: A. coloana vertebrala si oasele bazinului B. ficat C. encefal D. plamini E. tegumente	D
136.	C1329008. Urmatoarele afirmatii referitoare la ganglionii axilari sunt adevarate, cu exceptia: A. sunt frecvent sediul metastazelor B. evaluarea clinica a ganglionilor axilari este mai putin fidela C. starea reala a ganglionilor axilari este un factor esential de prognostic D. disectia axilara are rol curativ si diagnostic E. ganglionul santinela este ultimul ganglion invadat neoplazic	E
137.	C1629021. Boala Paget a sanului are originea in: A. lobi glandei mamare B. in tegument C. in celulele epiteliului canalelor galactofore de calibru mare D. intraductal in subcutis E. in mamelon	C
138.	C2229026. Aspectul mamografic al unui cancer mamar cuprinde urmatoarele caracteristici, cu exceptia: A. edem peritumoral, cu aspect de halou transparent B. îngrosarea lizereului cutanat limitat la tumoare C. edem peritumoral cu aspect de halou opac D. opacitate de regula cu contur difuz E. spiculi, microcalcificari	C
139.	C2629062. În chirurgia cancerului mamar, mastectomia PATTEY presupune: A. mastectomie + îndepărtarea marelui pectoral B. mastectomie + îndepărtarea micului pectoral C. mastectomie + îndepărtarea micului si marelui pectoral D. mastectomie simpla, conservând pectoralul E. mastectomie simpla	A
140.	C2729063. In cancerul de san asimptomatic singurul semn de debut poate fi: A. scurgerea mamelonara B. roseata tegumentului C. retractia mamelonara D. tumora palpabila E. adenopatia axilara	B
141.	C1229074. Factorii prognostici histologici in cancerul mamar sunt: A. ritmul de evolutie al tumorii B. gradul de diferentiere C. receptori estrogenici si progesteronici D. starea ganglionilor limfatici axilari E. volumul tumorii	B,D,E
142.	C1229075. Operatia Halsted: A. este astazi cea mai indicata in tratamentul cancerului mamar B. are sechele mai severe decat procedeele Patey si Madden (impotentia functionala a membrului corespunzator, aspect inestetic, plexalgii) C. este generatoare de brat gros monstruos in unele cazuri	B,C,E

TESTE

	D. nu necesita radio-chimioterapie adjuvanta E. are in prezent indicatii restrinse	
143.	C1329085. Mastita acuta carcinomatoasa se caracterizeaza prin: A. tumora palpabila B. determina precoce metastaze ganglionare C. este forma cea mai grava a cancerului mamar D. pentru diagnosticul de certitudine uneori se practica biopsia incizionala E. fenomenele inflamatorii pot cuprinde sanul in intregime	B,C,D,E
144.	C1429092. Cancerul mamar la barbat: A. este foarte frecvent; B. este mult mai rar decat la femeie; C. reprezinta peste 1% din totalitatea cancerelor la barbat; D. incidenta lui a inceput sa fie tot mai mica; E. se recunosc ca implicate in etiologia lui tulburari hormonale;	B,E
145.	C1629108. Tumoarea de san maligna este: A. dura B. dureroasa C. aderenta la tesuturi D. bine delimitata E. suprafata regulata	A,C
146.	C2229126. Urmatoarele afirmatii referitoare la boala fibrochistica a sânului sînt adevarate, cu exceptia: A. se poate maligniza într-un procent mare B. diagnosticul de certitudine este numai histologic, si în acest caz, rezectia mamara trebuie sa fie larga, depasind limitele macroscopice ale tumorii cu 4 cm C. se caracterizeaza prin placarde de consistenta neomogena D. este o afectiune genetica tradusa histologic printr-un proces de metaplazie E. este o afectiune genetica tradusa histologic printr-o distrofie mamara	B,D
147.	C2529173. Care sunt explorările paraclinice care pot preciza malignitatea unei formatiuni tumorale mamare: A. nivelul antigenului CA15-3 B. examenul citologic al unei scurgeri mamelonare C. examenul citologic al ampretei unei leziuni tumorale ulcerate D. examenul citologic al punctiei aspirative de la nivelul unei formatiuni tumorale sau ganglionare E. examenul histopatologic extemporaneu al unei excizii sectoriale mamare	B,C,D,E
148.	C2529174. Care sunt afectiunile care impun diagnosticul diferential al unei neoplazii mamare maligne: A. afectiuni inflamatori acute B. afectiuni inflamatori cronice C. dermatita eroziva D. hematumul post-traumatic recent al regiuni mamare E. tumora Phylodes	A,B,C,E
149.	C2829200. Hemicolectomia dreapta standard (pentru cancer al colonului drept) presupune: A. ligatura arterei apendiculare B. ligatura arterei colice drepte C. ligatura ramuri drepte a arterei colice medii D. ligatura arterei ileo-colice E. ligatura arterei colice medii	B,C,D

