

616.5
B50
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚANU"

CATEDRA DERMATOVENEROLOGIE

Mircea BEȚIU
Gheorghe MUȘET
Nina FIODOROVA

**DERMATOVENEROLOGIA
ÎN TESTE**
Дерматовенерология в тестах

Ediția a II-a

Издание второе

Chișinău 2007

616.5:616.97(679)=135.1=161.1

B. 50

Aprobat de Consiliul metodic central al Universității de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu din Republica Moldova,
procesul verbal nr.7 din 20.05.04

Autori:

Bețiu Mircea, doctor în științe medicale, conferențiar universitar;
Mușet Gheorghe, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Om emerit;
Fiodorova Nina, asistent universitar

Recenzenți:

Gugulan Leonid, doctor în științe medicale, conferențiar universitar;
Morcov Grigore, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Перевод на русский язык:

Федорова Нина Михайловна, ассистент кафедры Дерматовенерологии

Culegerea de teste este adresată studenților, rezidenților, dermatologilor începători, precum și medicilor de familie, acoperind în fond capitolele programului universitar de instruire în domeniul dermatovenerologiei. Lucrarea este concepută în calitate de asistență didactică de inițiere în pregătirea către examenul testat de promovare la dermatovenerologie, precum și de admitere în rezidențiat.

Сборник тестов включает все разделы учебной программы по дерматовенерологии для медицинского университета и предназначен для студентов, резидентов, начинающих врачей-дерматовенерологов, а также семейных врачей. Тесты могут использоваться в качестве исходного методического материала для подготовки к экзамену студентами, а также для врачей при поступлении в резидентуру по дерматовенерологии.

Redactor: *Lidia Căssa*.

Corector: *Nicolae Bătrânu*

Machetare computerizată:

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Bețiu Mircea

Dermatovenerologia în teste = Дерматовенерология в тестах. Ediția a II-a /
Mircea Bețiu, Gheorghe Mușet, Nina Fiodorova; Universitatea de Stat de Medicină și
Farmacie *Nicolae Testemițanu* din Rep.Moldova. Catedra Dermatovenerologie. – Ch.:
Tipografia „Ericon”, 2007. – 240 p.

ISBN 978-9975-9679-4-5

500 ex.

616.5:616.97(679)=135.1=161.1

701291

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
«Nicolae Testemițanu»

Biblioteca Științifică Medicală

File №1

© Tipografia „Ericon”, 2007
© M.Bețiu și alții, 2007

CUPRINS

Anatomia, histologia și fiziologia pielii..... 5

Aspecte de histopatologie și fiziopatologie cutanată..... 13

Diagnosticul dermatologic..... 14

Tratamentul dermatologic..... 24

Piodermitele..... 28

Micozele cutaneo-mucoase..... 33

Epizoonozele (scabia, pediculozele)..... 44

Dermatozele alergice..... 47

Virozele cutanate..... 54

Afecțiunile buloase..... 58

Eritemul polimorf, sindromul Stevens-Johnson..... 62

Afecțiunile micobacteriene..... 63

Toxidermiile, sindromul Lyell..... 67

Dermatozele profesionale..... 69

Psoriazisul. Lichenul plan..... 69

Bolile țesutului conjunctiv..... 75

Manifestările cutanate în insuficiența venoasă cronică..... 80

Genodermatozele..... 82

Tumorile cutanate maligne..... 85

Porfirie cutanată tardivă..... 89

Vasculitele..... 91

Pitiriazisul rozat Gibert..... 94

Rozaceea..... 95

Sindromul seboreic. Acneea vulgară..... 96

Alopecia areata..... 98

Vitiligo..... 100

Sifilisul..... 101

Gonoreea..... 114

Trichomoniza..... 120

Infecțiile urogenitale cu Chlamydia și Mycoplasma..... 122

Infecția HIV..... 124

Cheia testelor..... 235

СОДЕРЖАНИЕ

Анатомия, гистология и физиология кожи.....	127
Патоморфологические изменения в коже.....	134
Основные принципы диагностики болезней кожи.....	135
Основные принципы лечения заболеваний кожи.....	144
Пиодермиты.....	147
Грибковые заболевания кожи.....	152
Эпизоонозы (чесотка, педикулез).....	162
Аллергические дерматозы.....	164
Вирусные заболевания кожи.....	170
Буллезные дерматозы.....	174
Многоформная экссудативная эритема.....	177
Туберкулез кожи. Лепра.....	179
Токсидермии.....	182
Профессиональные дерматозы.....	183
Псориаз. Красный плоский лишай.....	184
Болезни соединительной ткани.....	189
Поражение кожи при хронической венозной недостаточности.....	194
Наследственные дерматозы	195
Злокачественные заболевания кожи.....	198
Поздняя кожная порфирия.....	201
Аллергические васкулиты.....	203
Розовый лишай Gibert.....	205
Розацеа.....	206
Себорея. Вульгарные угри.....	207
Круговидное облысение.....	209
Витилиго.....	210
Сифилис.....	211
Гонорея.....	224
Трихомониаз.....	229
Негонорейные заболевания, мочеполового тракта, обусловленные Chlamydia и Mycoplasma.....	230
Вич-инфекция.....	232
Ответы.....	235

ANATOMIA, HISTOLOGIA ȘI FIZIOLOGIA CUTANATĂ

1. Proveniența embriogenetică a pielii:
 - A. Exclusiv din ectoderm
 - B. Exclusiv din mezoderm
 - C. Exclusiv din endoderm
 - D. Ectoderm și mezoderm
 - E. Mezoderm și endoderm
2. Din ectoderm se formează:
 - A. Dermul și anexele cutanate
 - B. Epidermul și anexele cutanate
 - C. Hipodermul și anexele cutanate
 - D. Exclusiv anexele cutanate
 - E. Epidermul, dermul, hipodermul și anexele cutanate
3. Din mezoderm se formează:
 - A. Exclusiv epidermul
 - B. Exclusiv dermul
 - C. Exclusiv hipodermul
 - D. Epidermul și dermul
 - E. Dermul și hipodermul
4. Din endoderm se formează:
 - A. Epidermul
 - B. Dermul
 - C. Hipodermul
 - D. Anexele cutanate
 - E. Nici unul din cele menționate
5. Originea embriogenetică a melanocitelor:
 - A. Ectoderm de acoperire
 - B. Neuroectoderm
 - C. Mezoderm
 - D. Endoderm
 - E. Nici unul din cele menționate
6. Succesiunea corectă a straturilor epidermului (începând cu membrana bazala):
 - A. Stratul lucid
 - B. Stratul bazal
 - C. Stratul granulos
 - D. Stratul spinos
 - E. Stratul cornos
7. Numărul de rânduri celulare ce formează stratul bazal:
 - A. 1
 - B. 2-3
 - C. 5-10
 - D. 10-15
 - E. 15-20

8. Corneocitele sunt celule nucleate:

- A. Da
- B. Nu

9. Celule rezidente în epiderm:

- A. Keratinocite
- B. Melanocite
- C. Fibroblaști
- D. Celule Langerhans
- E. Celule Merkel

10. Dendrocitele epidermului:

- A. Keratinocitele
- B. Melanocitele
- C. Celulele Langerhans
- D. Celulele Merkel
- E. Mastocitele

11. Cota prezenței epidermice a melanocitelor:

- A. 1-2%
- B. 5-6%
- C. 10-12%
- D. 20-30%
- E. 40-50%

12. Cota prezenței epidermice a celulelor Langerhans:

- A. 1-2%
- B. 3-8%
- C. 10-15%
- D. 20-25%
- E. 40-50%

13. Funcția principală a keratinocitelor stratului bazal:

- A. Senzitivă
- B. Melanogeneză
- C. Excretoare
- D. Germinativă
- E. Secretoare

14. Realizează legăturile intercelulare în stratul bazal al epidermului:

- A. Fibrele de collagen
- B. Fibrele elastice
- C. Desmozomii
- D. Fibrele reticulare
- E. Hemidesmozomii

15. Nu se încadrează în keratogeneză:

- A. Eleidina
- B. Tirozina
- C. Hialina
- D. Keratohialina
- E. Tonofilamentele

16. Nu se încadrează în melanogeneză:

- A. Tirozina
- B. Dihidroxifenilalanina
- C. Acidul arahidonic
- D. Dopa-chinona
- E. Hidro-chinona

17. Funcția celulelor Langerhans:

- A. Senzitivă
- B. Imunologică
- C. Excretoare
- D. Melanogeneză
- E. Keratogeneză

18. Stratul granulos lipsește pe:

- A. Mucoase
- B. Palme și plante
- C. Semimucoase
- D. Patul unghial
- E. Corticala firului de păr

19. Numărul de rânduri celulare ce constituie în mod normal stratul granulos:

- A. 1
- B. 2-3
- C. 4-6
- D. 7-10
- E. 10-14

20. Prezența topografică a stratului lucid:

- A. Față
- B. Bulb pilar
- C. Palme și plante
- D. Patul unghial
- E. Mucoase

21. Stratul conjunctum reprezintă:

- A. Parte a stratului cornos, compactă, aderentă stratului granulos sau lucid
- B. Parte a stratului cornos, superficială, realizează descuamarea fiziologică
- C. Parte a stratului granulos
- D. Parte a stratului spinos
- E. Parte a dermului

22. Stratul disjunctum reprezintă:

- A. Parte a stratului cornos, compactă, aderentă stratului granulos sau lucid
- B. Parte a stratului cornos, superficială, realizează descuamarea fiziologică
- C. Parte a stratului granulos
- D. Parte a stratului spinos
- E. Parte a dermului

23. Prezența topografică maximală a stratului cornos:

- A. Mucoase

- B. Față
- C. Pleoape
- D. Palme și plante
- E. Regiunea interscapulară

24. Membrana bazala reprezintă:

- A. Jonctiunea dintre derm și hipoderm
- B. Jonctiunea dintre epiderm și derm
- C. Jonctiunea dintre epiderm și hipoderm
- D. Jonctiunea dintre hipoderm și țesuturile subiacente
- E. Jonctiunea epidermică intercelulara

25. Structura membranei bazale nu include:

- A. Hemidesmozomi
- B. Desmozomi
- C. Lamina lucida
- D. Lamina densa
- E. Fibre de ancoră

26. Constituenții membranei bazale la microscopul electronic:

- A. Membrană plasmatică
- B. Lamina lucida
- C. Lamina densa
- D. Lamina reticularis
- E. Lamina papilaris

27. Vascularizarea epidermului include:

- A. Doua rețele de vase sanguine (superficială și profundă)
- B. O rețea superficială de vase sanguine
- C. O rețea profundă de vase sanguine
- D. O rețea arcadă vasculară
- E. Nu este vascularizat

28. În epiderm keratina are un conținut crescut de cistină și sulf:

- A. Corect
- B. Incorect

29. Corticala firului de păr și unghii are un conținut redus de cistină și sulf:

- A. Corect
- B. Incorect

30. Stimulează creșterea indicelui mitotic al keratinocitelor:

- A. Estrogenii
- B. Acetilcolina
- C. Prostaglandina F
- D. Adrenalina
- E. Proctaglandina E

31. Straturile anatomice ale dermului:

- A. Papilar
- B. Granular
- C. Reticular

- D. Spinos
- E. Cornos

32. Constituenții histologici ai dermului:

- A. Substanță fundamentală
- B. Keratinozomi (granule lamelare Odland)
- C. Sistem fibrilar
- D. Sistem celular
- E. Sistem desmozomal

