

1. În fistula eso – traheală congenitală simptomatologia este determinată de:

- B. Tuse în momentul alimentației;
- C. Cianoză în momentul alimentației;
- D. Salivația perioro – nazală;
- E. Dispnee de la naștere;
- F. Stagnare ponderală.

2. Numiți formele clinice ale stenozei congenitale hipertrofice de pilor:

- A. Forme comune;
- B. Forme precoce;
- C. Forme de debut tardiv;
- D. Forme diareice;
- E. Sindromul Roviralta.

3. Simptomatologia dominată în ileus meconial.

- A. Vărsături bilioase;
- B. Vărsăturile bilioase, apoi fecaloide;
- C. Abdomen destins
- D. Abdomen retractat;
- E. Lipsa tranzitului meconial.

4. În afecțiunea Hirschprung forma gravă enterocolita este produsă de:

- A. Imunitatea diminuată a organismului copilului;
- B. Obstracția funcțională;
- C. Staza prelungită a materiilor fecale;
- D. Distensia și hipertrofia straturilor musculare ale colonului;
- E. Ischemia vasculară.

5. Triada simptomatică clasică în invaginația intestinală acută la sugar include:

- A. Durere colicativă;
- B. Durere acută continuă;
- C. Vărsături alimentare reflexe;
- D. Scaune diareice sangviolente;
- E. Rectoragie.

6. Aspecte clinice în forma tumorală a invaginației intestinale la copilul mare:

- A. Dureri abdominale de intensitate variabilă pe parcursul mai multor zile;

- B. Vărsături alimentare permanente însoțesc durerile abdominale;
- C. Sângerare rectală de la debutul afecțiunii;
- D. Prezența tumorii de invaginație, care dispare și poate să reapară;
- E. Tranzitul intestinal este întrerupt de la debutul afecțiunii.

7. Semnele dominate ale apendicitei acute la nou – născut:

- A. Vărsături alimentare repetate;
- B. Stare febrilă;
- C. Distensie abdominală;
- D. Scaune diareice
- E. Constipație;

8. Semnele caracteristice ale peritonitei meconiale sunt:

- A. Vărsături bilioase precoce și repetate;
- B. Vărsături alimentare apoi intestinale;
- C. Lipsa tranzitului meconial;
- D. Distensie abdominală importantă;
- E. Edem hipogastric și circulație colaterală;

9. La copilul mai mare de 3 ani hemoragia digestivă este cauzată predominant de:

- A. Sindromul Peutz – Jeggers;
- B. Polipi solitari rectali;
- C. Polipoza intestinală;
- D. Invaginația intestinală cronică recidivată (în toate cazurile.);
- E. Invaginația intestinală pseudoapendiculară.

10. Localizarea mai frecventă a flegmonului necrotic extensiv al nou – născutului este:

- A. Fața;
- B. Regiunea interscapulară;
- C. Regiunea toracelui;
- D. Regiunea lombo – sacrată;
- E. Membrele superioare.

11. Următoarele afirmații referitor la evoluția osteomielitei hematogene acute (după 3 – 4 zile de la debut) sunt adevărate:

- A. Starea generală se ameliorează;
- B. Persistă și progresează intoxicația;

- C. Starea generală se alterează;
- D. Semnele locale se modifică în sensul exteriorizării procesului inflamator către părțile moi;
- E. Semnele locale se modifică în sensul micșorării edemului, tumefacției, diminuării durerii locale.

12. Următoarele afirmații despre atrezia de esofag sunt adevărate:

- A. Afecțiunea este incompatibilă cu viața;
- B. Frecvent se asociază cu alte malformații a organelor de însemnătate vitală;
- C. Pentru stabilirea diagnosticului se folosește contrastarea esofagului;
- D. Pentru a confirma diagnosticul se folosește cateterismul esofagian;
- E. Scena clinică este determinată de imposibilitatea deglutiției.

13. În stenoza congenitală hipertrofică de pilor vărsătura:

- A. Este din 1 – 2 zi de viață;
- B. Este bilioasă;
- C. Este alimentară, albă, explozivă;
- D. Apare la a 14 – 21 zi de la naștere;
- E. Apare după diversificarea alimentației.

14. Selectați semnele patognomonice ale ileusului meconial:

- A. Vărsături alimentare de la naștere;
- B. Vărsături cu conținut de stază, apoi meconial;
- C. Abdomen destins;
- D. La palparea abdomenului se determină „împastare” pe dreapta de ombilic și subombilical;
- E. La radiografia toraco – abdominală pe gol se determină imagini hidroaerice multiple.

15. Selectați complicațiile care pot apărea în evoluția megacolonului congenital forma malignă:

- A. Sindromul ocluziv;
- B. Volvulusul intestinal acut;
- C. Enterocolita ulceroasă;
- D. Peritonita;
- E. Hemoragia intestinală.

16. Selectați afirmațiile corecte referitor la invaginație intestinală la sugar:

- A. Se întâlnește rar la sugar;

- B. Mai frecvent afectează sexul masculin;
- C. Simptomul cardinal al afecțiunii este durerea colicativă;
- D. Simptomul cardinal al afecțiunii este vărsătura bilioasă;
- E. Debutul afecțiunii este prezentat prin sângerarea rectală în plină stare de sănătate.

17. Selectați aspectele clinice în forma pseudoapendiculară a invaginației intestinale la copilul mare:

- A. Dureri abdominale în fosa iliacă dreaptă sau în flancul drept;
- B. Vărsături alimentare apoi bilioase de la debutul bolii;
- C. Rectoragie spontană;
- D. Temperatură subfebrilă;
- E. La palparea abdomenului se constată o împastare în fosa iliacă dreaptă sau flancul drept.

18. Numiți semnele dominante ale apendicitei acute la sugar:

- A. Stare de agitație neobișnuită cu perturbarea somnului;
- B. Vărsături, refuzul alimentației;
- C. Distensie abdominală;
- D. Sensibilitate dureroasă difuză, mai accentuată periombilical;
- E. Episoade dureroase intermitente.

19. Numiți cauzele peritonitelor la nou-născuți:

- A. În majoritatea cazurilor copilul se naște cu peritonită;
- B. Ulcer acut de stres;
- C. Ruptura gastrică pe peretele posterior;
- D. Perforațiile intestinului subțire – consecința enterocolitei ulcero – necrotice;
- E. Perforația colonului – consecința megacolonului congenital benign.

20. Numiți cauzele hemoragiei digestive la copilul mai mare de 7 ani:

- A. Varice esofagiene;
- B. Varice rectale;
- C. Invaginația intestinală cronică recidivantă (în toate cazurile.);
- D. Ulcere peptice;
- E. Tumori benigne și maligne a intestinului subțire și gros.

21. Selectați regiunile unde nu se localizează flegmonul necrotic a nou-născutului:

- A. Membrele superioare;

- B. Membrele inferioare;
- C. Fața;
- D. Palmele;
- E. Tălpile.

22. Numiți caracteristicile teratomului:

- A. Sediul mai frecvent este regiunea sacro – coccigiană;
- B. Tumora adultă conține porțiuni aproximativ din toate țesuturile organismului;
- C. Tumora este încapsulată;
- D. Are un potențial malign crescut;
- E. Prognostic favorabil întotdeauna.

23. Numiți simptomatologia dominantă a atreziei de esofag:

- A. Tuse și cianoză în momentul fiecărei alimentații;
- B. Regurgitație de alimente;
- C. Hipersalivație și stagnarea bucofaringiană a secrețiilor salivare;
- D. Criză dramatică de asfixie cu tuse și cianoză la tentativa de a alimenta copilul;
- E. Respirația polipneică.

24. Numiți formele clinice ale stenozei hipertrofice de pilor:

- A. Forme precoce;
- B. Forme diareice;
- C. Forme cu debut tardiv;
- D. Forme hemoragice;
- E. Forme icterice.

25. Triada simptomatică principală a atreziei de ileon distal este:

- A. Vărsătura alimentară;
- B. Vărsătura bilioasă;
- C. Distensia abdominală;
- D. Lipsa tranzitului meconial;
- E. Rectoralgia.

26. Selectați cauzele favorizate în producerea invaginației intestinale a sugarului:

- A. Polipozele intestinale;
- B. Virozele sezoniere;
- C. Diversificarea alimentației;

- D. Dezvoltarea anormală a regiunii ceco – colice în raport cu intestinul subțire;
- E. Lipsa de acolare a ceco – colonului ascendent la peritoneul parietal posterior.

27. Selectați afecțiunile cu care se face diagnosticul diferențial în invaginația intestinală a sugarului:

- A. Apendicită acută;
- B. Stenoza hipertrofică de pilor;
- C. Polipoza recto – colică;
- D. Enterocolita dizenteriformă;
- E. Diverticul Meckel sângerând prin ulcer peptic.

28. Selectați caracteristicile nefroblastomului:

- A. Formațiune tumorală de dimensiuni variabile, netedă sau ușor boselată;
- B. Tumoră ușor mobilă cu contact lombar;
- C. Tumoră cilindrică, elastică, dureroasă la palpare;
- D. Tumora poate crește exploziv;
- E. Hematurie macroscopică.

29. Numiți simptomele apendicitei acute (la debutul afecțiunii) la copilul de vârstă mică:

- A. Formațiune tumorală dureroasă la palpare;
- B. Contractură musculară generalizată;
- C. Sensibilitate difuză a peretelui abdominal;
- D. Un oarecare grad de rezistență a peretelui abdominal;
- E. Flexia coapsei drepte pe abdomen în timpul palpației.

30. Tabloul clinic al peritonitei neonatale se manifestă:

- A. Distensie abdominală moderată;
- B. Distensie abdominală impresionată;
- C. Cianoză, tulburări respiratorii;
- D. Edem suprapubian;
- E. Vărsături bilioase.

31. Selectați afirmațiile corecte referitor la simptomatologia atreziei de căi biliare:

- A. Copilul de la naștere prezintă o culoare galbenă persistentă, progresivă a tegumentelor;
- B. Copilul, uneori, de la naștere prezintă o culoare galbenă persistentă, progresivă a tegumentelor;

- C. Copilul prezintă, uneori, la 10 – 15 zile de la naștere o culoare galbenă, persistentă, progresivă a tegumentelor;
- D. Meconiul poate fi decolorat;
- E. Urina este închisă la culoare;

32. Selectați semnele patognomonice ale osteomielitei hematogene acute în forma septico-pioemică:

- A. Debutul brutal cu ascensiune termică, care poate atinge 39 – 40 grade C, frison;
- B. Durere violentă localizată la nivelul unui segment de membru;
- C. Durere violentă articulară;
- D. Impotență funcțională parțială sau totală a membrului afectat;
- E. Agitația sau adinamia bolnavului, tahicardie, respirație accelerată.

33. Selectați tumorile maligne mai frecvent întâlnite la copil:

- A. Cancerul gastric;
- B. Neuroblastomul;
- C. Nefroblastomul;
- D. Sarcomul osteogen;
- E. Reticulosarcomul Ewing.

34. Numiți simptomele prezente în stenoza hipertrofică congenitală de pilor:

- A. Scaune rare;
- B. Scaune reduse cantitativ;
- C. Scaune sub formă de scibale;
- D. Scaune nemodificate;
- E. Scaune diareice abundente cu mucozități

35. Selectați simptomele specifice a megacolonului congenital în formă malignă:

- A. Nou – născut nu elimină meconiu;
- B. Nou – născutul prezintă vărsături bilioase, apoi cu conținut intestinal;
- C. La tușeul rectal se constată că amputa rectală este plină de meconiu;
- D. Pe radiografia abdominală simplă se observă imagini hidroaerice și distensia cadrului colonic;
- E. Starea generală a nou – născutului este satisfăcătoare.

36. Selectați simptomele specifice a atreziilor de colon:

- A. Simptomul dominant este vărsătura;
- B. Vărsăturile apar din primele ore de viață;

- C. Vărsăturile apar după 24 – 48 ore de la naștere;
- D. Abdomenul are aspect absolut normal;
- E. Abdomenul se meteorizează.