TESTE

150.	C2829203. Simptomatologia clinica a cancerului de colon depinde de: A. localizarea tumorii B. diseminarea limfatica peritumorală C. diseminarea in structurile peretelui intestinal D. marimea tumorii E. sclerolipomatoza peritumorală	A,D
151.	C1230004. In cancerul colonului drept tabloul clinic este dominat de: A. anemie B. durerile cu caracter surd C. constipatie D. diaree E. prezenta tumori palpabile	A
152.	C1230005. Complicatia cea mai frecventa a cancerului colonic este: A. hemoragia B. perforatia diastatica C. ocluzia D. anemia E. peritonita	C
153.	C1430014. Cea mai frecventa forma de manifestare a cancerului de colon stang este: A. Durerea colicativa B. Rectoragia C. Tulburari de tranzit intestinal D. Tromboflebite migrante E. Icter	C
154.	C1430015. Modul cel mai obisnuit de extindere a cancerului de colon este: A. calea hematogena B. calea retrograda C. calea intraluminala D. calea limfatica E. calea perineurala	D
155.	530038. Cum definiti cancerul sincron dezvoltat la nivelul colonului? A. tumoare dezvoltata la nivelul colonului într-un interval de timp mai mare de 6 luni de la interventia chirurgicala primara B. tumoare cu dezvoltare independenta diagnosticata pe parcursul a 6 luni de la interventia chirurgicala primara C. metastaza la nivelul colonului, cu punct de plecare alta tumoare maligna a colonului D. stadiu evolutiv al unei tumori maligne a colonului E. recidiva tumorală local la nivelul transei anastomotice	B
156.	C2530050. Obiectivele tratamentului chirurgical cu intentie de radicalitate sunt: A. exereza larga a tumorii primare si a segmentului colic purtator B. exereza tumorii primare in limite de siguranta oncologica, a teritoriului limfatic loco-regional si a determinarilor secundare la distanta C. restabilirea continuitati tubului digestiv D. prezervarea unei portiuni cat mai mare de colon E. rezolvarea complicatiei bolii neoplazice	B
157.	C1330067. Cancerul de colon sting are urmatoarele caracteristici clinice: A. tumorile sunt de obicei stenoizante astfel ca manifestarile clinice sunt dominate de tulburarile de tranzit.	A,B,C,E