33. Sistemul celular normal al dermului nu include:

- A. Fibroblaști
- B. Histiocite
- C. Melanocite
- D. Fibrocite
- E. Mastocite

34. Sistemul fibrilar al dermului nu include:

- A. Substanță fundamentală
- B. Fibre de collagen
- C. Fibre elastice
- D. Fibre de reticulină (argirofile)
- E. Tonofibrile

35. Substanțele sintetizate în mod normal de fibroblaști:

- A. Collagen
- B. Elastină
- C. Hialină
- D. Mucină
- E. Mucopolizaharide

36. Acizii aminați predominanți în fibrele de collagen:

- A. Glicină
- B. Hidroxiprolină
- C. Prolină
- D. Valină
- E. Leicină

37. Fibrele elastice diferă de cele de collagen prin conținutul mult mai redus de hidroxiprolină:

- A. Corect
- B. Incorect

38. Anexele cutanate nu includ:

- A. Glande sebacee
- B. Glande sudoripare
- C. Vase și nervi cutanați
- D. Unghii
- E. Fire de păr

39. Tipul secreției glandelor sudoripare apocrine:

- A. Merocrin

- B. Holocrin
- C. Holomerocrin
- D. Toate cele menționate
- E. Nici unul din cele menționate

40. Tipul de secreție a glandelor sudoripare ecrine:

- A. Merocrin
- B. Holocrin
- C. Holomerocrin
- D. Toate cele menționate
- E. Nici unul din cele menționate

41. Tipul de secreție a glandelor sebacee:

- A. Merocrin
- B. Holocrin
- C. Holomerocrin
- D. Toate cele menționate
- E. Nici unul din cele menționate

42. Ariile cutanate lipsite de glande sudoripare apocrine:

- A. Axile
- B. Regiunea genitală și perigenitală
- C. Regiunea perinală
- D. Regiunea mamelonului
- E. Palme și plante

43. Ariile cutanate lipsite de glande sebacee:

- A. Frunte
- B. Scalp
- C. Torace
- D. Palme și plante
- E. Bărbie

44. Ariile cutanate lipsite de glande sudoripare:

- A. Palme și plante
- B. Glandul penian
- C. Versantul mucos al prepuțului
- D. Labiile mici
- E. Regiunea pubiană

45. Categoriile de păr:

- A. Lanugo
- B. Imago
- C. Velus
- D. Peri intermediari
- E. Peri definitivi (terminali)

Tipul predominant de melanină și culoarea părului respectivă:

- | | |
|-------------------|------------------|
| 46. Eumelanina | A. Roșie |
| 47. Feomelanina | B. Castanie |
| 48. Tricosiderina | C. Galben-roșcat |

Definițiile corespunzătoare ale ciclului pilar:

49. Anagen A. Reducerea activității piloformatoare
50. Catagen B. Dezvoltarea activă pilară
51. Telogen C. Repaus pilar complet
52. Melanina se dezvoltă din tirozină:
 - A. Corect
 - B. Incorect
53. Chalona epidermică reprimă mitozele bazale:
 - A. Corect
 - B. Incorect
54. Stimulează epidermopoieza:
 - A. Androgenii
 - B. Corticosteroizii
 - C. Hormonii tiroidieni
 - D. Extractele de timus
 - E. Vitamina D
55. Inhibă melanogeneza:
 - A. Cortizonul
 - B. Hormonii tiroidieni
 - C. Prolactina
 - D. Aldosteronul
 - E. Estrogenii și androgenii
56. Stimulează pigmentogeneza:
 - A. Vit. C, B1
 - B. Hidrochinona
 - C. Cuprul
 - D. Arsenicul
 - E. Radiațiile ionizante și cele termice
57. Secreția sebacee este inhibată de estrogeni:
 - A. Corect
 - B. Incorect
58. Androgenii stimulează pilogeneza la nivelul părții păroase a capului:
 - A. Corect
 - B. Incorect
59. Androgenii inhibă pilogeneza la nivelul bărbii și trunchiului:
 - A. Corect
 - B. Incorect
60. Limfocitele nu se găsesc în mod normal la nivelul epidermului:
 - A. Corect
 - B. Incorect
61. Funcțiile epidermice specifice (proprie numai epidermului):
 - A. Keratogeneza

- B. Melanogeneză
- C. Termoreglare
- D. Plasticitate
- E. Neurovasculară

62. Funcțiile dermice specifice (proprie numai dermului):

- A. Rezistență (tensiune cutanată)
- B. Elasticitate
- C. Plasticitate
- D. Keratogeneză
- E. Melanogeneză

63. Manifestările histologice de îmbătrânire a pielii:

- A. Îngroșarea epidermului
- B. Subțierea fibrelor de collagen
- C. Subțierea fibrelor elastice
- D. Scăderea epidermopoeziei
- E. Diminuarea rețelei vasculare

64. Aparatul secretor al pielii:

- A. Glande sebacee
- B. Glande Meibomius
- C. Glande Tyson și Montgomery
- D. Glande Littre
- E. Glande sudoripare

65. Conținutul normal al sudorii:

- A. Uree
- B. Acid lactic
- C. Colesterol
- D. Apă
- E. NaCl

66. Conținutul normal al sebumului:

- A. Trigliceride
- B. Acizii grași liberi
- C. Glucide
- D. Colesterol
- E. Squalen

67. Filmul hidrolipidic cutanat are un pH bazic:

- A. Corect
- B. Incorect

68. Structurile anatomice responsabile de senzațiile tactile și presiune (mecanorecepție):

- A. Corpusculi Krauze
- B. Corpusculi Ruffini
- C. Corpusculi Meissner
- D. Discuri și celule Merkel
- E. Corpusculi Pacini

69. Structurile anatomice cutanate responsabile de senzațiile termice:

- A. Corpusculi Meissner
- B. Corpusculi Ruffini
- C. Corpusculi Krause
- D. Discuri și celule Merkel
- E. Corpusculi Pacini

ASPECTE DE HISTOPATOLOGIE ȘI FIZIOPATOLOGIE CUTANATĂ

Termenii și definițiile histopatologice corespunzătoare:

- | | |
|-------------------|--|
| 70. Acantoză | A. Îngroșare marcată a stratului cornos |
| 71. Acantoliză | B. Keratinizare incompletă |
| 72. Spongioză | C. Alterare a coeziunii intercelulare epidermice |
| 73. Hiperkeratoză | D. Îngroșare a stratului spinos |
| 74. Parakeratoză | E. Distensie patologică a spațiilor intercelulare cu edem intercelular |

Termenii și definițiile histopatologice corespunzătoare:

- | | |
|------------------------------|---|
| 75. Degenerescentă hidropică | A. Îngroșare patologică a stratului granulos |
| 76. Cariorexis | B. Apariție a unui material omogen, eozinofil, strălucitor în dermul superficial |
| 77. Granulom | C. Dezintegrare a nucleelor celulare |
| 78. Hipergranuloză | D. Vacuolizare a celulelor stratului bazal |
| 79. Degenerescenta hialina | E. Inflamație cronică cu aglomerări în special de limfocite, macrofage, celule gigante Langerhans |

80. Procesele de histopatologie epidermică:

- A. Hiperkeratoză
- B. Infiltrate inflamatorii acute și cronice
- C. Acantoliză
- D. Acanțoză
- E. Papilomatoză

81. Procesele de histopatologie dermică:

- A. Inflamație granulomatoasă
- B. Diskeratoză
- C. Papilomatoză
- D. Spongioză
- E. Hipergranuloză

82. Histopatologia acantozei:

- A. Îngroșare a stratului spinos
- B. Keratinizare incompletă cu păstrarea nucleelor în celulele cornoase
- C. Alterare a coeziunii intercelulare epidermice
- D. Îngroșare marcată a stratului cornos
- E. Edem intercelular (spinos/granulos)

83. Histopatologia acantolizei:

- A. Îngroșare a stratului spinos
- B. Keratinizare incompletă cu păstrarea nucleelor în celulele cornoase
- C. Alterare a coeziunii intercelulare epidermice
- D. Îngroșare marcată a stratului cornos

E. Edem intercelular (spinos/granulos)

84. Hiperkeratoza ortokeratozică reprezintă creșterea numărului de celule cornoase incomplet maturate:

A. Corect

B. Incorect

85. Hiperkeratoza parakeratozică reprezintă creșterea numărului de celule cornoase normal maturate:

A. Corect

B. Incorect

DIAGNOSTICUL DERMATOLOGIC

86. Leziunile elementare primare:

A. Maculă

B. Papulă

C. Eroziune

D. Pustulă

E. Urtică

87. Leziunile elementare primare:

A. Nodul

B. Tubercul

C. Exulcerație

D. Bulă

E. Veziculă

88. Leziunile elementare primare:

A. Lichenificare

B. Pustulă

C. Fisură

D. Crustă

E. Urtică

89. Leziunile elementare primare infiltrative:

A. Veziculă

B. Papulă

C. Nodul

D. Urtică

E. Bulă

90. Leziunile elementare primare exudative:

A. Maculă

B. Urtică

C. Tubercul

D. Bulă

E. Pustulă

91. Leziunile elementare primare cavitare:

A. Pustulă

B. Veziculă

- C. Bulă
- D. Urtică
- E. Papulă

92. Leziunile elementare secundare:

- A. Fisură
- B. Ulcerație
- C. Purpură
- D. Telangiectazie
- E. Lichenificare

93. Leziunile elementare secundare:

- A. Papulă
- B. Pustulă
- C. Eroziune
- D. Crustă
- E. Scuamă

94. Leziunile elementare secundare:

- A. Nodozitate
- B. Vegetație
- C. Cicatrice
- D. Excoriație
- E. Tubercul

Leziunile elementare primare și definițiile corespunzătoare:

- | | |
|-------------|--|
| 95. Maculă | A. Proeminență cutanată de consistență solidă localizată în epiderm și dermul superficial |
| 96. Papulă | B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, edem circumscris al stratului papilar al dermului |
| 97. Pustulă | C. O arie circumscrisă de tegument cu colorația modificată |
| 98. Urtică | D. O leziune proeminentă, circumscrisă, cavitară, plină de conținut purulent |

Leziunile elementare primare și definițiile corespunzătoare:

- | | |
|-----------------|--|
| 99. Veziculă | A. O formațiune infiltrativă, proeminentă, sediul în hipoderm, poate ulceră, lăsând cicatrici |
| 100. Nodozitate | B. O leziune proeminentă, cavitară, cu conținut serocitrin, localizată intraepidermic |
| 101. Tubercul | C. O leziune elementară, infiltrativă, circumscrisă, proeminentă, sediul în dermul profund, poate ulceră, lăsând cicatrici |
| 102. Bulă | D. O leziune proeminentă, cavitară, cu conținut serocitrin, localizată intra- și sub-epidermal |

Leziunile elementare secundare și definițiile corespunzătoare:

- | | |
|-----------------------|---|
| 103. Maculă secundară | A. Depozite pe suprafața pielii rezultate din uscarea unor serozități existente |
| 104. Scuamă | B. Lipsa de substanță cu traiect liniar, produsă prin grataj |
| 105. Crustă | C. Discromia suprafeței lezionale în urma evoluției leziunilor precedente |