37. Numiți modificările fizio – patologice la nivelul ansei intestinale invaginate:

- A. Compresie la nivelul circulației venoase;
- B. Afectarea circulației limfatice;
- C. Afectarea circulației arteriale;
- D. Compresiune de nervi;
- E. Vasodilatație datorată durerii.

38. Selectați semnele care permit diferențierea invaginației intestinale, forma pseudoapendiculară de apendicita acută:

- A. Durere spontană în fosa iliacă dreaptă;
- B. Durere colicativă situată mai frecvent, spre flancul drept;
- C. Vărsături;
- D. Afebrilitate;
- E. Leucocite normale.

39. Numiți afecțiunile pentru diagnosticul diferențial al apendicitei acute la sugar:

- A. Otita;
- B. Enterocolita;
- C. Pneumopatiile;
- D. Afecțiunea Hirschprung;
- E. Afecțiunile renoureterale.

40. Numiți caracteristicile peritonitei apenticulare la copil;

- A. Apare în câteva ore după criza dureroasă;
- B. Poate apărea în câteva ore după criza dureroasă;
- C. Mai frecvent se instalează după o evoluție dureroasă de 2 – 3 zile;
- D. Se instalează după o evoluție dureroasă de 2 – 3 zile;
- E. Are evoluție rapidă spre generalizare.

41. Numiți simptomatologia atreziei de căi biliare:

- A. Icter de intensități oscilante;
- B. Icter fără remisiuni, accentuându-se în intensitate;
- C. Meconiul poate fi decolorat;
- D. Meconiul la început, poate fi de aspect verzui, devenind ulterior cenușiu;

E. Culoarea meconiului se menține uniformă.

42. Numiți simptomele permanente principale ale osteomielitei epimetafizare la nou – născut:

- A. Edem osteoarticular;
- B. Contractură articulară;
- C. Agitația copilului la mobilizarea membrului afectat;
- D. Roșeață (hiperemie locală, periarticulară);
- E. Imobilitatea membrului afectat.

43. Selectați simptomele nefroblastomului:

- A. Formațiune tumorală de dimensiunile variabile, netedă sau ușor boselată;
- B. Tumoră ușor mobilă cu contact lombar;
- C. Tumoră cilindrică, elastică, dureroasă la palpate;
- D. Tumora poate crește exploziv;
- E. Hematurie macroscopică.

44. Selectați simptomul emfizemului lobar congenital:

- A. Dispnee, polipnee;
- B. Cianoză;
- C. Bombarea hemitoracelui respectiv;
- D. Tuse cu spută mucopurulentă;
- E. Stare febrilă.

45. Numiți afecțiunile pentru diagnosticul diferențial în stenoza hipertrofică de pilor:

- A. Greșelile de alimentație;
- B. Spazmul piloric;
- C. Atreziile duodenale;
- D. Stenozele duodenale incomplete;
- E. Hernia hiatală.

46. Selectați simptomele specifice despre greutatea copilul în stenoza hipertrofică de pilor:

- A. Copilul adaugă în greutate conform vârstei;
- B. Stagnează în greutate la debutul bolii;
- C. Stagnează în greutate pe tot parcursul bolii;
- D. Pe măsura ce boala progresează apare pierderea în greutate;

E. Boala nu influențează greutatea copilului.

47. Selectați formele clinice ale megacolonului congenital:

- A. Forma entero-colică;
- B. Forma gravă, malignă;
- C. Forma tolerată;
- D. Forma benignă;
- E. Forma nou – născutului prematur.

48. Selectați formele clinice ale invaginației intestinale acute a sugarului:

- A. Forme enterocolitice;
- B. Forme recidivante;
- C. Forme precoce;
- D. Forme toxico – septice;
- E. Forme clinice cu simptomatologie săracă.

49. Numiți modificările fiziopatologice în invaginația intestinală:

- A. Circulația arterială este prima afectată de compresie;
- B. Se produce staza în capilarele din mucoasa ansei invaginate;
- C. Ultima care este afectată este circulația limfatică;
- D. Ansa se necrozează prin hipoxie;
- E. Compresia pe nervi determină colici abdominale.

50. Numiți afecțiunile pentru diagnosticul diferențial al apendicitei acute la copilul mare:

- A. Limfadenita mezenterică acută;
- B. Afecțiuni reno – ureterale drepte;
- C. Purpura Henoch - Schonlein;
- D. Leziunile anexiale (la fetițe.);
- E. Otita acută.

51. Numiți semnele care permit diferențierea purperei Henoch – Şchonlein de apendicita acută:

- A. Durerile abdominale sunt în fosa iliacă dreaptă;
- B. Durerile abdominale sunt difuze;
- C. Vărsăturile;
- D. Uneori rectoragii;
- E. Erupție purpurică periarticulară.

52. Selectați afecțiunile cu care se face diagnosticul diferențial al emfizemului lobar congenital:

- A. Pneumotoraxul;
- B. Hernia diafragmatică;
- C. Chistul aerat bronhogen congenital;
- D. Hidatidoza pulmonară;
- E. Bronșiectazia.

53. Numiți sediul mai frecvent al osteomielitei hematogene acute la copilul mare?

- A. Femurul;
- B. Tibia;
- C. Humerusul;
- D. Oasele craniene;
- E. Vertebrele.

54. Numiți semnele specifice ale neuroblastomul retroperitoneal:

- A. Tumoră malignă abdominală masivă;
- B. Tumoră ne încapsulată și neinvazivă;
- C. Tumoră dură, neregulată;
- D. Tumoră dură de consistență fermă, cu suprafața rotundă;
- E. Tumoră fixă, încalcă linia mediană.

55. Numiți cauzele pneumomediastinitei la copil:

- A. Pneumonii purulente distructive;
- B. Tumori mediastinale;
- C. Broșiectazii;
- D. Leziuni traumatice ale esofagului;
- E. Leziuni traumatice ale traheei.

56. Selectați semnele patognomonice ale stenozei hipertrofice congenitale de pilor:

- A. Vărsătura bilioasă, în jet, explozivă;
- B. Vărsătura albă, în jet, explozivă;
- C. Urini hiperchrome;
- D. Scaune diareice;
- E. Scaune rare, sub formă de scibale.

57. Numiți cauzele hemoragiei digestive la copilul de 1-3 ani:

- A. Dublicații de intestin;
- B. Diverticulită Meckel;
- C. Diverticul Meckel ulcerat;
- D. Hernii hiatale;
- E. Afecțiunea Șereșevschii – Terner.

58. Numiți simptomele specifice ale afecțiunii Hirschprung:

- A. Este o obstrucție parțială organică;
- B. Este o obstrucție parțială funcțională;
- C. Este provocată de absența celulelor ganglionare din plexul mienteric Auerbach și Meissner.
- D. În aproximativ 90% din cazuri aganglioneza se extinde pe întregul cadru colic;
- E. În aproximativ 90% din cazuri aganglioneza se limitează la rect și zona rectosigmoidului.

59. Numiți formele clinice în invaginația intestinală la copilul mare:

- A. Forma icterică
- B. Forma tumorală;
- C. Forma pseudo – apendiculară;
- D. Forma hemoragică
- E. Forma cronică – recidivantă.

60. Numiți simptomele invaginației intestinale după 24 ore de la debut:

- A. Starea de agitație continuă;
- B. Vărsăturile se opresc;
- C. Faciesul este suferind cu ochi încercanați;
- D. Limba are aspect normal;
- E. Rectoragia apare spontan.

61. Diagnosticul diferențial al apendicitei acute la copilul mic se face cu:

- A. Pneumoniile bazale sau pleurezii pe dreapta;
- B. Amigdalita acută;
- C. Vărsături acetoneice;
- D. Megacolonul congenital;
- E. Gastroenterită și enterocolita acută.

62. Numiți semnele specifice ale peritonitei apendiculare generalizate:

- A. Dureri abdominale generalizate;

- B. Vărsături;
- C. Facies alterat;
- D. Apărare musculară abdominală și puls accelerat;
- E. Rectoragie.

63. Simptomatologia dominantă la nou – născut cu emfizem lobar congenital include:

- A. Dispnee expiratorie progresivă;
- B. Polipnee, cianoză;
- C. Bombarea hemitoracelui afectat cu lărgirea spațiilor intercostale;
- D. Abdomenul este suplu;
- E. Abdomenul este fără modificări.

64. Diagnosticul diferențial al osteomielitei epimetafizare la nou – născut se efectuează cu:

- A. Flegmonul necrotic extensiv;
- B. Reumatismul articular activ;
- C. Traumatismele obstetricale ale membrului;
- D. Fractură subperiostică;
- E. Paralizie perinatală.

65. Neuroblastomul prezintă următoarele caracteristici:

- A. Se poate întâlni la copilul foarte mic (de la nou – născut până la 3-4ani);
- B. Se localizează numai retroperitoneal.
- C. Se dezvoltă oriunde, dar în majoritatea cazurilor se dezvoltă în spațiul retroperitoneal;
- D. Este o tumoră neîncapsulată, invazivă;
- E. Este o tumoră încapsulată, neinvazivă.

66. Simptomatologia dominantă a hemangiomului:

- A. „Pată” roșie, violacee, care sub presiune digitală dispare pe porțiunea supusă compresiei și revine imediat după încetarea presiunii;
- B. Tumoră cu suprafața granulară roșie, depășește cu câțiva milimetri tegumentul;
- C. Tumoră de consistență elastică, fluctuantă, nu aderă la tegument, tegumentul este nemodificat;
- D. „Pată” de culoare cafenie, care nu dispare sub presiune digitală;
- E. „Pată” roșie dureroasă la palpare.

67. La copilul cu stenoza hipertrofică de pilor din cauza deshidratării se instalează:

- A. Oliguria;
- B. Alcaloza;
- C. Hipopotasemia;
- D. Hiperpotasemia;
- E. Hipocloremie.

68. În forma malignă de megacolon congenital (la nou – născut) diagnosticul diferențial se face cu:

- A. Ileusul meconial;
- B. Sindromul de meconiu gros;
- C. Peritonita meconială;
- D. Pancreasul inelar;
- E. Enterocolita prematurului.

69. Numiți semnele invaginației intestinale la sugar în perioada 12 – 24 ore de la debut:

- A. Meteorizarea abdomenului;
- B. Vărsături frecvente cu conținut intestinal;
- C. Vărsături frecvente cu striuri de sânge;
- D. Vărsăturile încetează;
- E. Rectoragia apare spontan.

70. Simptomatologia volvulusului acut la nou născut:

- A. Stare de agitație;
- B. Vărsături bilioase;
- C. Oprirea tranzitului intestinal;
- D. Abdomenul este destins;
- E. Abdomenul poate fi destins.

71. Următoarele afirmații despre apendicita acută la copil sunt adevărate:

- A. La copil apendicita acută este cea mai rară afecțiune chirurgicală;
- B. La copil apendicita acută este cea mai frecventă afecțiune chirurgicală;
- C. La copilul nou – născut și sugar apendicita acută nu se întâlnește;
- D. Incidența maximă a apendicitei acute la copil este între 8 – 15 ani;
- E. Evoluția apendicitei acute la copil este mai rapidă și mai gravă ca la adult.

72. Următoarele afirmații despre emfizemul lobar congenital sunt adevărate:

- A. De obicei afectează un lob superior;
- B. Afectează un lob superior;
- C. Lobul afectat este uniform și masiv extins;
- D. Lobul afectat este neuniform extins;
- E. Lobul afectat nu comunică cu circulația pulmonară.

73. Clasic pneumoniile purulente distructive la copil debutează:

- A. Brusca, în plină sănătate aparentă;
- B. Lent;
- C. Cu febră de 39 – 40 grade C;
- D. Dispnee, polipnee;
- E. Cianoză.

74. Care din următoarele semne apar în osteomielitei hematogenă acută la copilul mare?

- A. Durerea violentă localizată la nivelul metafizar al osului;
- B. Durerea locală continuă, foarte intensă, exacerbată de mișcări;
- C. Membrul afectat este imobil în poziție antalgică;
- D. Febra continuă (39 – 40 grade C., precedată de frison);
- E. Durere, edem strict articular.