TESTE

	<p>B. constipatia cu evolutie de scurta durata, progresiva, poate fi intrerupta de debacluri diareice.</p> <p>C. materiile fecale pot contine striuri sangvine sau mucus.</p> <p>D. anemia este foarte frecventa datorita hemoragi lor repetate de la nivelul tumorii.</p> <p>E. reactia inflamatorie peritumorala este mai rara decit in localizarile pe colonul drept.</p>	
158.	<p>C1630091. Terapia adjuvanta in cancerul de colon implica:</p> <p>A. hormonoterapie</p> <p>B. radioterapie</p> <p>C. imunoterapie</p> <p>D. chimioterapie</p> <p>E. psihoterapie</p>	B,C,D
159.	<p>C2230119. În tumorile ocluzive ale colonului drept, în functie de factorii de risc ai bolnavului, se poate practica urmatorul tip de interventie chirurgicala :</p> <p>A. cecostomie</p> <p>B. ileostomie</p> <p>C. hemicolectomie dreapta cu ileotransverso-anastomoz</p> <p>D. jejunostomie</p> <p>E. ileosigmoido-anastomoza</p>	A,C
160.	<p>C2230120. În ocluziile tumorale ale colonului stâng, în functie de posibilitatile de pregatire locala si de starea generala a bolnavului, se recomanda :</p> <p>A. colectomie segmentar tip Hartmann</p> <p>B. trasversostomie degajatorie</p> <p>C. colectomie subtotala</p> <p>D. colostomie de degajare</p> <p>E. pregatirea preoperatorie a colonului cu rezectie oncologica si anastomoza într-un timp</p>	A,C,D
161.	<p>C2730204. Obiective majore in chirurgia cancerului colic sunt:</p> <p>A. excizia larga a tumorii</p> <p>B. pastrarea in tranzit a rectosigmoidului</p> <p>C. evitarea colostomiilor</p> <p>D. rezolvarea complicatiilor</p> <p>E. evacuarea intraoperatorie a continutului colic</p>	A,D
162.	<p>C1431013. Principala metoda de tratament in cancerul rectal este:</p> <p>A. Tratamentul chirurgical;</p> <p>B. Radioterapia radicala;</p> <p>C. Chimioterapie;</p> <p>D. Radioterapia paleativa;</p> <p>E. Tratamentul local: electrocoagularea tumorii.</p>	A
163.	<p>C2231032. In caz de cancer rectal sangerarea se exprima aproape constant:</p> <p>A. ca melena</p> <p>B. ca sange proaspat ce se aseaza pe suprafata bolului fecal</p> <p>C. ca metroragie</p> <p>D. ca hemoragie oculta</p> <p>E. ca modificare a ritmului defecatiei</p>	B
164.	<p>C1231059. Importanta antigenului carcinoembrionar consta in:</p> <p>A. Marker de diagnostic primar</p> <p>B. Indicator prognostic preoperator</p>	B,C

TESTE

	C. Detectarea tumorilor recurente dupa chirurgia primara D. Diagnosticul metastazelor hepatice E. Confirmarea nerezecabilitatii tumorii.	
165.	C1231061. In afara factorilor de dieta au fost incriminati ca factori de risc pentru cancerul rectal: A. Colectectomia efectuata anterior B. Existenta adenoamelor colorectale C. Rectocolita ulcerohemoragica cu evolutie indelungata D. Factorii genetici E. Polipi hiperplastici.	A,B,C,D
166.	C1431086. Alegeti afirmatiile corecte legate de amputatia de rect: A. Implica ablatia rectului tumoral, mezorectului, limfonodulilor regionali; B. Implica si indepartarea aparatului sfincterian; C. Nu implica si indepartarea aparatului sfincterian; D. Se practica o colonostomie terminala definitiva iliaca stanga; E. Este practicata mai ales in cancerele rectale joase si cancerele anale.	A,B,D,E
167.	C1531085. Tuseul rectal poate decela: A. tumori ampulare superioare stenozante; B. tumori situate in 1/2 distala a rectului; C. apreciaza consistenta si mobilitatea tumorii; D. permite identificarea adenopatiei perirectale voluminoase; E. apreciaza intinderea in sens axial si circumferential.	B,C,D,E
168.	C1531086. Factorii de risc implicati in aparitia cancerului de rect sunt: A. factorul alimentar; B. colectectomia; C. rectocolita ulcerohemoragica; D. factorul genetic; E. anti nflamatoarele nesteroidiene.	A,B,C,D
169.	C1531087. Leziunile precanceroase ale cancerului de rect, includ: A. polipoza rectocolonica familiala; B. colita ulcerativa; C. boala Crohn; D. polipoza juvenila; E. sindromul Lynch.	A,B,C,D
170.	C1531090. Operatiile radicale in cancerul de rect inferior sunt: A. rezectia rectosigmoidiana pe cale anterioara; B. amputatia rectului pe cale abdomino-perineala Miles; C. rezectia abdomino-transsfincteriana Mason; D. rezectia abdomino-transanala Parks; E. rezectia rectului pe cale abdominoperineala cu coborare intrasfincteriana a colonului.	B,C,D,E
171.	C2531153. Rutele importante ale extinderii cancerului de rect sunt: A. locala; B. venoasa; C. limfatica; D. peritoneala; E. extinderea prin implantarea celulelor maligne exfoliate in lumen.	A,B,C,D
172.	C1232002. Cel mai frecvent semn al debutului RCUH ramane: A. scaderea ponderala B. diareea sanghinolenta C. durerile abdominale	B