- 106. Fisură D. Depozite de celule corneoase exfoliate
- 107. Excoriație E. Pierdere de substanță liniară, datorată pierderii elasticității cutanate

Leziunile elementare secundare și definițiile corespunzătoare:

- 108. Eroziune A. Repararea unei pierderi de substanță prin țesut conjunctiv de neoformație, fără glande și fire de păr
- 109. Ulcerație B. Excrescențe papilomatoase grupate
- 110. Cicatrice C. Îngroșarea limitată a unei zone de tegument constând în accentuarea desenului cutanat
- 111. Lichenificare D. O pierdere de substanță, care afectează atât epidermul cât și dermul, producându-se cicatrici
- 112. Vegetație E. O pierdere de substanță superficială ce interesează epidermul
- 113. Definiția urticii:
 - A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial
 - B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului
 - C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat
 - D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent
 - E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm
- 114. Definiția bulei:
 - A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial
 - B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului
 - C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat
 - D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent
 - E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm
- 115. Definiția maculei:
 - A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial
 - B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului
 - C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat
 - D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent
 - E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm
- 116. Definiția papulei:
 - A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial
 - B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului

- C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat
- D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent
- E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm

117. Definiția pustulei:

- A. Elevație palpabilă circumscrisă, proeminentă, având caracter infiltrativ, localizată la nivelul epidermului sau dermului superficial
- B. Leziune necavitară, exudativă, proeminentă, ce reprezintă un edem circumscris al stratului papilar al dermului
- C. Modificare circumscrisă a culorii și texturii pielii, lipsind modificarea reliefului cutanat
- D. Leziune cavitară, superficială sau profundă, proeminentă, circumscrisă, cu conținut purulent
- E. Acumulare vizibilă de fluide intra- sau subepidermice, conținut seros sau sero-hemoragic, dimensiunea mai mare de 1 cm

118. Definiția veziculei:

- A. Leziune infiltrativă, necavitară, proeminentă, ce reprezintă un infiltrat dermic profund, cu evoluție, de obicei, spre ulceratie și cicatrici
- B. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid clar, dimensiuni mai mici de 1 cm, localizată exclusiv în epiderm
- C. Leziune infiltrativă fermă, palpabilă, bine delimitată, cu sediul în dermul profund și/sau hipoderm
- D. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid, dimensiuni mai mari de 1 cm, localizată epidermal și/sau subepidermal
- E. Nici una din cele menționate

119. Definiția nodozității (nodus):

- A. Leziune infiltrativă, necavitară, proeminentă, ce reprezintă un infiltrat dermic profund, cu evoluție, de obicei, spre ulceratie și cicatrici
- B. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid clar, dimensiuni mai mici de 1 cm, localizată exclusiv în epiderm
- C. Leziune infiltrativă fermă, palpabilă, bine delimitată, cu sediul în dermul profund și/sau hipoderm
- D. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid, dimensiuni mai mari de 1 cm, localizată epidermal și/sau subepidermal
- E. Nici una din cele menționate

120. Definiția bulei:

- A. Leziune infiltrativă, necavitară, proeminentă, ce reprezintă un infiltrat dermic profund, cu evoluție, de obicei, spre ulceratie și cicatrici
- B. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid clar, dimensiuni mai mici de 1 cm, localizată exclusiv în epiderm
- C. Leziune infiltrativă fermă, palpabilă, bine delimitată, cu sediul în dermul profund și/sau hipoderm
- D. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid, dimensiuni mai mari de 1 cm, localizată epidermal și/sau subepidermal
- E. Nici una din cele menționate

121. Definiția tuberculului:
- A. Leziune infiltrativă, necavitară, proeminentă, ce reprezintă un infiltrat dermic profund, cu evoluție, de obicei, spre ulceratie și cicatrici
 - B. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid clar, dimensiuni mai mici de 1 cm, localizată exclusiv în epiderm
 - C. Leziune infiltrativă fermă, palpabilă, bine delimitată, cu sediul în dermul profund și/sau hipoderm
 - D. Leziune cavitară proeminentă cu conținut fluid, dimensiuni mai mari de 1 cm, localizată epidermal și/sau subepidermal
 - E. Nici una din cele menționate
122. Eritrodermia este o afectare selectivă și parțială a tegumentelor:
- A. Corect
 - B. Incorrect
123. Definiția maculei secundare:
- A. Produs al uscării unui secret sau exudat la suprafața pielii
 - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
 - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
 - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
 - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
124. Definiția excoriației:
- A. Produs al uscării unui secret fluid sau exudat la suprafața pielii
 - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
 - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
 - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
 - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
125. Definiția crustei:
- A. Produs al uscării unui secret fluid sau exudat la suprafața pielii
 - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
 - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
 - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
 - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
126. Definiția fisurii:
- A. Produs al uscării unui secret fluid sau exudat la suprafața pielii
 - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
 - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
 - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
 - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
127. Definiția scuamei:
- A. Produs al uscării unui secret fluid sau exudat la suprafața pielii
 - B. Pierdere de substanță liniară, produsă prin grataj
 - C. Modificări de colorație cutanată produse în rezultatul evoluției leziunilor precedente
 - D. Agregate de celule cornoase exfoliate
 - E. Pierdere de substanță cutanată liniară, consecință de carență a elasticității pielii.
128. Definiția ulceratiei:
- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros

701291

- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

129. Definiția eroziunii:

- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros
- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

130. Definiția cicatricii:

- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros
- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

131. Definiția lichenificării:

- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros
- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

132. Definiția vegetației:

- A. Sechelă cutanată rezultată prin substituirea zonei afectate cu țesut fibros
- B. Excrescențe papilomatoase grupate
- C. Îngroșarea epidermului (uneori și a dermului) cu accentuarea cadrilajului normal al pielii
- D. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime nu depășește membrana bazală și se vindecă fara cicatrici
- E. Leziune cu pierdere de substanță, a carei adâncime depășește membrana bazală și se vindecă, de obicei, cu cicatrici

133. Dermatozele cu leziuni primare de macule:

- A. Vitiligo
- B. Pemfigus
- C. Vasculite alergice

- D. Ihtioză vulgară
 - E. Pitiriazis versicolor
134. Dermatozele cu eventuale eritrodermii în evoluția clinică:
- A. Psoriazis
 - B. Sifilis
 - C. Limfom cu celule T
 - D. Ihtioză vulgară
 - E. Toxidermii post-medimentoase
135. Dermatozele cu leziuni primare de papule:
- A. Eritem nodos
 - B. Psoriazis
 - C. Eritasmă
 - D. Lichen plan
 - E. Verucă vulgară
136. Dermatozele cu leziuni primare de pustule:
- A. Vegetații veneriene
 - B. Sicozis vulgar
 - C. Pitiriazis rozat Gibert
 - D. Acnee vulgară
 - E. Sicozis tricoftic
137. Pustulele pot fi sterile (fără floră microbiană):
- A. Corect
 - B. Incorrect
138. Dermatozele cu leziuni primare de tubercule:
- A. Eritem polimorf
 - B. Lupus vulgar
 - C. Lupus eritematos
 - D. Lepră
 - E. Sifilis
139. Dermatozele cu leziuni primare de nodozități:
- A. Eritem nodos
 - B. Purpură Henoch-Schonlein
 - C. Tricoftie antropofilă
 - D. Lepră
 - E. Sifilis terțiar
140. Dermatozele cu leziuni primare de vezicule:
- A. Rozacee
 - B. Eczemă
 - C. Herpes simplex
 - D. Pitiriazis rozat Gibert
 - E. Dermatită herpetiformă Duhring
141. Dermatozele cu leziuni primare de bule:
- A. Sindrom Stevens-Johnson
 - B. Psoriazis

- C. Sindrom Lyell
- D. Pemfigus vulgar
- E. Porfirie cutanată tardivă

142. Dermatozele cu leziuni primare de plăci urticariene (urtici):

- A. Dermatită de contact (urzică)
- B. Epidermoliză buloasă
- C. Angioedem Quincke
- D. Dermografism în parasimpaticotonie
- E. Lupus eritematos discoidal

143. Dermatozele manifestând și plăci urticariene:

- A. Toxidermie
- B. Psoriazis
- C. Lupus eritematos de sistem
- D. Dermatita herpetiformă Duhring
- E. Mastocitoza

144. Dermatozele caracterizate prin creșterea periferică și confluența leziunilor:

- A. Sifilis
- B. Psoriazis
- C. Lupus vulgar
- D. Sindromul Lyell
- E. Sindromul Stevens-Johnson

145. Dermatozele caracterizate prin gruparea leziunilor:

- A. Sifilis secundar în primul epizod
- B. Sifilis secundar în recidive
- C. Herpes Zoster
- D. Dermatita herpetiformă Duhring
- E. Pemfigus vulgar

146. Dermatoza cu distribuție dermatomală:

- A. Porfirie cutanată tardivă
- B. Eczemă
- C. Sifilis secundar
- D. Herpes Zoster
- E. Scabie

147. Dermatozele caracterizate prin distribuția lineară a leziunilor:

- A. Herpes zoster
- B. Sclerodermia
- C. Nevii cutanați
- D. Lupus eritematos
- E. Lichen plan

148. Dermatozele cu leziuni situate în “cocardă”:

- A. Eritem polimorf
- B. Microsporia
- C. Favus
- D. Sifilis
- E. Acneea vulgară

149. Dermatozele cu leziuni de tip serpiginos:
- A. Urticaria
 - B. Sifilis terțiar
 - C. Neurodermita
 - D. Porfirie cutanată tardivă
 - E. Rozacea
150. Dermatoza cu leziuni grupate în “perechi”:
- A. Pediculoză
 - B. Sclerodermie
 - C. Scabie
 - D. Rozacee
 - E. Psoriazis
151. Dermatozele cu leziuni monomorfe:
- A. Dermatită herpetiformă Duhring
 - B. Psoriazis vulgar
 - C. Eritem polimorf
 - D. Arteriolita alergică Ruiters
 - E. Vitiligo
152. Leziunile monomorfe nu sunt caracteristice pentru:
- A. Urticarie
 - B. Veruci vulgare
 - C. Lichen plan
 - D. Dermatită atopică
 - E. Eczemă microbiană
153. Dermatozele cu polimorfism veridic:
- A. Dermatită herpetiformă Duhring
 - B. Vitiligo
 - C. Eczemă
 - D. Psoriazis pustulos
 - E. Lichen plan
154. Leziunile veridic polimorfe nu sunt caracteristice pentru:
- A. Eritem exudativ
 - B. Rozacee
 - C. Pemfigus vulgar
 - D. Pitiriazis versicolor
 - E. Eczemă
155. Dermatozele cu reacția izomorfică Köbner pozitivă:
- A. Pemfigus vulgar
 - B. Sclerodermie
 - C. Psoriazis
 - D. Scabie
 - E. Lichen plan
156. Obiectivează pruritul:
- A. Fisura