75. În forma septică pioemică a osteomielitei hematogene acute simptomatologia este dominată de:

- A. Debut brutal cu ascensiune termică, care poate atinge 39 – 40 grade C, frison;
- B. Durere violentă localizată la nivelul unui segment de membru;
- C. Durere violentă articulară;
- D. Impotență funcțională sau totală a membrului afectat;
- E. Agitația sau adinamia bolnavului, tahicardie, respirație accelerată.

76. Următoarele afirmații despre limfangion sunt adevărate:

- A. Sunt formațiuni tumorale limfatice;
- B. Macroscopic poate fi formațiune tumorală impresionantă;
- C. Se pot infiltra în mușchi și adera la vase și nervi;
- D. Nu aderă la țesuturile adiacente;
- E. Posedă un potențial înalt de malignizare.

77. Triada simptomatică clasică a nefroblastomului include:

- A. Ascensiunea termică;

- B. Tumora palpabilă în abdomen;
- C. Durerea abdominală, uneori iradiată spre coapsă;
- D. Oliguria;
- E. Hematuria.

78. Semne concludente în stabilirea diagnosticului stenozei congenitale de pilor:

- A. Dureri colicative abdominale;
- B. Vărsături bilioase;
- C. Vărsături în get de culoarea laptelui ingerat;
- D. Unde peristaltice vizibile în epigastru;
- E. Prezența tumorii pilorice.

79. La examenul fizic în stenoza hipertrofică de pilor se evidențiază:

- A. Bula Bichat poate fi absevtă;
- B. Pliu cutanat leneș;
- C. Contractura musculară abdominală;
- D. Durere la palpare în epigastru;
- E. La palpatre – oliva pilorică.

80. Diagnosticul clinic în atrezie de duoden se bazează pe:

- A. Vărsături alimentare;
- B. Vărsături bilioase;
- C. Lipsa tranzitului meconial;
- D. Constipație urmată de crize diareice.
- E. Abdomen destins.

81. În forma malignă de megacolon congenital:

- A. Simptomul dominant al bolii este constipația;
- B. Constipația variază de la caz la caz;
- C. Obstrucția poate fi absolută timp de mai multe zile;
- D. Se poate observa o întârziere în evacuarea meconiului;
- E. Eliminarea meconiului se produce la timp.

82. Tumora de invaginație se poate palpa mai frecvent:

- A. În flancul drept;
- B. În flancul stâng aproape de linia mediană;
- C. Subhepatic;
- D. Hipogastru;
- E. Regiunea gastrică.

83. Volvulusul cronic la sugar se manifestă:

- A. Vărsături neregulate;
- B. Dureri abdominale de intensitate variabilă;
- C. Poftă de mâncare scăzută;
- D. Stagnare staturo – ponderală;
- E. Radiografia abdominală „pe gol” arată o imagine dublă aerică în talere de balanță.

84. În apendicita acută la copilul mic examenul palpatoriu al abdomenului evidențiază:

- A. Sensibilitate difuză a peretelui abdominal anterior;
- B. Contractură musculară generalizată;
- C. Un oarecare grad de „rezistență” a peretelui abdominal anterior;
- D. Flexia coapsei drepte pe abdomen în timpul examenului palpatoriu;
- E. Durere insuportabilă pe toată aria abdominală.

85. Hemoragia digestivă superioară la copil are drept cauză:

- A. Hernia hiatală;
- B. Invaginația intestinală;
- C. Varicele esofagiene – consecința hipertensiunii portale
- D. Diverticulul Meckel;
- E. Fistula eso – traheală;

86. Complicațiile precoce ale omfalitei:

- A. Fistula ombilicală;
- B. Peritonita;
- C. Sindromul de hipertensiune portală;
- D. Tromboza venei porta;
- E. Flegmon al peretelui abdominal anterior;

87. Sechele ale osteomielitei epimetafizare:

- A. Fracturi pe os patologic;
- B. Scurtimea segmentului afectat;
- C. Artrite purulente;
- D. Septicopioemia;
- E. Luxații patologice.

88. Torsiunea de testicul la copil are următoarele caracteristici:

- A. Debut brutal în plină stare se sănătate;
- B. Durere violentă și continuă în hemiscrotul afectat cu iradiere spre regiunea inghinală și rădăcina coapsei, exacerbată la plapare.
- C. Debut lent cu durere moderată în hemiscrotul afectat;
- D. Hemiscrot moderat mărit, edemațiat;
- E. Palparea evidențiază o glandă mărită de volum ascensionată spre pubis.

89. Următoarele afirmații despre atrezie de esofag sunt adevărate:

- A. Afecțiunea este incompatibilă cu viața;
- B. Frecvent se asociază cu alte malformații a organelor de însemnătate vitală;
- C. Pentru stabilirea diagnosticului se utilizează contrastarea esofagului;
- D. Pentru a confirma diagnosticul se folosește cateterismul esofagian;
- E. Scena clinică este dominată de imposibilitatea deglutiției.

90. În stenoză congenitală hipertrofică de pilor vărsătura:

- A. Este din 1-2 zi de viață;
- B. Este bilioasă;
- C. Este alimentară, albă, explozivă;
- D. Apare la vârsta de 2-3 săptămâni;
- E. Apare după diversificarea alimentației.

91. Diagnosticul ileusului meconial se stabilește:

- A. Vărsături alimentare de la naștere;
- B. Vărsături bilioase;
- C. Abdomen destins;
- D. La palpare abdomenului – o „împastare” în parte dreaptă și subumbilical;
- E. Radiograma toraco – abdominală pe „gol” – evidențiază imagini aeriice.

92. Selectați complicațiile care pot apărea în evoluția megacolonului congenital forma malignă:

- A. Sindromul ocluziv;
- B. Volvulusul intestinal acut;
- C. Enterocolita ulceroasă;
- D. Peritonita;
- E. Hemoragia intestinală.

93. Următoarele afirmații referitor la invaginația intestinală la sugar sunt adevărate:

- A. Se întâlnește rar la sugar,

- B. Mai frecvent afectează sexul masculin;
- C. Simptomul cardinal al afecțiunii este durerea colicativă;
- D. Simptomul cardinal al afecțiunii este vărsătura bilioasă;
- E. Debutul afecțiunii este prezentat prin sângerare rectală în plină stare de sănătate.

94. Aspecte clinice în forma pseudoapendiculară a invaginație intestinale la copilul mare:

- A. Durere abdominală în fosa iliacă dreaptă sau în flancul drept;
- B. Vărsături alimentare apoi bilioase de la debutul bolii;
- C. Rectoragie spontană;
- D. Temperatura subfebrilă;
- E. La palparea abdomenului se constată o împastare în fosa iliacă dreaptă sau flancul drept.

95. Numiți semnele dominate ale apendicitei acute la sugar:

- A. Stare de agitație neobișnuită cu perturbarea somnului;
- B. Vărsături, refuzul alimentației;
- C. Distensie abdominală;
- D. Sensibilitatea dureroasă difuză, mai accentuată periombilical;
- E. Episoade dureroase intermitente.

96. În peritonita apendiculară, copilul acuză:

- A. Dureri abdominale generalizate;
- B. Dureri abdominale în flancul drept;
- C. Vărsături;
- D. La palparea abdomenului – contractura musculaturii abdominale;
- E. La palpare abdomenul este foarte sensibil în fosa iliacă dreaptă.

97. Numiți simptomatologia dominantă a limfangiomului:

- A. Formațiune tumorală în regiunea cervicală prezentă de la naștere;
- B. Formațiune tumorală, fluctuantă, nedureroasă la palpare;
- C. Formațiune tumorală dură, dureroasă la palpare;
- D. Formațiune tumorală dură de 1 – 3 cm diametru;
- E. Formațiune tumorală dură cu aderarea tegumentului.

98. Care sunt factorii favorizanți în apariția osteomielitei hematogene acute?

- A. Stările toxice;
- B. Osteocondropatiile localizate;

- C. Tulburările osteogenezei;
- D. Traumatismele juxta – articulare;
- E. Stările carentiale de subnutriție.

99. Tumora Wilms este:

- A. Cea mai frecventă tumoră malignă a sistemului urinar la copil;
- B. Tumoră embrională;
- C. Tumoră bilaterală;
- D. Tumora poate fi bilaterală;
- E. Tumora se dezvoltă pe rinichi polichistic.

100. Următoarele afirmații despre limfangiom sunt adevărate:

- A. Sunt formațiuni tumorale limfatice;
- B. Macroscopic poate fi formațiune tumorală impresionantă;
- C. Se pot infiltra în mușchi și adera la vase și nervi;
- D. Nu aderă la țesuturile adiacente;
- E. Posedă un potențial înalt de malignizare.

101. În stenoza hipertrofică de pilor modificările anatomo – patologice includ:

- A. Mucoasa pilorică normală;
- B. Pilor de dimensiuni reduse;
- C. Pilor dur la palpare;
- D. Pilor mărit în dimensiuni;
- E. Musculatura pilorică nu este modificată.

102. Manifestările clinice ale volvulusului acut prin malrotație la nou - născut includ:

- A. Stare de agitație;
- B. Vărsături bilioase repetate;
- C. Lipsa tranzitului meconial;
- D. Abdomen destins;
- E. Abdomen retractat;

103. Simptomatologia afecțiunii Hirschprung în perioada de sugar și copil:

- A. Simptomul principal este constipația;
- B. Scaunele spontane sunt frecvente;
- C. Scaunele spontane devin din ce în ce mai rare;
- D. Enterocolita, complicație gravă, are frecvența și gravitatea din perioada neonatală;

E. Enterocolita, complicație gravă, nu mai are frecvențe și gravitatea din perioada neonatală.

104. Tușeul rectal constituie o manevră obligatorie ori de câte ori se suspectă invaginația, deoarece:

- A. În urma tușeului rectal se evidențiază sângerarea;
- B. Se determină conținutul ampulei rectale;
- C. În cazuri rare întârziate se percepe capul invaginatului;
- D. Se percepe capul invaginatului întotdeauna, comparabil cu un col uterin;
- E. Prin palpate bimanuală se percepe mai bine tumora de invaginație.

105. Aspecte clinice în forma tumorală a invaginației intestinale la copilul mare:

- A. Dureri colicative de intensitate paroxistică;
- B. Dureri intermitente pe parcursul mai multor zile și chiar săptămâni;
- C. Durerile pot fi însoțite de greață, vărsături, diaree;
- D. Rectoragie abundentă;
- E. Vărsături bilioase.

106. Rotațiile incomplete de intestin sau lipsa se acolare a intestinului pot genera:

- A. Volvulus acut sau cronic;
- B. Stenoze de duoden prin compresie extrinsecă;
- C. Hernii strangulate interne în diverse fosete mezenterice;
- D. Invaginații intestinale;
- E. Megacolon simptomatic.

107. Selectați răspunsurile corecte referitor la apendicita acută la copil:

- A. Este cea mai frecventă cauză de abdomen acut la copil;
- B. Incidența maximă este la copilul mic;
- C. Incidența maximă este între 8 – 15 ani;
- D. Nu se întâlnește la sugar;
- E. Se întâlnește foarte rar la sugar.

108. În forma septică pioemică a osteomielitei hematogene acute simptomatologia este dominată de:

- A. Debut brutal cu ascensiune termică, care poate atinge 39 – 40 grade C, frison
- B. Durere violentă localizată la nivelul unui segment de membru;
- C. Durere violentă articulară;

- D. Impotență funcțională parțială sau totală a membrului afectat;
- E. Agitația sau adinamia bolnavului, tahicardie, respirație accelerată.

109. Complicațiile tardive ale osteomielitei hematogene la copilul mare:

- A. Cronicizarea procesului;
- B. Luxații patologice;
- C. Fracturi pe os patologic;
- D. Malignizare;
- E. Metastaze septice.

110. Simptomatologia flegmonului necrotic extensiv al nou – născutului include:

- A. Placard roșu cu marginile proeminente la suprafața tegumentului;
- B. Placard roșu cu marginile neproeminente la suprafața tegumentului;
- C. Placard roșu cu marginile bine conturate, reliefate;
- D. Placard roșu cu marginile ne conturate;
- E. Suprafața afectată este rece.