TESTE

	D. costipatie E. leziunile dermatologice	
173.	C1432008. Principalul drog acceptat in tratamentul RCUH capabil sa realizeze remisia episoadelor acute este reprezentat de catre: A. Derivati de sulfasalazina; B. Corticosteroizi; C. Antibiotice cu spectru larg; D. Imunodepresoare; E. Interferonul beta.	B
174.	C1432011. Investigatia paraclinica cea mai fidela in diagnosticarea RCUH este: A. Ecografia abdominala; B. Irigografia baritata; C. Tranzitul baritat gastrointestinal; D. Rectosigmoidoscopia endoscopica; E. Examenle coproparazitologice si coproculturile.	D
175.	C1632017. Cea mai frecventa manifestare clinica a RCUH este: A. Diareea B. Durerea abdominala C. Rectoragia D. Scaderea ponderala E. Tenesmele rectale	A
176.	C2532038. Care din urmatoarele complicatii ale RCUH nu necesita tratament chirurgical: A. megacolon toxic; B. RCUH fulminanta ce nu raspunde la terapia cortizonica; C. ocluzia prin stricturi colonice; D. suspiciunea unui cancer colonic; E. pseudopilipi colonici.	E
177.	C2232099. RCUH trebuie diferentiata de : A. hemoroizi hemoragici B. alte leziuni inflamatorii benigne ale intestinului subire C. colite virale D. neoplazii colonice E. prolaps ano-rectal	C,D
178.	C2232105. Diagnosticul diferential între cele doua boli (RCUH si boala Crohn) se face în special pe baza : A. ecografiei abdominale B. examenului coproparazitologic si coprocultura C. examenului radiologic baritat D. tomografiei computerizate E. examenului colonoscopic	C,E
179.	C2832171. Tratamentul chirurgical al rectocoiltei ulceroheoragice are indicatii absolute in urmatoarele situatii: A. In perioadele de remisiune ale bolii B. In rectoragiile masive rezistente la terapia medicala C. In megacolonul toxic cu semne de perforatie D. In ocluzia determinata de stenoze colice E. Cand se descopera un cancer de colon asociat	B,C,D,E
180.	C1433008. Clinica tumorilor maligne ale intestinului subtire se caracterizeaza prin urmatoarele, cu exceptia:	E

TESTE

	<p>A. Hemoragie B. Perforatie C. Durere D. Sindrom Konig E. Sindrom Peutz-Jeghers</p>	
181.	<p>C1433070. Sindromul Peutz-Jeghers se caracterizeaza prin: A. Caracter ereditar B. Polipi intestinali cu potential malign C. Numerosi polipi distribuiti mai ales pe intestinul subtire D. Risc scazut de dezvoltare a carcinomului pancreatic E. Asocierea cu lentiginoza cutaneo-mucoasa</p>	A,C,E
182.	<p>C2233105. Tratamentul tumorilor intestinale maligne: A. este chirurgical, in functie de datele anatomice obtinute prin explorare; B. in cazul tumorilor extirpabile, resectia larga a intestinului este metoda de ales; C. resectie larga, in limite oncologice a intestinului daca tumora sangereaza sau este in pericol de obstructie; D. chimioterapia si radioterapia au dat bune rezultate; E. recidivele sunt rare.</p>	A,B
183.	<p>C1219001. Care dintre chisturile hidatice hepatice nu necesita tratament: A. chisturile centrale inferioare B. chisturile mici sub 3 cm diametru C. chisturile mici, calcificate, la periferia lobilor hepatici D. chisturile mici, calcificate, la pacienti cu teste serologice negative E. chisturile necomPLICATE</p>	D
184.	<p>C1219003. Care este cea mai frecventa complicatie aparuta in evolutia unui chist hidatic hepatic: A. litiaza biliara B. ruptura intr-un organ cavitat C. fisurarea partiala intr-un viscer plin D. ruptura chistului in caile biliare E. hipertensiunea portala</p>	D
185.	<p>C1219004. In situatia rupturii chistului hidatic hepatic in caile biliare, apare triada clasica formata din simptomele: A. colica biliara, icter si urticarie B. colica biliara, tumora palpabila si icter C. icter, soc anafilactic si febra D. colica biliara, icter si febra E. sindrom dispeptic biliar, urticarie si eritem</p>	A
186.	<p>C1419013. Cel mai frecvent ruptura chistului hidatic hepatic se face in: A. peritoneu B. duoden C. arborele biliar D. stomac E. bronhii</p>	C
187.	<p>C1419014. Tratamentul chirurgical al chistului hidatic hepatic se face preferential prin anastomoza: A. chistojejunala latero-terminala pe ansa in Y B. chistoduodenala</p>	D