- B. Ulcerația
 - C. Eroziunea
 - D. Excoriația
 - E. Semnul Auspitz
157. Pruritul nu este caracteristic pentru:
- A. Psoriazis
 - B. Prurigo
 - C. Sclerodermie
 - D. Micozis fungoid
 - E. Dermatita atopică a adultului
158. Pruritul este caracteristic pentru:
- A. Pitiriazis rozat Jibert
 - B. Eczema microbiană
 - C. Eczema varicoasă
 - D. Lichen plan
 - E. T-limfom
159. Afecțiunile cu interesare comună a comisurii bucale (perleș, cheilită angulară):
- A. Candidoză
 - B. Streptodermie
 - C. Stafilodermie
 - D. Herpes simplex labial
 - E. Herpes Zoster
160. Afecțiunile cu interesare comună a mucoaselor:
- A. Ihtioza vulgară
 - B. Sindrom Stevens-Johnson
 - C. Pemfigus seboreic
 - D. Lichen plan
 - E. Psoriazis
161. Afecțiunile cu interesare predominantă a suprafețelor extensorii ale extremităților:
- A. Lupus vulgar
 - B. Psoriazis
 - C. Ihtioză vulgară
 - D. Rozacee
 - E. Eritem polimorf
162. Afecțiunile cu interesare predominantă a pliurilor:
- A. Ihtioza vulgară
 - B. Ihtioza congenitală
 - C. Dermatită atopică
 - D. Porfirie cutanată tardivă
 - E. Pemfigus vegetant
163. Afecțiunile cu interesare unghială comună:
- A. Microsporie
 - B. Tricofiție cronică
 - C. Pitiriazis versicolor
 - D. Lichen plan

- E. Psoriazis
164. Afecțiunile cu alopecii non-cicatriciale:
- A. Microsporie
 - B. Sclerodermie
 - C. Kerion Celsi
 - D. Seboree
 - E. Sifilis secundar
165. Alopeciile cicatriciale:
- A. Areata
 - B. Lupică
 - C. Favică
 - D. Sifilitică
 - E. Androgenică
166. Afecțiunile cu secreție cutanată glandulară redusă:
- A. Ihtioză
 - B. Sclerodermie
 - C. Seboree
 - D. Dermatită atopică
 - E. Micoze
167. Afecțiunile cu eritrodermizare comună:
- A. Sifilis
 - B. Psoriazis
 - C. Eczemă
 - D. Sindrom Lyell
 - E. Sindrom Stevens-Johnson

TRATAMENTUL DERMATOLOGIC

168. Citostaticele de uz dermatologic:
- A. Prospidină
 - B. Metotrexat
 - C. Metoxalen
 - D. Indometacină
 - E. Ciclofosfan
169. Antimicoticele de uz dermatologic:
- A. Amfotericină B
 - B. Ciclosporină A
 - C. Astemizol
 - D. Ketoconazol
 - E. Grizeofulvină
170. Ketoconazolul are un efect hepatotoxic:
- A. Corect
 - B. Incorect

171. Ketoconazolul posedă o acțiune antiandrogenă minoră:
A. Corect
B. Incorect
172. Medicația topică antimicrobiană:
A. Bacitracină
B. Mupirocină
C. Terbinafină
D. Zidovudină
E. Polimixină
173. Medicația antivirală de uz dermatologic:
A. Valaciclovir
B. Vancomicină
C. Aciclovir
D. Aceclidină
E. Acitretin
174. Antipaludicele de sinteză de uz dermatologic:
A. Clorhexidină
B. Clorochină
C. Hidroxiclorochina
D. Hidroxizină
E. Diaminodifenilsulfonă
175. Reacțiile adverse la utilizarea antipaludecelor de sinteză:
A. Fotosensibilizare
B. Retinopatie
C. Toxidermii lichenoidale
D. Prurit generalizat
E. Anemie hemolitică și agranulocitoză
176. Medicația topică antiinflamatoare nesteroidiană:
A. Piroxicam
B. Meloxicam
C. Indometacină
D. Indigo-carmină
E. Acid salicilic
177. Medicația antiinflamatoare cu dermatocorticoizi:
A. Triamconolon
B. Betametazonă
C. Itraconazol
D. Clobetazol
E. Mebendazol
178. Reacțiile adverse la utilizarea dermatocorticoizilor:
A. Hipotricoză
B. Atrofie cutanată
C. Suprainfectare bacteriană și micotică
D. Inhibarea funcției suprarenalelor
E. Hiperpigmentație

179. Pe față este preferabilă utilizarea pomezilor cu dermatocorticoizi de potență înaltă:
- A. Corect
 - B. Incorrect
180. Dermatocorticoizii cu activitate antiinflamatorie puternică și foarte puternică:
- A. Clobetazol propionat
 - B. Betametazonă dipropionat
 - C. Hidrocortizon acetat
 - D. Mometazonă furoat
 - E. Triamcinolon
181. Dermatocorticoizii cu activitate antiinflamatoare modestă și moderată:
- A. Prednisolon acetat
 - B. Diflucortolonă valerat
 - C. Fluticazonă propionat
 - D. Betametazonă dipropionat
 - E. Dexametazonă
182. Retinoizii aromatici – derivați ai vitaminei:
- A. E
 - B. D
 - C. C
 - D. B
 - E. A
183. Retinoizii sintetici de uz dermatologic:
- A. Tretinoin
 - B. Etreinat
 - C. Acitretin
 - D. Izotretinoin
 - E. Isoniazid
184. Reacțiile adverse la utilizarea sistemică a retinoizilor sintetici:
- A. Teratogenitate
 - B. Hipersecreție a glandelor sudoripare și sebacee
 - C. Hipertricoză
 - D. Hipertensiune intracraniană
 - E. Perturbări hepatice și lipidice
185. Antihistaminicele de uz dermatologic:
- A. Tiosulfat de sodiu
 - B. Clemastină
 - C. Clorură de calciu
 - D. Loratadină
 - E. Cetirizină
186. Hiposensibilizantele de uz dermatologic:
- A. Budesonidă
 - B. Gluconat de calciu
 - C. Hexaclorciclohexan
 - D. Tiosulfat de sodiu

E. Ciclopirox

187. Imunostimulatoarele de uz dermatologic:

- A. Levodopa
- B. Levamisol
- C. Astemizol
- D. Isoprinosină
- E. Interferonii

188. Medicația topică antiparazitară:

- A. Iodură de potasiu
- B. Sulfur precipitat
- C. Cloramfenicol
- D. Crotamiton
- E. Hexaclorociclohexan

189. Medicația astringentă și antiseptică în comprese umede:

- A. Rivanol
- B. Sulfat de zinc
- C. Cignolin
- D. Tanin
- E. Podofilină

190. Medicația topică cu coloranți anilini:

- A. Nitrat de argint
- B. Albastru de metil
- C. Violet de gențiană
- D. Fucsină bazică
- E. Tinctura de iod

191. Medicația keratolitică topică:

- A. Acid salicilic
- B. Acidul paraminobenzoic
- C. Rezorcină
- D. Ureea
- E. Acid lactic

192. Medicația topică reductoare (keratoplastică)

- A. Oleum cadini
- B. Oleum zinci
- C. Ihtiol
- D. Gudron de ulei
- E. Cignolin

193. Medicația topică fotoprotectoare:

- A. Oxipsoralen
- B. Acid paraminobenzoic
- C. Acid tricloracetic
- D. Bromhidrat de chinină
- E. Antipirină

Formele farmacologice și definițiile corespunzătoare:

- 194. Paste A. Amestecuri de substanțe lichide în care se introduc diverse substanțe active solubile sau insolubile sub formă de suspensii
- 195. Creme B. Un amestec în părți egale de pudre și grăsimi cu efect protector, sicativ și calmant
- 196. Loțiuni C. Topice de consistență moale bazate pe excipienți grași
- 197. Pudre D. Amestecuri de grăsimi hidrofile cu apă sau soluții apoase cu efect emolient, calmant și răcoritor
- 198. Pomezi E. Un amestec de excipienți pulverulenți cu efect absorbant, sicativ și protector

PIODERMITELE

- 199. Flora normală a tegumentului:
 - A. Staphylococcus epidermidis
 - B. Micrococcaceae
 - C. Difteroizii
 - D. Corynebacterium acnes
 - E. Pseudomonas aeruginosa
- 200. Agenții cauzali în piodermite:
 - A. Staphylococcus aureus
 - B. Streptococcus pyogenes
 - C. Pseudomonas aeruginosa
 - D. Proteus vulgaris
 - E. Trichophyton violaceum
- 201. Maladia cauzată de germeni piogeni:
 - A. Pemfigus vulgar
 - B. Psoriasis
 - C. Porfirie cutanată tardivă
 - D. Sicoză vulgară
 - E. Sicoză parazitară
- 202. Forma foliculară de piodermită:
 - A. Impetigo contagios Tilbury-Fox
 - B. Impetigo Bockhardt
 - C. Intertrigo
 - D. Erizipel
 - E. Ectimă
- 203. Forma nefoliculară de piodermită:
 - A. Impetigo Bockhardt
 - B. Furuncul antracoid
 - C. Furuncul
 - D. Impetigo contagios Tilbury-Fox
 - E. Sicozis vulgar
- 204. Piodermita cu etiologie primară stafilococică:
 - A. Ectimă
 - B. Eritasmă
 - C. Erizipel

- D. Erizipeloid
- E. Furuncul

205. Piodermita cu etiologie primară streptococică:

- A. Furuncul antracoid
- B. Sicozis vulgar
- C. Foliculită superficială
- D. Erizipel
- E. Hidrosadenită

Piodermitele și nivelul corespunzător de afectare primara:

- | | |
|-------------------------|------------------------------------|
| 206. Impetigo contagios | A. Epidermul superficial în pliuri |
| 207. Intertrigo | B. Epidermul superficial |
| 208. Celulită | C. Foliculul pilos |
| 209. Impetigo Bockhardt | D. Dermul |
| 210. Erizipel | E. Hipodermul |

211. Definiția foliculitei:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții, survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

212. Definiția sicozei vulgare:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

213. Definiția furunculului:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

214. Definiția botriomicomului:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

215. Definiția hidrosadenitei:

- A. Maladie supurativă, cronică, granulomatoasă, se întâlnește la imunodeprimați
- B. Inflamație supurativă subacută sau cronică, afectează foliculul pilos în totalitate
- C. Inflamație foliculară profundă, subacută, a bărbii și musteții survenind la bărbatul adult
- D. Afecțiune inflamatorie recurentă a glandelor sudoripare apocrine
- E. Infecție foliculară și perifoliculară cu evoluție spre necroză

216. Definiția impetigo-ului contagios:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
 - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
 - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
 - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
 - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
217. Definiția cheilitei angulare:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
 - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
 - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
 - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
 - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
218. Definiția ectimei:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
 - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
 - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
 - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
 - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
219. Definiția erizipelului:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
 - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
 - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
 - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
 - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
220. Definiția intertrigo-ului:
- A. Infecție streptococică la nivelul comisurilor bucale
 - B. Infecție piogenică profundă a pielii, caracterizată prin formarea de ulcerații acoperite cu cruste presate aderente
 - C. Infecție bacteriană a dermului și țesutului subcutanat superficial, cu margini bine delimitate
 - D. Infecție cutanată superficială buloasă (flictenă)
 - E. Inflamație cu exudație, crustificare și fisuri în profunzimea pliurilor
221. Furunculul antracoid este o formă diseminată de afectare a mai multor foliculi pilo-sebacei
- A. Corect
 - B. Incorect
222. Agentul cauzal primar în erizipel:
- A. Staphylococcus epidermidis