111. Cauzele ocluziei duodenale congenitale sunt:

- A. Atrezia cordonată a duodenului;
- B. Diafragma neperforat intraduodenal;
- C. Pancreasul inelar;
- D. Torsia intestinului mediu;
- E. Persistența ductului omfalo – enteric.

112. În stenoza hipertrofică de pilor copilul are scaune:

- A. Ne modificate;
- B. Diareice;
- C. Cu aspect de constipație întrerupte de scaune diareice;
- D. Rare, reduse cantitativ;
- E. Cu aspect de constipație.

113. Simptomatologia invaginației intestinale a sugarului la debut include:

- A. Durere abdominală colicativă;
- B. Durere abdominală continuă;
- C. Vărsături alimentare;
- D. Vărsături albe explozive, în jet;
- E. Scaune cu sânge sau serozități sanguinolente;

114. Următoarele afirmații despre atrezia de esofag sunt adevărate:

- A. Afecțiunea este incompatibilă cu viața;

- B. Frecvent se asociază cu alte malformații a organelor de importanță vitală;
- C. Pentru stabilirea diagnosticului se utilizează contrastarea esofagului;
- D. Pentru a confirma diagnosticul se folosește cateterismul esofagian;
- E. Scena clinică este dominată de imposibilitatea deglutiției.

115. Volvulusul acut la nou – născut se manifestă:

- A. Stare febrilă
- B. Stare de agitație
- C. Vărsături bilioase
- D. Oprirea tranzitului intestinal
- E. Radiografia abdominală „pe gol” arată o imagine dublă aerică în talere de balanță.

116. Selectați răspunsurile corecte referitor la simptomatologia apendicitei acute la copilul mic:

- A. Debutează în plină perioadă de sănătate;
- B. Copilul devine agitat;
- C. Copilul este febril;
- D. Are scaune diareice;
- E. Scaunul lipsește;

117. Emfizemul lobar congenital se manifestă:

- A. Dispnee. Polipnee, cianoză, tuse;
- B. Dispnee, polipnee, cianoză, respirație șuierătoare;
- C. Stare febrilă;
- D. Nou – născut este oxigeno – dependent;
- E. Hemitoracele afectat bombează;

118. Selectați simptomele dominante la nou – născutul cu hernie diafragmatică pe stânga cu manifestări acute:

- A. Dispnee și cianoză progresive, impresionante cu fiecare oră ce trece;
- B. Respirație polipneică cu mare efort;
- C. Regurgitații cu sânge modificat;
- D. Disfagie;
- E. Zgomote cardiace tahicardice se aud pe dreapta.

119. Diagnosticul omfalocelului prezintă următoarele caracteristici:

- A. Hernierea viscerelor abdominale prin inelul ombilicat mult lărgit;

- B. Exteriorizarea intestinului subțire printr-un defect paraombilical al peretelui abdominal anterior;
- C. Viscerele eviscerate sunt acoperite de o membrană avasculară
- D. Ansele intestinale eviscerate sunt retractate și edemațiate
- E. Ombilicul cu depresiunea sa sunt normale.

120. Semnele clinice ale displaziei de șold la sugar:

- A. Asimetria pliurilor cutanate ale coapselor;
- B. Rotația internă a membrului inferior afectat;
- C. Rotația externă a membrului inferior afectat;
- D. Limitarea de abducție în articulațiile de șold;
- E. Limitarea mișcărilor de rotație în articulațiile de șold.

121. Diagnosticul diferențial al osteomielitei hematogene acute se efectuează cu:

- A. Reumatismul poliarticular acut la debut;
- B. Fracturile metafizare și decolările epifizare fără deplasare;
- C. Reticulosarcomul Ewing;
- D. Tuberculoza osteo – articulară;
- E. Infirmități motorii centrale;

122. Simptomatologia dominantă la copilul cu atrezia duodenului:

- A. Vărsătura bilioasă;
- B. Vărsătura alimentară;
- C. Abdomen distensat cu edem al peretelui abdominal inferior;
- D. Abdomen retractat;
- E. Scaunul meconial apare normal.

123. În forma malignă de megacolon congenital:

- A. Nou – născutul prezintă vărsături albe în jet;
- B. Nou –născutul prezintă vărsături bilioase apoi cu conținut intestinal;
- C. Nou – născutul prezintă distensie abdominală, prezentă, uneori de la naștere;
- D. La tușeul rectal ampula rectală conține meconiu;
- E. La tușeul rectal ampula rectală nu conține meconiu.

124. Selectați semnele fizice în invaginația intestinală acută a sugarului:

- A. Apărare musculară;
- B. Contractură musculară;
- C. Se poate palpa tumora de invaginație;
- D. Se palpează întotdeauna tumora de invaginație;

E. Poare fi prezent semnul fosei drepte goale (semnul DancE..

125. Selectați semnele clinice în volvulusul acut la sugar:

- A. Vărsături bilioase;
- B. Stare de agitație;
- C. Oprirea tranzitului intestinal;
- D. Abdomenul este retractat;
- E. Abdomenul este destins.

126. Selectați răspunsurile corecte referitor la simptomatologia apendicitei acute la copilul mic:

- A. Are debut lent;
- B. Copilul este somnolent;
- C. Copilul varsă;
- D. Abdomenul se meteoriziază;
- E. Copilul este febril (39 – 40 grade C..

127. Selectați manifestările clinico - radiologice ale atreziei de esofag cu fistulă eso – traheală inferioară:

- A. Vărsături „albe” – alimentare;
- B. Hipersalivație;
- C. Stagnarea bucofaringiană a secrețiilor salivare;
- D. La radiograma toraco – abdominală: tubul digestiv nu este aerat;
- E. La radiograma toraco – abdominală: tubul digestiv este aerat.

128. Complicațiile pneumoniei purulente distructive la copil:

- A. Septicopiemia;
- B. Mediastinita;
- C. Emfizenu mediastinal;
- D. Emfizemul lobar;
- E. Hemoragia pulmonară.

129. Diagnosticul diferențial al herniei diafragmatice la nou-născut cu manifestări acute se face cu:

- A. Atelectaziile pulmonare ale nou – născutului;
- B. Emfizemul lobar congenital;
- C. Bronșiectazia congenitală;
- D. Bronhopneumonia nou – născutului;
- E. Malformația cardiacă cianogenă.

130. Diagnosticul laparoscizisului prezintă următoarele caracteristici:

- A. Hernierea viscerelor abdominale prin inelul ombilical mult lărgit;
- B. Exteriorizarea intestinului subțire printr-un defect paraombilical al peretelui abdominal anterior;
- C. Viscerele eviscerate sunt acoperite de o membrană avasculară;
- D. Ansele intestinale eviscerate sunt retractate și edemațiate;
- E. Ombilicul cu depresiunea sa sunt normale.

131. În enterocolita ulcero – necrotică cu perforație la sugar simptomatologia este dominată de:

- A. Vărsături fecaloide;
- B. Abdomen intens meteorizat cu tegumente lucioase, circulație venoasă evidentă;
- C. Scaune diareice adundente, rău mirositoare;
- D. Rectoragie abundentă;
- E. Lipsa tranzitului intestinal pentru gaze și materii fecale.

132. Numiți factorii favorizanți în apariția osteomielitei hematogene acute:

- A. Traumatismele juxta – articulare;
- B. Osteocondropatiile localizate;
- C. Tulburările osteogenezei;
- D. Stările carentiale de subnutriție;
- E. Stările toxice;.

133. Manifestările clinico-radiologice ale atreziei de esofag cu fistulă eso – traheală inferioară sunt:

- A. Regurgitația de la naștere;
- B. Secreție salivară peri-oro-nazală de la naștere;
- C. Nou-născutul este cianotic, dispneic, polipneic;
- D. La radiograma toraco – abdominală: abdomen opac, nearat;
- E. La radiograma toraco – abdominală: abdomen aerat (aerarea tubului digestiv).

134. Selectați afirmațiile corecte referitor la simptomul principal al stenozei congeniatele hipertrofice de pilor:

- A. Vărsăturile apar la 2 – 3 săptămâni de viață a copilului;
- B. Vărsăturile sunt abundente, frecvente de la debut;
- C. La debut copilul varsă o dată de două ori pe zi;

- D. Conținutul expulzat este alb, lipsit de colorație bilioasă;
- E. Conținutul expulzat este bilios la debutul afecțiunii.

135. Numiți aspectele clinice când sediul obstrucției este partea distală a ileonului:

- A. Vărsătura bilioasă din primele ore după naștere;
- B. Debutul vărsăturilor poate depăși 24 ore după naștere;
- C. Debutul vărsăturilor depășește 24 ore după naștere;
- D. Vărsătura este redusă cantitativ;
- E. Vărsătura are aspect meconial, apoi fecaloid.

136. Selectați caracteristicile megacolonului:

- A. Mărire a întregului cadru colic în toate dimensiunile;
- B. Mărire a unui segment de colon în toate dimensiunile;
- C. Gigantismul congenital de organ;
- D. Meteorismul grav produs de constipație;
- E. Malformație minoră a canalului ano-rectal.

137. În invaginația intestinală a sugarului, faza de epuizare, datorată infarctizării ansei intestinale invaginate, se manifestă:

- A. Încetează starea de agitație;
- B. Sugarul este palid, somnolent, devine indiferent;
- C. Vărsăturile încetează;
- D. În faza aceasta se palpează ușor tumora: de invaginație
- E. În faza acesta tumora de invaginație este imposibil de determinat.

138. Factorii favorizanți funcționali ai invaginației intestinale la sugar:

- A. Modificarea alimentației copilului;
- B. Afecțiunile diareice;
- C. Virozele sezoniere;
- D. Lipsa de acolare a ceco – colonului la peretele posterior parietal peritoneal;
- E. Hernia diafragmatică.

139. Semnele dominante ale apendicitei acute la copilul mic:

- A. Durerea difuză pe tot abdomenul;
- B. Starea febrilă;
- C. Vărsăturile repetate;
- D. Constipația;
- E. Abdomenul retractat.

140. Diagnosticul peritonitei neonatale prin perforație include:

- A. Vărsăturile bilioase;
- B. Distensie abdominală cu circulație colaterală;
- C. Edem suprapubian și al organelor genitale externe;
- D. Scaune diareice;
- E. Radiologic ca semn patologic apare aspectul de „vitraliu”.

141. Polipoza colică familială prezintă următoarele caracteristici:

- A. Este ereditară și se transmite dominant autosomal;
- B. Se limitează la colon și rect;
- C. Se limitează la colon și rect, dar poate afecta, în o treime din cazuri, și ileonul distal;
- D. Marele pericol este degenerescența malignă;
- E. Este lipsită de potențial de malignizare.

142. Oste mielita hematogenă acută a perioadei de creștere se caracterizează prin:

- A. Debut brutal cu ascensiune termică;
- B. Durere spontană vie, continuă a unui segment osos;
- C. Sediul durerii este metafizar;
- D. Durere suportabilă osoasă cu intensificare în repaos;
- E. Durere osoasă intermitentă cu maximum nocturn.

143. Cauza tumorii palpatorii în abdomen la copil poate fi:

- A. Diverticulita Mekel;
- B. Hidronefroza;
- C. Rinichi polichistic;
- D. Nefroblastom;
- E. Chist mezenterial.

144. În stenoza hipertrofică de pilor:

- A. Copilul crește normal în greutate;
- B. Copilul stagnează apoi scade în greutate;
- C. Urinile sunt hipercrome;
- D. Urinile sunt hipocrome;
- E. Scaunele sunt abundente.

145. Următoarele afirmații referitor la semnele clinice în stenoza hipertrofică de pilor sunt adevărate:

- A. Tegumentele sunt uscate;
- B. În epigastru se poate observa peristaltismul gastric, mai ales în timpul alimentației, sub forma undelor contractile vizibile;
- C. În epigastru permanent se observă peristaltismul gastric sub forma undelor contractile vizibile;
- D. În hipocondrul drept subhepatic se poate palpa oliva pilorică;
- E. În hipocondrul drept subhepatic permanent se palpează oliva pilorică.