TESTE

	C. chistojejunala pe ansa in omega D. chistogastrica E. chistocolica	
188.	C1519018. Care din urmatoarele procedee chirurgicale este ideal in tratamentul chistului hidatic hepatic: A. anastomozele chisto-digestive; B. chistotomia cu drenajul extern al cavitatii; C. marsupializarea chistului; D. chistectomia totala; E. chistectomia partiala Lagrot.	D
189.	C2219033. Examenul imagistic de bază în diagnosticul chistului hidatic hepatic este: A. radiografia simplă B. ecografia C. rezonanța magnetică nucleară D. tomografia computerizată E. angiografia și scintigrafia hepatică	B
190.	C1216002. Care dintre urmatoarele manifestari aparute la pacientii cu hipertensiune portala este de obicei intilnita numai in ciroza? A. Varicele esofagiene B. Hemoragia din varicele esofagiene C. Ascita D. Splenomegalia E. Colaterale periombilicale ale peretelui abdominal	C
191.	C1216004. Care dintre urmatoarele interventii relizeaza decompresia doar a varicelor gastro-esofagiene A. Anastomozele porto-cave latero-laterale B. Anastomozele porto-cave termino-laterale C. Anastomoza porto-renala proximala D. Anastomoza porto-renala distala E. Suntul portosistemic transjugular intrahepatic (SPTI)	D
192.	C1316008. Sunturile portosistemice selective sunt reprezentate de: A. anastomoze portocave termino-laterale B. anastomoze porto-cave termino-terminale C. anastomoze porto-cave latero-laterale D. anastomoze spleno-renale proximale E. anastomoze spleno-renale distale	E
193.	C1516016. Hipertensiunea portală prin obstructie la nivel sinusoidal apare predominant in următoarele entități patologice: A. tromboza de vena porta B. sindromul Budd-Chiari C. ciroza hepatica D. schistosomiaza E. boala venoocluziva hepatica	C
194.	C1308008. Diagnosticul paraclinic, de certitudine in boala Basedow este dat de: A. aspectul scintigrafic "de fluture" B. aspectul echografic C. cresterea valorilor T3-T4 D. prezenta anticorpilor antireceptori TSH	D

TESTE

	E. scaderea valorii TSH	
195.	C1508023. Care enunt de mai jos este specific adenomului toxic tiroidian: A. se asociaza cu boli digestive; B. in 20% din cazuri nodulul este malign; C. scintigrafic - nodul cald; D. parenchimul sanatos fixeaza iodul in exces; E. afecteaza numai varstnici , predominant la barbati.	C
196.	C1608031. Care din urmatoarele afectiuni reprezinta indicatie pentru tratamentul chirurgical in hipertiroidie: A. Boala Basedow cu evolutie clinica maligna. B. Forme cu debut recent. C. Forme care au ca unica manifestare sindromul cortico-diencefalic. D. Bolnavii sub 20 ani. E. Forme care evolueaza pe teren biologic tarat.	A
197.	C2208035. Care este operaia de elecție în boala Basedow ? A. tiroidectomia subtotal extracapsular B. tiroidectomia subtotal intracapsular C. tiroidectomia total extracapsular D. tiroidectomia total intracapsular E. lobistmectomia	B
198.	C2608062. Rezecția pulmonară este contraindicată în: A. Invazia structurilor vasculare din hil B. Invadarea directă a cordului C. Invazia pleurei D. Invazia venei cave superioare E. Invazia corpilor vertebrali	E
199.	C2608065. Principalul factor de risc pentru intervenția chirurgicală în cancerul bronho-pulmonar este: A. Boala coronariană manifestă sau latentă B. Hipertensiunea arterială C. Diabetul zaharat D. Tulburările de ritm cardiac E. Hipertensiunea pulmonară	A
200.	C2608066. Cel mai utilizat procedeu chirurgical în cancerul bronho-pulmonar este: A. Lobectomia B. Rezecita atipică C. Bilobectomia D. Pneumonectomia E. Segmentectomia	A