- B. Staphylococcus aureus
 - C. Streptococcus, grup A
 - D. Pseudomonas aeruginosa
 - E. Erysipelotrix insidiosa
223. Piodermitele nefoliculare:
- A. Impetigo Bockhardt
 - B. Furuncul antracoid
 - C. Impetigo contagios Tilbury-Fox
 - D. Impetigo bulos
 - E. Intertrigo streptococic
224. Piodermitele foliculare:
- A. Impetigo contagios Tilbury-Fox
 - B. Impetigo bulos
 - C. Sicoza vulgară
 - D. Ectima
 - E. Furunculul
225. Stafilocociile pielii glabre:
- A. Impetigo
 - B. Pemfigus epidemic al nou-născuților
 - C. Pemfigus vulgar
 - D. Eritrodermia Ritter von Rittersheim
 - E. Eritrodermia Brocq
226. Piodermitele nefoliculare:
- A. Impetigo contagios Tilbury-Fox
 - B. Impetigo bulos
 - C. Sicozis vulgar
 - D. Ectimă streptococică
 - E. Furuncul
227. Agenții cauzali primari în piodermitele foliculare:
- A. Staphylococcus aureus
 - B. Streptococcus pyogenes
 - C. Staphylococcus epidermidis
 - D. Streptococcus viridans
 - E. Staphylococcus albus
228. Piodermitele streptococice:
- A. Furuncul antracoid
 - B. Sicoză vulgară
 - C. Impetigo contagios
 - D. Erizipel
 - E. Ectimă
229. Imunoterapia specifică în stafilodermii:
- A. Anatoxină stafilococică
 - B. Autovaccin
 - C. Vaccin antistafilococic polivalent
 - D. Piroterapie

- E. Autohemoterapie
230. Imunoterapia nespecifică în stafilodermiile cronice:
- A. Vaccin antistafilococic polivalent
 - B. Piroterapie
 - C. Autohemoterapie
 - D. Preparate imunomodulatoare
 - E. Autovaccin
231. Antibioticele de uz topic eficiente în piodermite:
- A. Polimixină
 - B. Mupirocină
 - C. Bacitracină
 - D. Loratadină
 - E. Terbinafină
232. Algoritmul de tratament local în stadiul de infiltrație al furuncului:
- A. Crioterapie
 - B. Keratoplastice
 - C. Curenți de înaltă frecvență
 - D. Dermatocorticoizi
 - E. Comprese umede reci
233. Algoritmul de tratament local la deschiderea furuncului:
- A. Soluții hipertone
 - B. Soluții dezinfectante
 - C. Curenți de înaltă frecvență
 - D. Dermatocorticoizi
 - E. Masaj
234. Algoritmul de tratament local în sicozis vulgar:
- A. Antimicotice
 - B. Antibiotice
 - C. Dermatocorticoizi
 - D. Coloranți anilini
 - E. Keratoplastice
235. Agenții cauzali în piodermite:
- A. Staphylococcus aureus
 - B. Streptococcus pyogenes
 - C. Pseudomonas aeruginosa
 - D. Trichophyton violaceum
 - E. Borrelia burgdorferi
236. Factorii favorizanți în inițierea piodermitelor:
- A. Focare cronice de infecție
 - B. Igienă defectuoasă
 - C. Diabet zaharat
 - D. Malnutriție
 - E. Psoriazis

237. Dermatozele complicate frecvent cu piodermite secundare:
- A. Scabia
 - B. Pediculoza
 - C. Dermatita atopică
 - D. Psoriasisul
 - E. Pemfigusul vulgar
238. Agentul cauzal major în impetigo-ul contagios:
- A. Streptococcus pyogenes
 - B. Escherichia coli
 - C. Staphylococcus aureus
 - D. Proteus vulagris
 - E. Pseudomonas aeruginosa
239. Investigațiile informative în furunculoză:
- A. Imunograma
 - B. Antibiotograma
 - C. Examenul histopatologic
 - D. Coprograma
 - E. Glucoza sângelui

MICOZELE CUTANEO-MUCOASE

240. Keratomicozele:
- A. Rubromicoză
 - B. Pitiriazis versicolor
 - C. Epidermofitie
 - D. Microsporie
 - E. Favus
241. Formele clinice de dermatofitii:
- A. Tinea capitis
 - B. Tinea barbae
 - C. Tinea versicolor
 - D. Tinea cruris
 - E. Tinea pedis
242. Manifestările clinice sugestive pentru tricofitia infiltrativ-purulentă:
- A. Macule inflamatorii cu descuamație furfuracee, fără afectarea părului
 - B. Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
 - C. Plăci alopecice rotunde, bine delimitate, mari, cu suprafața scuamoasă, fenomene inflamatorii variabile, părul rupt la 5-8 mm de la emergență
 - D. Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie având un miros neplăcut comparat cu cel al urinei de șoareci
 - E. Focare infiltrativ-purulente, cu eliminarea firelor de păr, care afectează ariile păroase a scalpului și bărbii
243. Tricofitia infiltrativ-purulentă a scalpului nu se complică cu alopecie cicatricială:
- A. Corect
 - B. Incorect

244. Manifestările clinice sugestive pentru microsporia antropofilă a scalpului:
- A. 1-2 focare mari, delimitate, eritemato-scuamoase, cu hiperkeratoză pronunțată, perii în focar rupți uniform la 5-8 mm de la emergență, se extrag ușor, având un manșon alb la teacă
 - B. Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie, având un miros neplăcut, comparat cu cel de urina de șoareci
 - C. Focare multiple de dimensiuni mici, contur discret, dispuse frecvent la periferia părții piloase a capului. Peri rupți parțial și neuniform la 5-8 mm de la emergență
 - D. Focare infiltrativ-purulente, care afectează ariile păroase a scalpului și bărbii
 - E. Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
245. Manifestările clinice sugestive pentru favusul scalpului:
- A. Macule neinflamatorii, cu descuamație furfuracee, fără afectarea părului
 - B. Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
 - C. Plăci alopecice rotunde, bine delimitate, mari, cu suprafața scuamoasă, fenomene inflamatorii variabile, părul rupt la 5-8mm de la emergență
 - D. Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie, având un miros neplăcut, comparat cu cel al urinei de șoareci
 - E. Focare infiltrativ-purulente, care afectează ariile păroase ale scalpului și bărbii
246. Favusul scalpului netratat nu evoluează spre o alopecie cicatricială:
- A. Corect
 - B. Incorect
247. Manifestările clinice sugestive pentru Tinea cruris (epidermofitia inghinală):
- A. Suprafețe buloase, erodate, cu margini neclare, senzații de arsură
 - B. Suprafețe eritematoase pe trunchi cu contur policiclic constant și descuamare abundentă
 - C. Plăci eritematoase policiclice, delimitate, pruriginoase, contur elevat și creștere periferică
 - D. Suprafețe eritemato-pustuloase în ariile piloase, dureroase
 - E. Plăci eritematoase cu epidermul detașat, albicioas, strict localizate în pliuri
248. Fungii cu artrospori ectotrix "megasporon":
- A. *Trichophyton gypseum*
 - B. *Trichophyton violaceum*
 - C. *Trichophyton verrucosum*
 - D. *Trichophyton tonsurans*
 - E. *Pityrosporum ovale*
249. Manifestările clinice sugestive pentru pitiriazisul versicolor:
- A. Macule neinflamatorii, cu descuamare furfuracee, de culoare pal-roză, cafenie sau albă
 - B. Focare infiltrativ-purulente
 - C. Plăci alopetice rotunde, bine delimitate, cu suprafața scuamoasă, cu fenomene inflamatorii variabile
 - D. Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă pe suprafața căroră se află scuame galbene, în formă de farfurie
 - E. Leziuni dishidroze la nivelul palmelor și plantelor

250. Proba Baltzer în pitiriazisul versicolor este negativă:
 A. Corect
 B. Incorect
251. Agentul patogen al microsporiei antropofile:
 A. *Microsporum lanosum*
 B. *Microsporum gypseum*
 C. *Microsporum ferrugineum*
 D. *Microsporum canis*
 E. *Microsporum supgypseum*
252. Manifestările clinice sugestive pentru microsporia zooantropofilă:
 A. 1-2 focare mari, bine delimitate, eritemato-scuamoase, cu o hiperkeratoză pronunțată. Perii sunt ruși uniform, la 5-8 mm de la emergență
 B. Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie, având un miros neplăcut, comparat cu cel de urina de șoareci
 C. Focare multiple de dimensiuni mici, contur discret, dispuse frecvent la periferia părții piloase a capului. Peri ruși parțial și neuniform la 5-8 mm de la emergență
 D. Focare infiltrativ-purulente, cu eliminarea firelor de păr, care afectează ariile păroase a scalpului și bărbii
 E. Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
253. Microsporia scalpului de regulă nu evoluează spre o alopecie cicatricială:
 A. Corect
 B. Incorect
254. Agentul patogen al epidermofitiei plantare:
 A. *Microsporum audouinii*
 B. *Trichophyton tonsurans*
 C. *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*
 D. *Epidermophyton floccosum*
 E. *Trichophyton verrucosum*
255. Agentul patogen al rubromicozei:
 A. *Trichophyton tonsurans*
 B. *Trichophyton verrucosum*
 C. *Trichophyton purpureum*
 D. *Trichophyton schoenleinii*
 E. *Trichophyton gypseum*
256. Fungii cu artrospori ectotrix "microides":
 A. *Trichophyton gypseum*
 B. *Trichophyton violaceum*
 C. *Trichophyton verrucosum*
 D. *Trichophyton tonsurans*
 E. *Pityrosporum orbiculare*
257. Levurozele:
 A. Tricofitie
 B. Candidoză
 C. Pitiriazis versicolor

- D. Eritrasma
 - E. Criptococoza
258. Țintele biologice ale levurilor:
- A. Pielea
 - B. Mucoasa
 - C. Unghiile
 - D. Organele interne
 - E. Firele de păr
259. Manifestările clinice sugestive pentru tricofitia superficială a scalpului:
- A. Macule neinflamatorii, cu descuamație furfuracee, fără afectarea părului
 - B. Plăci alopecice multiple, în focare mici sau mari, discret scuamoase, cu contur policiclic discret, părul rupt la 0-2 mm de la emergență
 - C. Plăci alopecice rotunde, bine delimitate, mari, cu suprafața scuamoasă, fenomene inflamatorii variabile, părul rupt la 5-8 mm de la emergență
 - D. Leziuni inflamatorii cu evoluție centrifugă, acoperite cu scuame galbene în formă de farfurie având un miros neplăcut comparat cu cel al urinei de șoareci
 - E. Focare infiltrativ-purulente, care afectează ariile păroase a scalpului și bărbii
260. Tricofitia uscată de regulă evoluează spre o alopecie cicatricială:
- A. Corect
 - B. Incorect
261. Agentul patogen al microsporiei zooantropofile:
- A. *Microsporum audouinii*
 - B. *Microsporum ferrugineum*
 - C. *Microsporum canis*
 - D. *Microsporum supragypseum*
 - E. *Microsporum gypseum*
262. Agentul patogen al favusului:
- A. *Trichophyton mentagrophytes*
 - B. *Trichophyton tonsurans*
 - C. *Trichophyton schoenleinii*
 - D. *Trichophyton verrucosum*
 - E. *Epidermophyton floccosum*
263. Agentul patogen comun pentru Tinea cruris:
- A. *Microsporum audouinii*
 - B. *Trichophyton tonsurans*
 - C. *Trichophyton gypseum*
 - D. *Epidermophyton floccosum*
 - E. *Trichophyton verrucosum*
264. Expresiile clinice sugestive pentru Tinea capitis:
- A. Focar de alopecie cu piele intactă
 - B. Focar de alopecie prin ruperea firelor de păr cu piele eritematoasă și scuamoasă
 - C. Focar de alopecie cu cicatrici hipertrofice
 - D. Focar infiltrativ-purulent pseudotumoral, eliminarea perilor și puroiului la presiune
 - E. Focare de alopecie în "luminișuri"