146. Următoarele afirmații despre forma tolerată a megacolonului congenital sunt adevărate:

- A. Constipația se instalează după luni de viață, când se diversifică alimentația;
- B. Sugarii au scaune zilnice;
- C. Sugarii au scaune la 3 – 4 zile;
- D. Sugarii pot prezenta ocluzie sau subocluzie;
- E. Sugarii pot avea scaune la 2 – 3 zile.

147. Tabloul clinic al invaginației intestinale la sugar în primele 12 ore de la debut include:

- A. Stare de agitație;
- B. Abdomen meteorizat
- C. Vărsături cu conținut intestinal;
- D. Semnul biberonului;
- E. Vărsături alimentare.

148. În forma tumorală a invaginației la copilul mare:

- A. Copilul nu acuză dureri;
- B. Tranzitul se oprește complet;
- C. Tranzitul intestinal, de obicei, nu se oprește;
- D. Copilul acuză dureri abdominale de intensitate variabilă;
- E. „Tumora” abdominală este nedureroasă, mobilă, își modifică locul.

149. Semnele ce permit diferențierea coprostazei de apendicita acută:

- A. Durere abdominală difuză progresantă;
- B. Durere abdominală violentă, colicativă;
- C. Vărsături alimentare;
- D. Lipsa scaunului la copil;
- E. Dispariția durerii abdominale după clister evacuator.

150. Următoarele afirmații despre emfizemul lobar congenital sunt adevărate:

- A. De obicei afectează un lob superior;
- B. Afectează numai un lob superior;
- C. Lobul afectat este uniform și masiv extins;
- D. Lobul afectat este neuniform extins;
- E. Lobul afectat nu comunică cu circulația pulmonară.

151. Clasic pneumoniile purulente distructive la copil debutează:

- A. Brusca, în plină sănătate aparentă;
- B. Lent;
- C. Cu febră de 39 – 40 grade C;
- D. Dispnee, polipnee;
- E. Cianoză.

152. Care din următoarele semne apar în osteomielite hematogenă acută la copilul mare?

- A. Durerea violentă localizată la nivelul metafizar al osului;
- B. Durerea locală continuă, foarte intensă, exacerbată de mișcări;
- C. Membrul afectat este imobil în poziție antalgică;
- D. Febra continuă (39 – 40 grade C., precedată de frison);
- E. Durerea, edemul strict articulare.

153. Ganglioneurinomul este:

- A. Tumoră ne încapsulată;
- B. Tumoră încapsulată;
- C. Tumoră neinvazivă;
- D. Tumoră invazivă;
- E. Tumora extirpabilă.

154. Următoarele afirmații despre limfangion sunt adevărate, cu excepția:

- A. Sunt formațiuni tumorale limfatice;
- B. Macroscopic poate fi formațiune tumorală impresionantă;
- C. Se pot infiltra în mușchi și adera la vase și nervi;
- D. Nu aderă la țesuturile adiacente;
- E. Posedă un potențial înalt de malignizare.

155. Cauzele ocluziei duodenale congenitale sunt:

- A. Diafragma perforat intraduodenal;

- B. Atrezia cordonată a duodenului;
- C. Pancreasul inelar;
- D. Torsia intestinului mediu;
- E. Persistența ductului omfalo – enteric.

156. În stenoza hipertrofică de pilor copilul are scaune:

- A. Ne modificate;
- B. Diareice;
- C. Cu aspect de constipație întrerupte de scaune diareice;
- D. Rare, reduse cantitativ;
- E. Cu mucozități sangvinolente.

157. Simptomatologia invaginației intestinale a sugarului la debut include:

- A. Durere abdominală colicativă;
- B. Durere abdominală continuă;
- C. Vărsături alimentare;
- D. Vărsături albe explozive, în jet;
- E. Scaune cu sânge sau mucozități sanguinolente;

158. Următoarele afirmații despre atrezia de esofag sunt adevărate:

- A. Afecțiunea este incompatibilă cu viața;
- B. Frecvent se asociază cu alte malformații a organelor de însemnătate vitală;
- C. Pentru stabilirea diagnosticului se utilizează contrastarea esofagului;
- D. Pentru a confirma diagnosticul se folosește cateterismul esofagian;
- E. Scena clinică este dominată de imposibilitatea deglutiției.

159. Volvulusul acut la nou – născut se manifestă:

- A. Stare febrilă;
- B. Stare de agitație;
- C. Vărsături bilioase;
- D. Oprirea tranzitului intestinal;
- E. Radiografia abdominală „pe gol” arată o imagine dublă aerică în talere de balanță.

160. Selectați răspunsurile corecte referitor la simptomatologia apendicitei acute la copilul mic:

- A. Debutează în plină perioadă de sănătate;
- B. Copilul devine agitat;
- C. Copilul este febril;

- D. Are scaune diareice;
- E. Scaunul lipsește;

161. Emfizemul lobar congenital se manifestă:

- A. Dispnee. Polipnee, cianoză, tuse;
- B. Dispnee, polipnee, cianoză, respirație șuierătoare;
- C. Stare febrilă;
- D. Nou – născut este oxigeno – dependent;
- E. Hemitoracele afectat bombează;

162. Numiți simptomatologia dominantă la nou – născutul cu hernie diafragmatică pe stânga cu manifestări acute:

- A. Dispnee și cianoză progresive, impresionante cu fiecare oră ce trece;
- B. Respirație polipneică cu mare efort;
- C. Hemitoracele stâng mărit;
- D. Matitatea cardiacă nu este modificată;
- E. Zgomotele cardiace tahicardice se percep pe stânga.

163. Diagnosticul omfalocelului prezintă următoarele caracteristici:

- A. Hernierea viscerelor abdominale prin inelul ombilicat mult lărgit;
- B. Exteriorizarea intestinului subțire printr-un defect paraombilical al peretelui abdominal anterior;
- C. Viscerele eviscerate sunt acoperite de o membrană avasculară;
- D. Ansele intestinale eviscerate sunt retractate și ademațiate;
- E. Ombilicul cu depresiunea sa sunt normale.

164. Semnele clinice ale displaziei de șold la sugar:

- A. Asimetria pliurilor cutanate ale coapselor;
- B. Rotația internă a membrului inferior afectat;
- C. Rotația externă a membrului inferior afectat;
- D. Limitarea de abducție în articulațiile de șold;
- E. Semnul resortului (Ortolani).

165. Diagnosticul diferențial al osteomielitei hematogene acute se efectuează cu:

- A. Reumatismul articular acut la debut;
- B. Fracturile subperiostale sau decolările epifizare fără deplasare;
- C. Reticulosarcomul Ewing;
- D. Entorsa. Sinovita traumatică acută tranzitorie;
- E. Infirmități motorii centrale;

166. Stenoza hipertrofică congenitală de pilor:

- A. Este o ocluzie înaltă;
- B. Este o ocluzie medie;
- C. Este o ocluzie joasă;
- D. Este ocluzie datorată edemației mucoasei pilorului;
- E. Este datorită hipertrofiei musculaturii pilorului.

167. Vărsătura în stenoza hipertrofică congenitală de pilor:

- A. Este rar întâlnită;
- B. Apare în jurul vârstei de 14 – 21 zile de viață;
- C. Este albă cu striuri de sânge;
- D. Este albă;
- E. Poate conține striuri de sânge.

168. Diagnosticul în atrezie de duoden se bazează pe:

- A. Vărsături alimentare frecvente;
- B. Vărsături bilioase abundente;
- C. Abdomen retractat;
- D. Absența tranzitului meconial;
- E. Radiografia toraco – abdominală simplă evidențiază două imagini hidroaerice în etajul abdominal superior.

169. În forma malignă de megacolon congenital:

- A. Fazele de constipație sunt întrerupte de enterocolită ulcero-necrotică;
- B. Scaunele diareice sunt abundente;
- C. Enterocolita este o complicație gravă;
- D. Enterocolita nu agravează starea generală a copilului;
- E. Dereglarea stării generale se instaliază rapid, prin deshidratare și pierderi electrolitice.

170. Selectați afirmațiile corecte, referitor la „budinul” de invaginație în invaginația intestinală la copil:

- A. Are formă cilindrică, alungită cu suprafața netedă;
- B. Are formă rotundă cu suprafața boselată;
- C. Este de consistență elastică;
- D. Este de consistență dură;
- E. Este sensibil la palpare.

171. Forma cronică recidivantă a invaginației intestinale la copilul mare cuprinde în tabloul clinic următoarele semne și simptome:

- A. Dureri abdominale colicative neregulate;
- B. Tumora fantomă la palparea abdomenului;
- C. Meteorism accentuat;

- D. Abdomen nedureros;
- E. Emisie de sânge prin anus.

172. Simptomatologia în volvulus acut la sugar este dominată de:

- A. Vărsături alimentare;
- B. Vărsături bilioase;
- C. Starea de agitație;
- D. Oprirea tranzitului intestinal;
- E. Abdomen destins.

173. Cauzele favorizate ale apendicitei acute la copil sunt:

- A. Inflamațiile acute ale regiunii ilio – cecale;
- B. Inflamațiile cronice ale regiunii ilio – cecale;
- C. Verminozele (în special oxiurii, ascarizii);
- D. Traumatismele abdominale;
- E. Flora microbiană.

174. La sugar hemoragia digestivă inferioară este cauzată predominant de:

- A. Sindromul Peutz – Jegger;
- B. Invaginația intestinală acută;
- C. Diverticul Meckel ulcerat;
- D. Volvulusul acut de intestin suțire;
- E. Volvulusul cronic de intestin subțire.

175. Selectați simptomatologia mastitei la nou născut:

- A. Procesul, de obicei este unilateral;
- B. Tumefierea, edemul glandei mamare;
- C. Tegumentul este nemodificat;
- D. Roșeață, căldură locală;
- E. Palparea este foarte dureroasă.

176. Complicațiile precoce ale osteomielitei hematogene acute la copil:

- A. Fracturi pe os patologic;
- B. Scurtimea segmentului afectat;
- C. Septicemiemia;
- D. Metastaze piogene în alte segmente osoase;
- E. Metastaze piogene pleuropulmonare.

177. Semnele principale a piciorului echino-varus strâmb:

- A. Equinul piciorului
- B. Supinația piciorului
- C. Poziția de varus a antepiciorului
- D. Deformația valgus a piciorului

E. Rotația externă a piciorului

178. Retenția acută de urină e cauzată de:

A. Traumatisme ale regiunii perineale cu interesarea directă sau indirectă a uretrei

B. Malformații uretrale (hipospadiasul, epispadiasul)

C. Malformații ureterale (ureterocel prolabat)

D. Fenomene inflamatorii (balanopostita, vulvovaginita).

E. Calculi inclavați în colul vezical sau pe traiectul uretrei

179. Principalele cauze chirurgicale ale hematuriei sunt:

A. Traumatismele (renale, ureterale, vezicale, uretrale);

B. Tumorile (renale, vezical);

C. Malformațiile (hidronefroza, megaureter);

D. Hipospadiasul;

E. Calculul la toate nivelele.

180. Care complicații pot surveni în anomaliile de dezvoltare a rinichilor?

A. Hidronefroza

B. Pionefroza

C. Infecțiile urinare recidivante

D. Litiaza urinară

E. Retenția acută de urină

181. Retenția cronică de urină la copil e cauzată de:

A. Hipospadias

B. Epispadias

C. Valve congenitale de uretră posterioară

D. Ureterocel

E. Stricturi uretrale posttraumatice

182. Care afecțiuni pot fi incluse în noțiunea de malformație uretrală?

A. Fimoza

B. Diverticulul uretral

C. Hipospadiasul

D. Epispadiasul

E. Parafimoza

183. Următoarele afirmații despre extrofia de vezică sunt adevărate

A. Malformație caracterizată prin absența peretelui abdominal anterior subombilical, absența peretelui anterior al vezicii urinare și al uretrei;

B. Malformație caracterizată prin lărgirea inelului ombilical;

C. Ombilicul se localizează deasupra defectului;

- D. În regiunea hipogastrică peretele posterior al vezicii urinare bombează sub forma unei tumorete roșii, rotunde;
- E. Sunt vizibile orificiile ureterale.

184. Torsiunea de testicul are următoarele caracteristici:

- A. Debut brutal în plină stare de sănătate
- B. Durere violentă și continuă în hemiscrotul afectat cu iradiere spre regiunea inghinală și rădăcina coapsei,exacerată la palpare
- C. Debut lent cu durere moderată în hemiscrotul afectat
- D. Hemiscrot moderat mărit, edemațiat
- E. Palparea evidențiază o glandă mărită de volum ascensionată spre pube

185. Următoarele afirmații despre hidronefroza sunt adevărate:

- A. Hidronefroza este distensia bazinetului și a calicelor pe seama atrofiei parenchimului renal
- B. Simptomele hidronefrozei de cele mai multe ori sunt ne semnificative
- C. Simptomul dominant este decelarea unei formațiuni tumorale în flanc cu variații de volum și consistență ("tumora fantomă")
- D. Afecțiunea este unilaterală, forme bilaterale nu se întâlnesc
- E. Afecțiunea poate fi prezentă de la naștere

186. Următoarele afirmații despre refluxul vezico - ureteral sunt adevărate:

- A. Este frecvent în duplicația pielo-ureterală;
- B. La copii se întâlnește mai rar decât la adulți și evoluează mai ușor;
- C. Manifestările clinice sunt ne caracteristice și determinate de infecția asociată;
- D. La sugari predomină tulburările digestive și stările septică cu "sindrom febril prelungit";
- E. Pentru diagnostic este esențială cistografia micțională.

187. Hernia inghinală congenitală are următoarele caracteristici:

- A. Apariția unei tumefacții în regiunea inghinală, accentuată în timpul plânsului, la tuse, efort fizic;
- B. Variabilitatea dimensiunii tumefacției în timp;
- C. Dispariția periodică a tumefacției;
- D. Absența durerii (cu excepția situațiilor în care hernia devine ireductibilă sau strangulată);
- E. În hemiscrotul respectiv nu se palpează testiculul

188. Următoarele afirmații despre hemangiom sunt false, cu excepția:

- A. Hemangiomul întotdeauna evoluează spre dispariție
- B. Hemangiomul poate cuprinde zone mari
- C. Evoluția unui hemangiom nu se poate prevedea niciodată
- D. Hemangiomul tuberos este cea mai frecventă formă

E. Evoluția spontană a hemangiomului este spre extindere, ulcerare, infectare, sângerare

189. Fracturile oaselor craniene la copil:

- A. Cele mai frecvente sunt fracturile liniare;
- B. Cele mai frecvente sunt fracturile diastazice;
- C. Fracturile cominutive la copil presupun traumatisme foarte puternice;
- D. Fracturile cu înfundare sunt simple și cominutive;
- E. Fracturile complexe sunt rar întâlnite la copil

190. Particularitățile fracturilor oaselor craniene la copil se datorează

- A. Prezenței liniilor de sutură;
- B. Sutura sagitală persistă până la 10 ani;
- C. Sutura sagitală persistă până după vârsta de 20 ani;
- D. Datorită prezenței liniilor de sutură oasele craniene își păstrează o lasticitate și rezistență mare;
- E. Dura mater este foarte aderentă la os și se rupe cu osul

191. Următoarele afirmații despre leziunile cerebrale la nou născut sunt adevărate:

- A. Creierul fetal, în anumite limite, rezistă bine la traumatismul nașterii și hipoxie;
- B. Creierul fetal suferă leziuni importante în timpul nașterii;
- C. Creierul fetal poate suferi leziuni importante în timpul nașterii;
- D. Creierul fetal nu suferă leziuni în timpul nașterii;
- E. Leziunile în timpul nașterii pot fi : de la edem până la delacerare.

192. În rupturile hepatice tabloul clinic este dominat:

- A. Durere constantă localizată în etajul abdominal superior, maximă în hipocondrul drept;
- B. Durere violentă intermitentă abdominală;
- C. Distensie abdominală moderată;
- D. Distensie abdominală progresivă;
- E. Împăstarea progresivă a hipocondrului drept

193. În rupturile splenice examenul local evidențiază:

- A. Poate evidenția amprenta traumatică;
- B. Sensibilitate dureroasă maximă în hipocondrul stâng;
- C. Defensă musculară moderată;
- D. Senzație de împastare în hipocondru stâng;
- E. Sensibilitate dureroasă maximă cu defensă musculară și senzație de împăstare în hipogastru.

194. În rupturile splenice tabloul clinic evoluează cu semnele generale ale șocului hemoragic:

- A. Agitație psihomotorie;
- B. Sete, transpirații reci;
- C. Tahicardie cu puls filiform;
- D. Hipertensiune arterială;
- E. Hipotensiune arterială.

195. Următoarele afirmații despre leziunile traumaticre ale splinei sunt adevărate:

- A. Se disting următoarele categorii lezionale importante: plăgile și rupturile;
- B. Rupturile splinei survin prin mecanism de contuzie abdominală, lombo-abdominală sau toraco - abdominală;
- C. Plăgile splinei presupun coexistența unei leziuni penetrante abdominale, lombo-abdominală sau toraco - abdominală;
- D. Leziunile iatrogene ale splinei se întâlnesc rar;
- E. Rupturile spontane pe o splină sănătoasă nu se întâlnesc.

196. Semnele clinice generate de lezarea viscerelor parenchimotoase sunt:

- A. Dureri abdominale difuze;
- B. Abdomen destins, meteorizat;
- C. Peretele abdominal „opune rezistență” la palpare;
- D. Tumefacție în hipogastru;
- E. Facies toxic;

197. Semnele clinice generate de lezarea viscerelor parenchimotoase sunt:

- A. Starea de agitație;
- B. Paloarea tegumentelor și mucoaselor;
- C. Setea;
- D. Durerea abdominală spontană difuză;
- E. Stare febrilă (temperatură 39 - 40 grade C).

198. Organele lezate intra- sau retroperitoneal, care generează tabloul hemoragic sunt:

- A. Splina;
- B. Ficatul;
- C. Rinichiul;
- D. Duodenumul;
- E. Ileonul.

199. Leziunile viscerale în traumatismele abdominale:

- A. Interesează organele parenchimotoase;
- B. Interesează organele cavitare;

- C. Pot interesa organele parenchimotoase și cavitare;
- D. Se pot asocia cu traumatismele craniene;
- E. Se asociază cu traumatisme craniene.

200. Următoarele afirmații despre traumatismele toracice la copil sunt adevărate:

- A. Coastele se fracturează rar;
- B. Coastele și sternul se fracturează frecvent;
- C. Se poate leza parenchimul pulmonar;
- D. În hemotorax și pneumotorax se efectuează puncția pleurală, după indicații drenarea cavității pleurale;
- E. În hemotorax și pneumotorax se efectuează toracotomia și suturarea parenchimului lezat.

201. Următoarele afirmații despre traumatismele toracice la copil sunt adevărate:

- A. Se întâlnesc relativ frecvent;
- B. Simptomatologia este polimorfă;
- C. Coastele și sternul se fracturează frecvent;
- D. Coastele și sternul au o mare elasticitate;
- E. Se poate leza parenchimul pulmonar.

202. În traumatismele toracice la copil dacă este lezat pulmonul simptomatologia dominantă include:

- A. Dispnee;
- B. Polipnee;
- C. Cianoză;
- D. Emfizem subcutanat toracic;
- E. Uneori poate fi emfizem subcutanat toracic.

203. Neuroblastomul se caracterizează:

- A. Incidența maximă la nou născut și sugar;
- B. Incidență maximă la vârsta 2--4 ani;
- C. Tumoră abdominală dură, netedă sau ușor boselată, respectă linia mediană;
- D. Tumoră abdominală dură, nedureroasă, nu respectă linia mediană;
- E. Catecolamine crescute în sânge și urină.

204. Tumora Wilms se caracterizează:

- A. Incidența maximă la nou născut;
- B. Incidență maximă la vârsta 2--4 ani;
- C. Tumoră abdominală dură, netedă sau ușor boselată, respectă linia mediană;
- D. Tumoră abdominală dură, nedureroasă, nu respectă linia mediană;
- E. Catecolamine crescute în sânge și urină.

205. Neuroblastomul retroperitoneal este:

- A. Tumoră malignă abdominală masivă
- B. Tumoră ne încapsulată și neinvazivă
- C. Tumoră dură, neregulată
- D. Tumoră dură de consistență fermă, cu suprafața rotundă
- E. Tumoră fixă, încalcă linia mediană

206. Neuroblastomul este:

- A. Tumoră ce derivă din celulele embrionare ale crestei neurale
- B. Tumoră malignă rar întâlnită la copil
- C. Tumoră ce se poate localiza oriunde, începând de la baza craniului până la sacru
- D. Tumoră ce se localizează numai în mediastin
- E. Tumoră malignă frecvent întâlnită la copil

207. Diagnosticul diferențial al nefroblastomului se face cu:

- A. Hidronefroza congenitală
- B. Chistul mezenterial
- C. Rinichiul polichistic
- D. Chisturile renale
- E. Cancerul gastric

208. Următoarele afirmații referitor la nefroblastom sunt false, cu excepția:

- A. Nefroblastomul evoluează în 2 etape : faza de latență și faza de creștere explozivă;
- B. Faza de latență poate fi de luni și chiar ani;
- C. Faza de creștere explozivă a tumorii cu alterarea rapidă a stării generale a copilului;
- D. Simptomatologia este dominată de mărirea de volum a abdomenului;
- E. Simptomul principal permanent este macrohematuria.

209. Aspectul clinic al nefroblastomului:

- A. Formațiune tumorală, dură, netedă sau boselată;
- B. Formațiune relativ mobilă în sens antero - posterior pastrând contactul renal;
- C. Tumora respectă linia mediană;
- D. Formațiune tumorală nemobilizabilă, dureroasă la palpare;
- E. Formațiune tumorală dură, nedureroasă, nemobilizabilă, nu respectă linia mediană.

210. Următoarele afirmații referitor la nefroblastom sunt false cu excepția:

- A. Microscopic tumora este polimorfă;
- B. Macroscopic tumora are un volum mic.
- C. Macroscopic tumora are un volum mare (500 - 2000 g) și un diametru de 10 - 20 cm;

- D. Invadează parțial sau total rinichiul, prezintă o capsulă falsă, provenită din parenchimul renal, comprimat;
E. Tumora este dureroasă la palpare.