265. Agenții patogeni ai tricofitiei infiltrativ-purulente:
- A. *Trichophyton rubrum*
 - B. *Trichophyton verrucosum*
 - C. *Trichophyton tonsurans*
 - D. *Trichophyton violaceum*
 - E. *Trichophyton gypsum*
266. Pseudomicozele:
- A. Candidoza
 - B. Rubromicoza
 - C. Pitiriazisul versicolor
 - D. Actinomicoza
 - E. Eritrasma
267. Agenții patogeni în tricofitia uscată (superficială):
- A. *Trichophyton gypsum*
 - B. *Trichophyton verrucosum*
 - C. *Trichophyton tonsurans*
 - D. *Trichophyton schoenleinii*
 - E. *Trichophyton violaceum*
268. Microscopia caracteristică pentru pilomicozele dermatofitice:
- A. Celule levurice
 - B. Coci
 - C. Artrospori
 - D. Micelii
 - E. Pseudomicelii
269. Microscopia caracteristică pentru dermatofitiile palmo-plantare:
- A. Micelii scurte
 - B. Micelii lungi
 - C. Pseudomicelii
 - D. Celule levurice
 - E. Spori
270. Țintele de afectare tipică în tricofitia infiltrativ-purulentă:
- A. Palmele
 - B. Plantele
 - C. Ariile bărbii și mustății
 - D. Scalpul
 - E. Patul unghial
271. Țintele de afectare tipică în microsporie:
- A. Partea piloasă a capului
 - B. Plantele
 - C. Palmele
 - D. Pielea glabră
 - E. Unghiile
272. Țintele de afectare tipică în epidermofitia plantară:
- A. Unghiile plantare I și V
 - B. Toate unghiile

- C. Spațiile interdigitale plantare I și IV
 - D. Toate spațiile interdigitale
 - E. Bolta plantară
273. Testele informative în diagnosticul pozitiv de candidoză:
- A. Lampa Wood
 - B. Medii de cultură
 - C. Microscopie
 - D. Biopsie
 - E. Testul Baltzer
274. Mediul comun de probă în identificarea fungilor prin culturi:
- A. Celular McCoy
 - B. Lowenstein-Jensen
 - C. Sabouraud
 - D. PPLO
 - E. Leventhal
275. Antimicoticele sistemice eficiente în dermatofitii:
- A. Natamacină
 - B. Grizeofulvină
 - C. Astemizol
 - D. Kețonazol
 - E. Nistatină
276. Topicele antimicotice:
- A. Clobetazol
 - B. Clotrimazol
 - C. Ketoconazol
 - D. Polimixină
 - E. Terbinafină
277. Sursele esențiale de infectare în trichofitia infiltrativ-purulentă:
- A. Persoana bolnavă
 - B. Bovine
 - C. Pisici
 - D. Câini
 - E. Rozătoare
278. Fungii antropofili:
- A. *Microsporum ferrugineum*
 - B. *Trichophyton schoenleinii*
 - C. *Microsporum canis*
 - D. *Trichophyton rubrum*
 - E. *Trichophyton verrucosum*
279. Fungii zooantropofili:
- A. *Trichophyton violaceum*
 - B. *Epidermophyton floccosum*
 - C. *Trichophyton verrucosum*
 - D. *Microsporum canis*
 - E. *Trichophyton gypsum*

280. Țintele de afectare în dermatofitii:
- A. Mucoasele
 - B. Semimucoasele
 - C. Pielea
 - D. Unghiile
 - E. Părul
281. Fungii dermatofiti:
- A. *Microsporum canis*
 - B. *Trichophyton verrucosum*
 - C. *Sporotrix schenckii*
 - D. *Pityrosporum ovale*
 - E. *Trichophyton purpureum*
282. Materialul biologic de rutină în diagnosticul de laborator al dermatofitiilor:
- A. Eliminările urogenitale
 - B. Sputa
 - C. Firele de păr
 - D. Unghiile
 - E. Scuamele
283. Metodele diagnostice informative în dermatofitii:
- A. Examinare în lampa Wood
 - B. Microscopie
 - C. Medii de cultură
 - D. Citodiagnostic Tzanck
 - E. Diascopie
284. Fungii endotrix:
- A. *Trichophyton gypseum*
 - B. *Trichophyton violaceum*
 - C. *Trichophyton verrucosum*
 - D. *Trichophyton tonsurans*
 - E. *Trichophyton schoenleinii*
285. Fungii ectotrix:
- A. *Microsporum spp.*
 - B. *Trichophyton gypseum*
 - C. *Trichophyton schoenleinii*
 - D. *Trichophyton tonsurans*
 - E. *Trichophyton verrucosum*
286. Micozele profunde:
- A. Micetom
 - B. Cromomicoză
 - C. Candidoză
 - D. Sporoticoză
 - E. Micozis fungoid
287. Agenții patogeni în pitiriazisul versicolor:
- A. *Candida albicans*

- B. *Pityrosporum ovale*
 - C. *Pityrosporum orbiculare*
 - D. *Corynebacterium minutissimum*
 - E. *Malassezia furfur*
288. Metodele diagnostice informative în pitiriazis versicolor:
- A. Microscopie
 - B. Medii de cultură
 - C. Lampa Wood
 - D. Proba cu iod
 - E. Diascopie
289. Țintele de afectare tipică în tricofitia uscată (superficială):
- A. Scalp
 - B. Plante
 - C. Palme
 - D. Unghii
 - E. Pielea glabră
290. Sursele esențiale de infectare în microsporia zooantropofilă:
- A. Copilul bolnav
 - B. Bovine
 - C. Pisici
 - D. Câini
 - E. Rozătoare
291. Formele clinice în epidermofitia plantară:
- A. Verucoasă
 - B. Eritemato-scuamoasă
 - C. Intertriginoasă
 - D. Pustuloasă
 - E. Dishidroxică
292. Micozele cutanate cu fluorescență pozitivă în examenul cu lampa Wood:
- A. Microsporie
 - B. Tricofitie
 - C. Candidoză
 - D. Pitiriazis versicolor
 - E. Favus
293. Țintele de afectare tipică în rubromicoză:
- A. Exclusiv unghiile plantare I și V
 - B. Toate unghiile
 - C. Exclusiv spațiile interdigitale plantare I și IV
 - D. Toate spațiile interdigitale
 - E. Ariile laterale și dorsale ale plantelor
294. Microscopia caracteristică în candidoză:
- A. Micelii (hife)
 - B. Pseudo-micelii (pseudo-hife)
 - C. Artrospori endotrix
 - D. Artrospori ectotrix

- E. Celule levurice înmugurite
295. Formele clinice de candidoză cutanată:
- A. Stomatită
 - B. Intertrigo
 - C. Afectarea palmelor și plantelor
 - D. Balanopostită și vulvovaginită
 - E. Paronihie
296. Formele clinice de candidoză a mucoaselor:
- A. Paronihie
 - B. Balanopostită și vulvovaginită
 - C. Perleș
 - D. Mărgăritărel
 - E. Intertrigo
297. Semnele clinice de candidoză:
- A. Focare hipopigmentate, la periferie fundal hiperpigmentat
 - B. Focare erodate, macerate, la periferie cu epiderm detașat
 - C. Depuneri albicioase, cazeoase, inițial ușor detașabile
 - D. Depuneri membranoase, hemoragice, inițial fixe
 - E. Focare-fiice adiacente
298. Topicele eficiente în tratamentul candidozei:
- A. Cotrimoxazol
 - B. Ketoconazol
 - C. Clotrimazol
 - D. Clobetazol
 - E. Albastru de metilen
299. Preparatele de uz general eficiente în tratamentul candidozei:
- A. Grizeofulvină
 - B. Nistatină 1-2 mln UA/zi
 - C. Fluconazol
 - D. Ketoconazol
 - E. Itraconazol
300. Micozele din grupul dermatofitiilor:
- A. Eritrasma
 - B. Microsporidie
 - C. Tricofitie
 - D. Rubromicoză
 - E. Favus
301. Formele clinice ale rubromicozei:
- A. Plantară
 - B. Palmo-plantară
 - C. Generalizată
 - D. Unghială
 - E. Scalpului

302. Sursele esențiale de infectare în dermatofitii:
- Bolnavi
 - Pisici
 - Câini
 - Bovine
 - Insecte
303. Investigațiile informative în diagnosticul tricofitiei supurative:
- Examen microscopic
 - Însămânțări pe medii de cultură
 - Examen cu lampa Wood
 - Aprecierea fenomenului “faguri de miere”
 - Teste cutanate
304. Antimicoticele sistemice eficiente în pitiriazis versicolor:
- Grizeofulvină
 - Ketoconazol
 - Itraconazol
 - Nistatină 1-2 mln UA/zi
 - Fluconazol
305. Doza zilnică de grizeofulvină eficientă în pilomicoze dermatofitice (mg/kg):
- 10–14
 - 15–25
 - 26–40
 - 41–60
 - 61–100
306. Algoritmul curativ topic în Tinea capitis:
- Keratolitice
 - Tinctură de iod
 - Dermatocorticoizi
 - Antimicotice
 - Keratoplastice
307. Concentrația de KOH pentru realizarea microscopiei directe a dermatofitelor:
- 0,5%
 - 2%
 - 5%
 - 10%
 - 20-40%

Micozele și fluorescența corespunzătoare la examinare cu lampa Wood:

- | | |
|---------------------------------|-------------------|
| 308. Microsporia zooantropofilă | A. Rosu-coral |
| 309. Microsporia antropofilă | B. Galben-verzuie |
| 310. Pitiriazis versicolor | C. Verde-pală |
| 311. Eritasma | D. Lipseste |
| 312. Trichofitie | E. Verde-vie |

313. Specia dominantă de candida în patologia dermatologică:
- Candida krusei
 - Candida stellatoidea

- C. *Candida tropicalis*
- D. *Candida albicans*
- E. *Candida glabrata*

314. *Candida albicans* nu este un saprofit exclusiv pentru:

- A. Cavitataea bucală
- B. Tubul digestiv
- C. Uretră și vezica urinară
- D. Vagin
- E. Pielea sănătoasă

315. Factorii de teren pentru candidoză:

- A. Diabetul zaharat
- B. Contracepția orală
- C. Tetracilinele sistemice
- D. Hipotermia
- E. Gravitatea

316. Debutul tipic al onixisului candidozic:

- A. Baza unghiei
- B. Marginile laterale ale unghiei
- C. Marginile anterioare ale unghiei
- D. Patul unghial
- E. Articulația interfalangiană distală