211. La copil mai frecvent se întâlnesc următoarele tumori maligne:

- A. Cancerul gastric
B. Cancerul pulmonar
C. Nefroblastomul
D. Sarcomul osteogen
E. Reticulosarcomul Ewing

212. Teratoamele sacro - coccigiene prezintă următoarele caracteristici:

- A. Sunt cele mai frecvente tumori (în afară de hemangioam), care se văd la nașterea copilului;
B. Tumora este încapsulată;
C. Tumora este neîncapsulată,
D. Se află numai pe fața anterioară a sacrului și coccisului,
E. Se află pe fața anterioară a sacrului și coccisului, pe cea posterioară a coccisului și foarte frecvent pe rafeul ano - coccigian;

213. Diagnosticul diferențial al teratomului se efectuează cu:

- A. Meningocelul
B. Limfangiomul chistic, situat în regiunea sacro - coccigiană;
C. Hemangiomul
D. Ganglioneurinomul, situat în regiunea sacro - coccigiană;
E. Hematomul

214. Teratoamele sacrococcigiene prezintă următoarele caracteristici:

- A. Rezultă din amestecul anormal al celulelor celor trei straturi germinative embrionare
B. Formațiunea este lobulară, încapsulată
C. Sunt tumori, ce rezultă din sistemul nervos vegetativ paravertebral
D. Tumora poate avea dimensiuni foarte mari
E. Tumora se poate prelungi presacrat în pelvis, comprimând rectul

215. Care din semnele de mai jos corespund debutului și simptomatologiei flegmonului necrotic extensiv al nou - născutului:

- A. Debut brusc cu febră (temperatura corporală 38-39 grade).
B. Agitația copilului
C. Placard roșu cu marginile proeminente, bine conturate în regiunea feței
D. Placard unic roșu cu marginile neproeminente, neconturate în regiunea toracelui sau suprafeței posterioare a corpului
E. Placardul se extinde rapid, iar în centru devine violaceu, cu apariția ulterioară a necrozei

216. Următoarele afirmații despre mastită la nou - născut sunt adevărate:

- A. Infecția pătrunde prin tegumentul lezat sau pe cale hematogenă;
- B. Glanda mamară este tumefiată, edemată, dureroasă la palpare;
- C. Glanda mamară este mărită în volum cu tegumentul ne modificat, ne dureroasă la palpare;
- D. Mastita la nou - născut nu necesită tratament;
- E. Complicația cea mai frecventă a mastitei este flegmonul necrotic extensiv

217. Simptomatologia mastitei la nou născut:

- A. Procesul, de obicei este unilateral
- B. Tumefierea, edemul glandei mamare
- C. Tegumentul este ne modificat
- D. Roșeață, căldură locală
- E. Palparea este foarte dureroasă

218. Omfalita în perioada de stare poate produce:

- A. Fistule omfalo - enterice;
- B. Celulita necrozantă;
- C. Tromboza venei portă;
- D. Granulom;
- E. Peritonită

219. Simptomatologia dominantă în omfalită:

- A. Edem, roșeață, indurația bontului ombilical
- B. Regiunea ombilicală este congestionată, tumefiată
- C. După căderea bontului ombilical plaga ombilicală nu se cicatrizează, în centrul ei se vede un orificiu cu eliminări seroase
- D. Stare febrilă
- E. Palparea regiunii ombilicale este dureroasă

220. Examenul obiectiv al abdomenului în peritonite poate arăta:

- A. Abdomen imobil, rigid, indiferent de cauza peritonitei și de momentul evolutiv;
- B. Semnul Blumberg pozitiv;
- C. Balonare abdominală în peritonită veche;
- D. Rigiditate musculară maximă ("abdomen de lemn") cu caracterele dureroasă, tonică, permanentă, invincibilă;
- E. Durere generalizată la percuție fără intensificare într-o anumită zonă.

221. Simptomatologia dominantă la nou - născutul cu hernie diafragmatică pe stînga cu manifestări acute:

- A. Dispnee și cianoză progresive, impresionante cu fiecare oră ce trece
- B. Respirație polipneică cu mare efort

- C. Regurgitații cu sânge modificat
- D. Disfagie
- E. Zgomotele cardiace tahicardice se aud pe dreapta

222. Diagnosticul herniei diafragmatice congenitale se stabilește pe baza:

- A. Semnelor clinice
- B. Radiogramei toraco-abdominale simple
- C. Bronhoscopiei
- D. Irigografiei
- E. Tomografiei computerizate

223. Diagnosticul diferențial al herniei diafragmatice cu manifestări acute se face cu:

- A. Atelectaziile pulmonare ale nou-născutului
- B. Emfizemul lobar congenital
- C. Bronșiectazia congenitală
- D. Bronhopneumonia nou-născutului
- E. Malformația cardiacă cianogenă

224. Următoarele afirmații despre hernia diafragmatică congenitală sunt false:

- A. Herniile diafragmatice congenitale mai frecvent se localizează pe dreapta
- B. Herniile diafragmatice stângi au o manifestare zgomotoasă de la naștere
- C. La nou născutul cu hernie diafragmatică congenitală abdomenul este distensionat
- D. La nou născutul cu hernie diafragmatică congenitală abdomenul este excavat
- E. Hemitoracele stîng este mărit în dimensiuni

225. Următoarele afirmații despre hernia diafragmatică congenitală sunt adevărate:

- A. Hernia diafragmatică congenitală se produce prin orificii diafragmatice
- B. Prin hernie diafragmatică congenitală înțelegem pătrunderea viscerelor abdominale în cavitatea toracică
- C. Orificiile diafragmatice prin care se produce hernia diafragmatică congenitală sunt întotdeauna malformații congenitale
- D. Herniile diafragmatice congenitale mai frecvent se localizează pe stînga
- E. Herniile diafragmatice congenitale se localizează numai pe stînga

226. Următoarele afirmații despre pneumonia purulentă distructivă la copilul mic sunt adevărate:

- A. Afectarea pulmonară este cauzată de invadarea căilor aeriene inferioare prin diseminare aerogenă de la cele superioare;
- B. Diseminarea hematogenă de la alte focare piogene;
- C. Leziunile pot evolua rapid în două sensuri extreme;
- D. Debutul afecțiunii este lent;

E. Debutul afecțiunii este brusc în plină sănătate.

227. Următoarele afirmații despre pneumonia purulentă distructivă la copilul mic sunt adevărate:

- A. Factorul determinant este flora microbiană;
- B. Calea mai frecventă de răspândire a infecției este prin diseminare aerogenă;
- C. Procesul purulent distructiv în majoritatea cazurilor este bilateral;
- D. Procesul purulent distructiv în majoritatea cazurilor este unilateral pe dreapta cu afectarea lobilor superior și mediu;
- E. Afecțiunea are un debut brusc cu ascensiune termică, insuficiență respiratorie progresivă.

228. Diagnosticul diferențial al pneumoniei purulente distructive la copilul mic:

- A. Apendicită acută;
- B. Bronșectazia;
- C. Ocluzie intestinală;
- D. Chist congenital pulmonar complicat;
- E. Hernie diafragmatică.

229. Următoarele afirmații despre bronșiectazia congenitală sunt adevărate:

- A. Bronșiectazia congenitală reprezintă o oprire în dezvoltare a bronhiilor cu formare de dilatații chistice;
- B. Cauza afecțiunii este o deficiență a cartilajului bronșic;
- C. Simptomul dominant este tusea, însoțită de o spută mucopurulentă
- D. Clinic debutează în plină stare de sănătate cu febră, tuse, dispnee, polipnee;
- E. Se manifestă din primele ore după naștere.

230. Următoarele afirmații despre sechestrația pulmonară sunt adevărate:

- A. Malformația se caracterizează prin existența unui teritoriu pulmonar neaerat
- B. Teritoriul neaerat nu comunică cu sistemul bronșic și circulația sistemică
- C. Simptomatologia poate lipsi;
- D. Simptomatologia poate fi prezentă: tuse, dispnee, febră;
- E. Malformația cel mai frecvent se manifestă din primele ore după naștere: insuficiența respiratorie domină tabloul clinic.

231. Următoarele afirmații despre chistul bronhogenic congenital sunt adevărate:

- A. Chistul bronhogenic congenital este, de obicei, solitar;
- B. Chistul bronhogenic congenital este, de obicei, bilateral;
- C. Manifestările clinice pot fi absente;
- D. Se manifestă în primele ore după naștere;
- E. Chistul bronhogenic congenital poate produce suferință respiratorie, datorită compresiunii pe arborele traheo – bronșic.

232. Următoarele afirmații despre malformația chistică adenomatoidă a plămânului sunt adevărate:

- A. Afecțiunea poate afecta un lob;
- B. Lobul afectat este mărit de volum cu cavități de diferite mărimi care conțin lichid și/sau aer și care comunică între ele;
- C. Lobul afectat este mărit de volum;
- D. Lobul afectat este uniform și masiv destins;
- E. Lobul afectat nu comunică cu sistemul bronșic și nici cu circulația pulmonară.

233. Radiologic (radiogramă toraco - abdominală) în emfizemul lobar congenital se vizualizează:

- A. O opacitate sferoidă multichistică în lobul bazal;
- B. Imagine rotundă aerică
- C. Hiperclaritate a hemitoracelui respectiv;
- D. Imagini aerice multiple pe un lob;
- E. Hernie intermediastinală a lobului afectat.

234. Selectați răspunsurile corecte despre emfizem lobar congenital:

- A. Manifestările clinice sunt absente;
- B. Copilul prezintă stare febrilă;
- C. Simptomul dominant este respirația șuierătoare;
- D. Copilul prezintă dispnee, polipnee, cianoză, tuse;
- E. Se determină bombarea hemitoracelui afectat.

235. La radiografia pulmonară în emfizem lobar congenital se observă:

- A. Hiperclaritate a hemitoracelui respectiv;
- B. Desen bronho - vascular accentuat;
- C. Coastele hemitoracelui respectiv sunt orizontalizate;
- D. Hiperclaritate omogenă cu marginile bine delimitate;
- E. Hernie intermediastinală a lobului afectat.

236. Următoarele afirmații despre emfizem lobar congenital sunt adevărate:

- A. Se poate manifesta din primele ore după naștere;
- B. Copilul prezintă dispnee, polipnee, cianoză;
- C. Simptomul dominant este tusea însoțită de o spută mucopurulentă;
- D. La inspecție se constată bombarea hemitoracelui afectat;
- E. Respirația copilului este șuierătoare.

237. Diagnosticul diferențial al emfizemului lobar congenital se face cu:

- A. Pneumotoraxul
- B. Hernia diafragmatică
- C. Chistul aerat bronhogenic congenital
- D. Hidatidoza pulmonară
- E. Bronșiectazia

238. Următoarele afirmații despre triada simptomatică în dilatația congenitală chistică de coledoc sunt adevărate:

- A. Tumora este abia palpabilă;
- B. Tumora poate fi abia palpabilă;
- C. Icterul este prezent în toate cazurile, însoțit de dureri și vărsături;
- D. Icterul este prezent în 70% din cazuri, însoțit de dureri și vărsături;
- E. Febra este frecventă.

239. În dilatația congenitală chistică de coledoc tabloul clinic este reprezentat de triada:

- A. Tumoră abdominală;
- B. Icter;
- C. Febră;
- D. Agitație;
- E. Hepatomegalie

240. În atrezia de căi biliare examenele de laborator indică:

- A. O bilirubinemie indirectă mult crescută;
- B. Un timp de coagulare ridicat;
- C. O scădere a protrombinei;
- D. Hipercolesterolemie;
- E. În urină, pigmenți și săruri biliare, prezente.

241. În atrezia de căi biliare constatăm:

- A. Hepatomegalie dură, depășind limitele caracteristice vârstei;
- B. Splenomegalie;
- C. Splina poate fi, uneori, mărită;
- D. O bilirubinemie directă mult crescută;
- E. O bilirubinemie indirectă mult crescută;

242. Simptomatologia atreziei de căi biliare include:

- A. Copilul prezintă un icter de intensități oscilante;
- B. Copilul prezintă icter fără remisiuni și accentuându-se în intensitate;
- C. Meconiul poate fi decolorat;
- D. Meconiul la început, poate fi, de aspect verzui; devenind ulterior cenușiu;
- E. Culoare meconiului se menține uniformă.

243. Simptomatologia atreziei de căi biliare:

- A. Copilul prezintă de la naștere o culoare galbenă a tegumentelor persistentă, progresivă;
- B. Copilul prezintă, uneori, de la naștere o culoare galbenă a tegumentelor persistentă, progresivă;

- C. Copilul prezintă, uneori, la 10 - 15 zile de la naștere o culoare galbenă a tegumentelor persistentă, progresivă;
- D. Meconiul poate fi decolorat
- E. Urina este închisă la culoare

244. Următoarele afirmații despre atrezia de căi biliare sunt adevărate:

- A. În atrezia de căi biliare ficatul este de aspect normal, dar conține bilă groasă;
- B. În atrezia de căi biliare ficatul este nodular, dezvoltând o ciroză portală obstructivă;
- C. În atrezia de căi biliare copilul prezintă de la naștere o culoare galbenă a tegumentelor persistentă, progresivă;
- D. În atrezia de căi biliare icterul poate să apară de la 10 - 15 zile de la naștere;
- E. Ficatul este mărit ca volum.

245. Următoarele afirmații despre atrezia de căi biliare sunt adevărate:

- A. Atrezia poate afecta în întregime sistemele canaliculare (intra- și extrahepatic);
- B. Macroscopic vezicula biliară poate apărea hipoplazică
- C. Vezicula biliară hipoplazică conține uneori o secreție albă;
- D. Simptomul dominant este reprezentat de prezența tumorii abdominale
- E. Se manifestă la 2 - 3 luni de la naștere.

246. În sângerarea digestivă inferioară sângele exteriorizat este roșu nedigerat în următoarele afecțiuni:

- A. Ulcere gastro - duodenale de „stress”;
- B. Ulcere gastro - duodenale postcortizonice;
- C. Sigmoidite ulceroase;
- D. Displazii angiomatoase anorectale;
- E. Polipi recto - sigmoidali.

247. Cauza hematemezei poate fi:

- A. Sindromul Mallory - Weis;
- B. Diverticul Meckel;
- C. Ulcere de stress;
- D. Tumori benigne și maligne intestinale;
- E. Ulcere gastroduodenale postcortizonice.

248. Polipul rectal juvenil prezintă următoarele caracteristici:

- A. Este o formațiune tumorală mică situată în ampula rectală, pe circumferința ei posterioară;
- B. Este o formațiune tumorală mică situată, uneori, în ampula rectală, pe circumferința ei posterioară;
- C. Manifestarea clinică se face prin sângerare cu ocazia scaunului;
- D. Manifestarea clinică se face prin sângerare inferioară abundentă;

E. Posedă un potențial înalt malign.

249. Polipoza colică familială prezintă următoarele caracteristici:

A. Este ereditară și se transmite dominant autosomal;

B. Se limitează la colon și rect;

C. Se limitează la colon și rect, dar poate afecta, în o treime din cazuri, și ileonul distal;

D. Marele pericol este degenerescența malignă;

E. Este lipsită de potențial de malignizare.

250. La copilul mai mare de 7 ani hemoragia digestivă este cauzată predominant de:

A. Varice esofagiene;

B. Varice rectale;

C. Invaginația intestinală cronică recidivantă la copilul mare (în toate cazurile);

D. Ulcere peptice;

E. Tumori benigne și maligne a intestinului subțire și gros.

251. La copilul mai mare de 3 ani hemoragia digestivă este cauzată predominant de:

A. Sindromul Peutz - Jeggers;

B. Polipi solitari rectali;

C. Polipoza intestinală;

D. Invaginația intestinală cronică recidivantă la copilul mare (în toate cazurile);

E. Invaginația intestinală pseudoapendiculară la copilul mare (în toate cazurile);

252. La copilul de 1-3 ani hemoragia digestivă este cauzată predominant de:

A. Dublicații de intestin;

B. Diverticulită;

C. Diverticul Meckel ulcerat;

D. Hernii hiatale;

E. Afecțiunea Șereșevschii - Turner.

253. Selectați cauzele chirurgicale ale hemoragiei digestive inferioare:

A. Polipoza recto - colică;

B. Invaginația intestinală cronică recidivantă la copilul mare (în toate cazurile);

C. Volvulus cronic de intestin la sugar;

D. Sindromul Peutz - Jeggers;

E. Boala hemoragică a nou-născutului.

254. Cauzele chirurgicale ale hemoragiei digestive inferioare adevărate:

A. Tumori maligne ale intestinului gros;

B. Tumori benigne ale intestinului subțire;

C. Angiomatoză hemoragică congenitală;

- D. Dublicațiile de intestin;
- E. Invaginația intestinală forma tumorală la copilul mare (în toate cazurile).

255. Cauzele chirurgicale ale hemoragiei digestive inferioare adevărate:

- A. Invaginația intestinală acută a sugarului;
- B. Volvulusul acut de intestin subțire la nou născut
- C. Tumorile intestinului subțire
- D. Parazitozele intestinale de tipul giardiozei;
- E. Hemofilia.

256. Selectați afirmațiile corecte referitor la hemoragiile digestive inferioare false:

- A. Ulcerațiile ano - rectale prin termometrizări brutale;
- B. Rectite chimice;
- C. Ingestia unor alimente ca spanacul, murele;
- D. Administrarea unor medicamente (bismut, fier);
- E. Polipul rectal

257. Selectați afirmațiile corecte referitor la hemoragiile digestive inferioare:

- A. Sângerări produse în tubul digestiv de sub unghiul duodeno - jejiunal;
- B. Sângerări produse în tubul digestiv la nivelul unghiul duodeno - jejiunal;
- C. Apar sub forme variate, atât cantitativ, cât și calitativ;
- D. Sunt sângerări masive în toate cazurile;
- E. Se manifestă sub formă de melenă în toate cazurile.

258. Diagnosticul general al hemoragiilor digestive superioare urmărește:

- A. Recunoașterea hemoragiei;
- B. Recunoașterea cauzei hemoragiei;
- C. Eliminarea originii nedigestive a hemoragiei;
- D. Aprecierea cantității de sânge pierdut;
- E. Supravegherea bolnavului la domiciliu.

259. Selectați afirmațiile corecte referitor la sindromul Mallori - Weiss:

- A. Poate fi cauzat de creșterea presiunii intraabdominale;
- B. Este cauzat de creșterea presiunii intraabdominale prin vomismente violente
- C. Se manifestă clinic prin hemoragii superioare după accese de tuse violente
- D. Hemoragiile sunt cantitativ reduse sau medii;
- E. Hemoragiile sunt abundente cu pericol pentru viață.

260. Selectați afirmațiile corecte referitor la sindromul Mallori - Weiss:

- A. Se exprimă morfologic prin fisuri liniare longitudinale ale mucoasei esofagiene la nivelul joncțiunii eso - gastrice;
- B. Afectează versantul gastric al cardiei și porțiunea esofagiană supraiacentă;
- C. Afectează numai versantul gastric al cardiei;

- D. Afectează numai porțiunea esofagiană supraiacentă cardiei;
- E. Se exprimă morfologic prin fisuri liniare longitudinale ale mucoasei gastrice;

261. Selectați afirmațiile corecte referitor la varicele esofagiene:

- A. Sunt consecință a hipertensiunii portale;
- B. Fisurarea varicelor esofagiene se produce datorită creșterii bruște a presiunii venoase printr-un efort violent, tuse, vărsături;
- C. Fisurarea varicelor esofagiene se produce numai datorită creșterii bruște a presiunii venoase printr-un efort violent;
- D. Fisurarea varicelor esofagiene se poate produce doar prin trecerea alimentelor prin esofag;
- E. Fisurarea varicelor esofagiene nu se poate produce doar prin trecerea alimentelor prin esofag;

262. Numiți afecțiunile tubului digestiv, ce pot fi cauză a hemoragiei digestive superioare:

- A. Ulcerul gastric acut de stres;
- B. Ulcerul cronic peptic;
- C. Stenoza esofagiană;
- D. Leiomiomul gastric;
- E. Sângerări posttraumatice din faringe.

263. Numiți cauzele hemoragiilor digestive superioare false:

- A. Infecțiile generalizate;
- B. Epistaxisul;
- C. Hemoptiziile;
- D. Ulcerul gastric medicamentos;
- E. Sângerări posttraumatice pulmonare;

264. Numiți afecțiunile esofagului, ce pot fi cauză a hemoragiei digestive:

- A. Varice esofagiene;
- B. Ulcere peptice esofagiene;
- C. Diverticuli esofagieni;
- D. Fistule eso - traheale;
- E. Esofagite.

265. Numiți afecțiunile tubului digestiv, ce pot fi cauză a hemoragiei digestive superioare:

- A. Sindromul Mallory - Weiss;
- B. Diverticuli esofagieni;
- C. Fistule eso - traheale;
- D. Ulcere peptice esofagiene;
- E. Hemofilia

266. Hemoragia digestivă superioară are drept cauză:

- A. Hernia hiatală
- B. Invaginația intestinală;
- C. Varicele esofagiene, consecința hipertensiunii portale;
- D. Diverticulul Meckel;
- E. Fistula eso-traheală.

267. Pe radiograma abdominală pe "gol" în enterocolita ulcero-necrotică cu perforație se observă:

- A. O pneumatizare în exces a tubului digestiv;
- B. Imagini hidroaerice multiple;
- C. Pneumotorace bilateral;
- D. "Pneumoperitoneum" subdiafragmatic;
- E. Opacitate în etajul inferior abdominal.

268. Care din următoarele afirmații referitoare la peritonitele acute postoperatorii sunt adevărate:

- A. Au evoluție gravă și imprevizibilă;
- B. Diagnosticul se stabilește relativ ușor;
- C. Majoritatea sunt consecința dezunirii anastomozelor digestive;
- D. Majoritatea sunt consecința contaminării extraabdominale;
- E. Pot fi provocate de leziuni ignorate în timpul intervenției.

269. Despre semnele clinice din peritonite se pot afirma următoarele:

- A. Elementul esențial este contractura musculară abdominală;
- B. La început vărsăturile sunt alimentare, bilioase;
- C. Unele peritonite pot debuta cu diaree;
- D. Durerea este un semn inconstant;
- E. Lipsa creșterii temperaturii nu exclude peritonita.

270. Inspectia abdomenului la debutul peritonitei difuze la copil relevă:

- A. Abdomen imobil cu mișcările respiratorii
- B. Abdomen destins;
- C. Contractură musculară abdominală;
- D. Asimetrie abdominală;
- E. Edem suprapubian.

271. Următoarele afirmații despre diverticulul Meckel sunt adevărate:

- A. Diverticulul Meckel se află situat la circa 30-90 cm de valvula ileo-cecală
- B. Diverticulul Meckel este o malformație frecventă și persistentă;
- C. Este situat pe marginea antimezenterică a ileonului terminal;
- D. Diverticulul Meckel se prelungește spre ombilic cu un cordon fibros;
- E. Diverticulul Meckel se poate prelungi spre ombilic cu un cordon fibros;

272. Polipoza colică familială prezintă următoarele caracteristici:

- A. Este ereditară și se transmite dominant autosomal;
- B. Se limitează la colon și rect;
- C. Se limitează la colon și rect, dar poate afecta, în o treime din cazuri, și ileonul distal;
- D. Marele pericol este degenerescența malignă;
- E. Este lipsită de potențial de malignizare.

273. Ce nu afectează boala Leg-Calve-Perthes:

- A. Capul femural
- B. Tuberozitatea calcaneană
- C. Tuberozitatea tibiei
- D. Capul humeral
- E. Corpul vertebral

274. Selectați afirmațiile incorecte despre sechestrația pulmonară:

- A. Afecțiunea poate afecta un lob;
- B. Lobul afectat este mărit de volum cu cavități de diferite mărimi care conțin lichid și/sau aer și care comunică între ele;
- C. Lobul afectat nu este mărit de volum;
- D. Lobul afectat este uniform și masiv destins;
- E. Teritoriul afectat nu comunică cu sistemul bronșic și nici cu circulația pulmonară.

275. Simptomatologia erizipelului este următoarea, cu excepția:

- A. Debut lent, stare subfebrilă, apariția placardului erizipelatos
- B. Debut brusc, temperatură 39-40 grade, alterarea stării generale, apariția placardului erizipelatos;
- C. După apariția placardului erizipelatos starea generală se ameliorează;
- D. Sediul mai frecvent al placardului erizipelatos este fața;
- E. Placardul erizipelatos este proeminent cu marginile bine conturate

276. Sechele ale osteomielitei epimetafizare sunt următoarele, cu excepția:

- A. Fracturi patologice
- B. Scurtimea segmentului afectat
- C. Artrite purulente
- D. Septicopioemia
- E. Luxații patologice

277. Pentru teratomul sacrococcigian nu este caracteristic:

- A. Sediul mai frecvent este regiunea sacro-coccigiană;
- B. Tumora adultă conține porțiuni mai din toate țesuturile organismului;
- C. Tumora nu este prezentă la naștere;
- D. Are un potențial malign crescut;

E. Prognostic favorabil întotdeauna;

278. Următoarele afirmații despre traumatismele toracice la copil sunt false:

A. Se întâlnesc relativ frecvent;

B. Simptomatologia este polimorfă;

C. Coastele și sternul se fracturează frecvent;

D. Coastele și sternul nu au elasticitate;

E. Se poate leza parenchimul pulmonar.

279. În traumatismele cranioencefalice programul de observație urmărește:

A. Starea de conștiență;

B. Pulsul și tensiunea arterială;

C. Reacția și egalitatea pupilară;

D. Mișcările membrelor;

E. Copilul poate fi evoluat în somn.