317. Afectarea comisurii labiale (perleșul) este caracteristică pentru:

- A. Rozacee
- B. Candidoză
- C. Sifilis
- D. Streptodermii
- E. Lupus vulgar

318. Secreția vaginală tipică în vulvovaginita candidozică:

- A. Mucoasă
- B. Purulentă
- C. Brânzoasă
- D. Spumoasă
- E. Hemoragică

319. Pulsurile săptămânale suficiente în puls-terapie cu itraconazol pentru *Tinea unguium* plantară:

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5

320. În puls-terapia cu itraconazol pentru *Tinea unguium* palmară sunt necesare 3 pulsuri săptămânale:

- A. Corect
- B. Incorect

321. Semnele clinice distincte ale sicozisului parazitar (vs. cel vulgar):
- A. Infiltrație mai pronunțată
 - B. Infiltrație mai discretă
 - C. Evoluție acută
 - D. Evoluție recidivantă
 - E. Margine bine delimitată
322. Topicele antimicotice:
- A. Clobetazol
 - B. Clotrimazol
 - C. Betametazonă
 - D. Terbinafină
 - E. Naftifină
323. Derivații imidazolici antimicotici:
- A. Metronidazol
 - B. Clotrimazol
 - C. Ketoconazol
 - D. Bifonazol
 - E. Ciclopiroxolamina
324. Numărul rezultatelor micologice negative necesare pentru controlul vindecării în pilomicoze:
- A. 1
 - B. 2
 - C. 3
 - D. 6
 - E. Nu se apreciază
325. Termenul inițierii controlului de vindecare micologică în pilomicoze:
- A. 1 săptămână
 - B. 2 săptămâni
 - C. 3 săptămâni
 - D. 4 săptămâni
 - E. 6 săptămâni

SCABIA. PEDICULOZA

326. Leziunile patognomonice pentru scabie:
- A. Vezicula perlata
 - B. Urtică
 - C. Scuamă
 - D. Pustulă
 - E. Șanțul acarian
327. Complicațiile frecvente în scabie:
- A. Eczematizare
 - B. Piodermizare
 - C. Vitiligo
 - D. Alopecie
 - E. Hipertricoză

328. Vectorii de transmitere a scabiei umane:
- A. Bolnavi
 - B. Obiecte personale și de anturaj ale bolnavului
 - C. Țânțari
 - D. Muște
 - E. Șoareci
329. Sursele de infectare în pediculoză:
- A. Animale domestice
 - B. Animale casnice
 - C. Animale sălbatice
 - D. Persoane bolnave prin contact direct
 - E. Persoane bolnave prin contact indirect
330. Sugestive în diagnosticul pediculozei pielii capului:
- A. Depistarea paraziților adulți pe scalp
 - B. Prezența ouălor parazitului (lindeni)
 - C. Teste cutanate
 - D. Biopsie cutanată
 - E. Leziuni de impetigo pe scalp
331. Căile de infectare în scabie:
- A. Sexuală
 - B. Directă de contact
 - C. Indirectă de contact
 - D. Aerogenă
 - E. Alimentară
332. Zonele de afectare preferențială în scabie la adulți:
- A. Față și gât
 - B. Spațiile interdegetale ale mâinilor
 - C. Abdomen
 - D. Palme și plante
 - E. Fese și coapse
333. Semnele clinice sugestive pentru scabie:
- A. Papule plate ombilicate
 - B. Șanțul acarian și vezicule perlate
 - C. Prurit sever cu exarcebare nocturnă
 - D. Prurit cu exarcebare la rece
 - E. Semnul Hardi
334. Particularitățile clinice ale scabiei la copii:
- A. Afectarea mucoaselor
 - B. Afectarea facială
 - C. Afectarea palmo-plantară
 - D. Prurit discret sau absent
 - E. Impetiginizare frecventă
335. Semnele clinice sugestive pentru ftiriază pubiană:
- A. Depistarea paraziților adulți și ouă
 - B. Prurit intens

- C. Excoriații, uneori impetiginizate
- D. Vezicule perlate grupate
- E. Macule caerulee

336. Topicele eficiente în tratamentul scabiei:

- A. Crotamiton
- B. Benzoil peroxid
- C. Benzoat de benzil
- D. Sulf precipitat
- E. Lindan

Topicele antiscabiene și concentrațiile corespunzătoare pentru adulți:

- | | |
|-------------------------|-----------|
| 337. Sulf precipitat | A. 20% |
| 338. Benzoat de benzil | B. 60% |
| 339. Lindan | C. 6% |
| 340. Tiosulfat de sodiu | D. 20-33% |
| 341. HCl | E. 1% |

Topicele antiscabiene și concentrațiile corespunzătoare pentru copiii sub 10 ani:

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 342. Sulf precipitat | A. Contraindicat |
| 343. Benzoat de benzil | B. 10% |
| 344. Lindan | C. 3% |
| 345. Tiosulfat de sodiu | D. 30% |
| 346. HCl | E. 10-15% |

347. Formele clinice de pediculoza:

- A. Scalpului
- B. Palmo-plantară
- C. Corpului
- D. Pubiană
- E. Genitală

348. Originea agenților patogeni ai pediculozelor:

- A. Arahnide
- B. Bacterii
- C. Insecte
- D. Viruși
- E. Fungi

349. Agenții patogeni ai pediculozelor:

- A. *Pediculus humanus capitis*
- B. *Phthirus pubis*
- C. *Sarcoptes hominis*
- D. *Pediculus humanus corporis*
- E. *Larva migrans*

350. Complicațiile comune în pediculoza pielii capului:

- A. Piodermite secundare
- B. Alopecie în focare
- C. Descuamarea scalpului
- D. Pete hiperpigmentate pe frunte
- E. Pitiriazis alb

351. Semnele clinice sugestive pentru pediculoza pielii capului:
- A. Depistarea paraziților adulți pe scalp
 - B. Depistarea lindenilor
 - C. Prurit
 - D. Impetiginizare secundară
 - E. Macule cerulee
352. Opțiuni curative eficiente și sigure în pediculoza pielii capului:
- A. Gaz lampant + ulei vegetal 3:1
 - B. Lindan 1% în pudră sau loțiune
 - C. Permetrină sau malathion
 - D. Benzoil peroxid
 - E. Cotrimaxazol oral
353. Algoritmul curativ rațional în pediculoza corporală:
- A. Benzoat de benzil
 - B. Benzoil peroxid
 - C. Antihistaminice
 - D. Anestezice
 - E. Prelucrarea sanitară a veșmintelor
354. Algoritmul curativ în firișca pubiană:
- A. Raderea pilozității pubiene
 - B. Benzoat de benzil
 - C. Benzoil peroxid
 - D. Benzil penicilină
 - E. Lindan
355. Preparatele opționale în tratamentul scabiei:
- A. Hexaclorociclohexan
 - B. Benzpiren
 - C. Benzoat de benzil
 - D. Sulf
 - E. Sulfone

DERMATOZELE ALERGICE

356. Reacțiile de hipersensibilizare (Gell și Coombs) caracteristice pentru eczema alergică de contact:
- A. Tip I
 - B. Tip II
 - C. Tip III
 - D. Tip IV
 - E. Toate cele menționate
357. Semnul histopatologic caracteristic pentru eczema acută:
- A. Acantoză
 - B. Spongioză
 - C. Parakeratoză
 - D. Hiperkeratoză
 - E. Acantoliză

358. Antiinflamatorul nesteroidian preferențial în tratamentul dermatitei atopice:
- A. Meflochină
 - B. Metoxsalen
 - C. Meloxicam
 - D. Clobetazol
 - E. Mebendazol
359. Manifestările clinice sugestive pentru eczema subacută:
- A. Lichenificare
 - B. Veziculație discretă
 - C. Placarde eritematoase acoperite de cruste
 - D. Zemuire pronunțată
 - E. Escaladare rapidă a stadiilor evolutive
360. Declanșatorii non-imunologici ai urticariilor:
- A. Penicilină
 - B. Aspirină
 - C. Co-trimoxazol
 - D. Alcaloizi (morfina, codeina)
 - E. Substanțe radiologice de contrast
361. Reacțiile de hipersensibilizare (Gell și Coombs) implicate în patogenia urticariei:
- A. Tip I
 - B. Tip II
 - C. Tip III
 - D. Tip IV
 - E. Absente (reacții non-imunologice)
362. Mecanismele de realizare a urticariilor imunologice:
- A. IgE dependent
 - B. IgA dependent
 - C. IgG dependent
 - D. IgM dependent
 - E. Complement dependent
363. Concentrația scăzută de AMPc facilitează eliberarea mediatorilor în urticarii:
- A. Corect
 - B. Incorect
364. Concentrația crescută de GMPc nu facilitează eliberarea mediatorilor în urticarii:
- A. Corect
 - B. Incorect
365. Urticariile prin reacții de sensibilizare tip III (Gell și Coombs):
- A. Alimentară
 - B. Colinergică
 - C. Vasculitică (boala serului)
 - D. În boli autoimune
 - E. Factuală (dermografism)

366. Semnele clinice sugestive pentru urticaria acută:
- A. Prurit constant și generalizat
 - B. Urtice
 - C. Persistența erupțiilor timp de 48 ore
 - D. Pusee repetate zilnic pe parcursul a cel mult 4-6 săptămâni
 - E. Testul pozitiv cu metacolină
367. Semnele distinctive ale leziunilor în angioedemul Quincke:
- A. Sunt foarte pruriginoase
 - B. Sunt nedpresibile
 - C. Au limite imprecise
 - D. Nu au tendință de recurență în aceleași regiuni
 - E. Se mențin mai mult de 24 ore
368. Dermografismul tipic în urticarie:
- A. Lipsește
 - B. Alb
 - C. Rosu
 - D. Mixt
 - E. Nici unul din cele menționate
369. Testele utile în diagnosticul urticariei:
- A. Dieta de excludere/reintroducere
 - B. Biopsie cutanată
 - C. Teste cutanate prin scarificare
 - D. Radioalergosorbent test (RAST)
 - E. Teste la fricționare, gheață, caldură, efort, lumină
370. Semnele clinice sugestive pentru dermatita (eczema) de contact simplă (ortoergică):
- A. Apariția leziunilor în rezultatul sensibilizării
 - B. Apariția leziunilor în exclusivitate pe locul acțiunii iritantului
 - C. Creșterea periferică a leziunilor
 - D. Lipsa tendinței de diseminare a leziunilor
 - E. Dispariția leziunilor după încetarea acțiunii iritantului
371. Dermatita de contact simplă (ortoergică) este provocată de alergeni:
- A. Corect
 - B. Incorrect
372. Dermatita de contact alergică apare la prima expunere la alergen:
- A. Corect
 - B. Incorrect
373. Iritanții frecvent implicați în dermatita de contact simplă (ortoergică):
- A. Urzică
 - B. Acizi și baze concentrate
 - C. Polen
 - D. Nichel
 - E. Apa fierbinte
374. Alergenii frecvent implicați în dermatita de contact alergică:
- A. Neomicină, benzocaină

- B. Acizi și baze concentrate
- C. Nichel, crom, cobalt
- D. Parafenilendiamină
- E. Urzică

375. Semnele sugestive pentru dermatita (eczema) de contact alergică:

- A. Apariția leziunilor la prima expunere la alergen
- B. Sensibilizarea de tip întârziat
- C. Sensibilizarea de tip imediat
- D. Tendința leziunilor spre diseminare și creștere periferică
- E. Apariția leziunilor în exclusivitate pe locul acțiunii iritantului

376. Leziunile distinctive pentru eczema acută:

- A. Descuamare
- B. Lichenificare
- C. Eritem
- D. Veziculație
- E. Edem și zemuire

377. Leziunile distinctive pentru eczema cronică:

- A. Placarde infiltrate pruriginoase, bine delimitate
- B. Veziculație
- C. Zemuire
- D. Lichenificare
- E. Descuamare

378. Semnele histopatologice sugestive pentru eczema cronică:

- A. Acantoză
- B. Spongioză
- C. Infiltrat limfocitar perivascular
- D. Hiperkeratoză și parakeratoză
- E. Acantoliză

379. Opțiunile utile de tratament local în eczema cronică lichenificată:

- A. Comprese umede cu soluții dezinfectante
- B. Suspensii uleioase și paste moi
- C. Pomezi cu dermatocorticoizi
- D. Pomezi cu keratoplastice, keratolitice și reductoare slabe
- E. Metoda pansamentelor ocluzive

380. Opțiunile utile de tratament local în eczema acută zemuindă:

- A. Pomezi cu dermatocorticoizi și keratoplastice
- B. Comprese umede cu soluții dezinfectante
- C. Coloranți anilini
- D. Metoda pansamentelor ocluzive
- E. Spray-uri cu dermatocorticoizi

381. Opțiunile utile curative în urticaria acută:

- A. Antihistaminice și hiposensibilizante
- B. Antibiotice
- C. Corticosteroizi
- D. Vitamine grup B

- E. Diuretice
382. Algoritmul medicamentos în angioedemul Quincke al laringelui:
- A. α -adrenoblocatori
 - B. Antihistaminice și diuretice
 - C. Corticosteroizi i.v.
 - D. Adrenalină i.v.
 - E. Perfuzii hidrosaline masive
383. Antibioticele sunt absolut necesare în tratamentul eczemei microbiene:
- A. Corect
 - B. Incorect
384. Semnele clinice sugestive pentru dermatita atopică la adulți:
- A. Prurit intens
 - B. Asociere cu febra de fân
 - C. Afectare preponderent facială
 - D. Dermografism roșu
 - E. Lichenificare pronunțată în pliuri
385. Testele alergologice cutanate *in vivo*:
- A. Epicutan (patch test)
 - B. Prin scarificare (scratch test)
 - C. Cutireacția (prick test)
 - D. Rozetelor (imunocitoaderență)
 - E. Intradermoreacția
386. Opțiunile utile de tratament sistemic în eczema acută:
- A. Infuzii hidrosaline masive
 - B. Citostatice
 - C. Corticosteroizi
 - D. Hiposensibilizante și antihistaminice
 - E. Diuretice
387. Semnele sugestive pentru dermatita atopică:
- A. Antecedente personale sau familiale de atopie
 - B. Eczemă și prurit
 - C. Limfocite Th2 hiporeactive
 - D. Interferon-gama seric crescut
 - E. IgE serice crescute
388. Criteriile diagnostice minore în dermatita atopică:
- A. Sebooree
 - B. Pliul Dennie-Morgan
 - C. Plasa Wickham
 - D. Keratoză pilară
 - E. Xeroză
389. Dermatita atopică este o maladie:
- A. Constituțională
 - B. Cu transmitere autosomal dominantă
 - C. Cu evoluție cronică recidivantă.

- D. Cu hiperproducere de IgA
 - E. Asociată frecvent cu astm bronșic, conjunctivită și rinită alergică
390. Complicațiile caracteristice ale dermatitei atopice:
- A. Infecții cutanate piogene
 - B. Infecții cutanate fungice
 - C. Eczema herpeticum
 - D. Eczema vaccinatum
 - E. Sebooree
391. Opțiunile utile de tratament sistemic în dermatita atopică:
- A. Regim igienico-dietetic
 - B. Antihistaminice
 - C. PUVA-terapie
 - D. Cure prelungite de corticosteroizi
 - E. Enterosorbenți
392. Opțiunile utile de tratament topic în dermatita atopică:
- A. Dermatocorticoizi
 - B. Gudroane
 - C. Soluții alcoolice și săpunuri alcăline
 - D. Benzoat de benzil
 - E. Tacrolimus și Pimecrolimus
393. Semnele sugestive pentru complexul atopic:
- A. Eczemă
 - B. Astm bronșic
 - C. Rinită alergică
 - D. Vasculită alergică
 - E. Conjunctivită alergică
394. Reacțiile de hipersensibilizare (Gell și Coombs) implicate în patogenia dermatitei atopice:
- A. Tip I
 - B. Tip II
 - C. Tip III
 - D. Tip IV
 - E. Absente (reacții non-imunologice)
395. Perturbările imuno-biochimice sugestive pentru dermatita atopică:
- A. Micșorarea IgE serice
 - B. Expansiunea limfocitelor Th2 secretoare de IL-4 și IL-5
 - C. Creșterea limfocitelor Th1 secretoare de interferon-gama
 - D. Micșorarea IgA secretorii
 - E. Scăderea de AMPciclic intracelular
396. Stadiile evolutive în funcție de vârsta ale dermatitei atopice:
- A. Sugarului și copilului mic
 - B. Copilului și adolescentului
 - C. Adultului
 - D. Senilă
 - E. Paraneoplazică

397. Datele sugestive pentru dermatita atopică a sugarului și copilului mic:
- Debut la naștere
 - Aspect de eczemă lichenificată
 - Eritem, edem, veziculație și zemuire
 - Localizare preponderentă pe obraji, menton, frunte
 - Anamneză heredo-colaterală pozitivă
398. Nu este posibilă remiterea spontană a dermatitei atopice a sugarului și copilului mic:
- Corect
 - Inc corect
399. Datele sugestive pentru dermatita atopică a copilului și adolescentului:
- Aspect de eczemă acută
 - Predominanța lichenificării în zonele flexoare
 - Afectare preponderent facială
 - Prurit accentuat
 - Xeroză
400. Datele sugestive pentru dermatita atopică a adultului:
- Aspect de eczemă lichenificată
 - Dermografism roșu
 - Localizare preponderent flexoare și laterocervicală
 - Aspect de neurodermită circumscrișă
 - Prurit intens
401. Criteriile diagnostice majore în dermatita atopică:
- Eczemă cu evoluție cronică și recidivantă
 - Prurit
 - Antecedente personale sau familiale de atopie
 - Xeroză
 - Pitiriazis alb al feței
402. În tratamentul dermatitei atopice sunt de preferat dermatocorticoizii cei mai potenți:
- Corect
 - Inc corect
403. Neurodermita circumscrișă poate fi o manifestare particulară de dermatită atopică:
- Corect
 - Inc corect
404. Succesiunea corectă a stadiilor evolutive în eczemă:
- Veziculație
 - Crustificare
 - Eritematoasă
 - Descuamare
 - Zemuire

Stadiile evolutive ale eczemei și tratamentul local corespunzător:

- | | | |
|------|-------------------------|---|
| 405. | Stadiul de zemuire | A. Dermatocorticoizi, preferențial în creme |
| 406. | Stadiul de crustificare | B. Dermatocorticoizi/keratoplastice, preferențial în pomezi |

- | | | |
|------|--------------------------|---|
| 407. | Stadiul de descumare | C. Suspensii uleioase cu coloranți anilinici, paste moi |
| 408. | Stadiul de lichenificare | D. Compresse umede cu soluții dezinfectante, spray-uri cu dermatocorticoizi |

VIROZELE CUTANATE

409. Originea agentului patogen în molluscum contagiosum:
- Bacterie
 - Fung
 - Virus
 - Protozoar
 - Molusc
410. Opțiunile utile de tratament local în herpes simplex:
- Coloranți anilinici
 - Fluocinolon
 - Aciclovir
 - Clotrimazol
 - Tetraciclină
411. Schimbările histopatologice în veruca vulgară:
- Acantoliză
 - Acantoză
 - Papilomatoză
 - Hiperkeratoză
 - Spongioză
412. Opțiunile utile de tratament sistemic în herpes simplex:
- Grizeofulvină
 - Prednisolon
 - Aciclovir
 - Foscarnet
 - Doxiciclină
413. Constituenții virușilor dermatofili:
- ADN și ARN
 - ADN sau ARN
 - Capsidă
 - Înveliș protido-lipidic
 - Ribozomi
414. Semnele clinice sugestive pentru veruca vulgară:
- Prurit accentuat
 - Evoluție lentă asimptomatică
 - Localizarea preponderentă pe față
 - Papule neinflamatoare
 - Limfadenopatie regională
415. Familia taxonomică pentru veruca vulgară:
- Herpesviridae
 - Papovaviridae

- C. Poxviridae
- D. Parvoviridae
- E. Hepadnaviridae

Papilomavirusurile umane și tabloul clinic corespunzător:

- 416. Verucă vulgară A. Papule epidermice turtite, ferme la palpare, lucide, frecvent localizate pe dosul mâinilor, regiunea cefalică, fața
- 417. Verucă plantară B. Formațiuni papuloase vegetante de consistența moale, frecvent macerate, cu localizare ano-genitală
- 418. Verucă plană C. Formațiuni exofitice, pediculate, de culoarea pielii, localizate mai ales în regiunea cefalică, periorificial, regiunea bărbii
- 419. Verucă filiformă D. Papule rotund-ovalare bine circumscrise, suprafața keratozică, de culoarea pielii sau gri-cenușie, localizate frecvent pe dosul mâinilor/degetelor, subiectiv asimptomatice
- 420. Condilom acuminat E. Papule keratozice plate, înconjurate de un inel cornos, de culoarea pielii, localizate pe zonele de presiune
- 421. Diagnosticul paraclinic informativ pentru papilomavirusurile umane:
 - A. Examenul bacteriologic
 - B. Examenul microscopic
 - C. Examenul histopatologic
 - D. Tehnici biochimice de analiză moleculară
 - E. Reacția de hemaglutinare
- 422. Arealul de cantonare și propagare a virusului varicelo-zosterian:
 - A. Cornurile anterioare medulare
 - B. Nodulii limfatici regionali
 - C. Dermatomele de afectare
 - D. Nervii senzitivi
 - E. Ganglionii senzitivi cranieni sau rahidieni
- 423. Semnele histopatologice sugestive pentru zona zoster:
 - A. Spongioză
 - B. Degenerescență balonizată (hidropică)
 - C. Acantoliză degenerativă
 - D. Acantoză
 - E. Granuloză
- 424. Opțiunile curative utile în mollusum contagiosum:
 - A. Crioterapie cu azot fluid
 - B. Tetraciclina sistemică
 - C. Antivirale sistemice
 - D. Chiuretare și electrocoagulare
 - E. Exprimarea conținutului și prelucrarea cu antiseptice iodate
- 425. Semnele clinice sugestive pentru zona zoster:
 - A. Leziuni asimptomatice subiectiv
 - B. Prurit generalizat
 - C. Plăci eritematoase cu vezicule grupate
 - D. Distribuție dermatomală

- E. Simptom Nicolsky – pozitiv
426. Dermatovirozele:
- A. Veruca vulgară
 - B. Zona zoster
 - C. Condiloame acuminate
 - D. Condiloame late
 - E. Molluscum contagiosum
427. Semnele clinice sugestive pentru herpes simplex:
- A. Senzații de arsură în zona afectată
 - B. Vezicule grupate și eroziuni policiclice
 - C. Localizări muco-cutanate
 - D. Nevralgii postherpetice
 - E. Recurențe frecvente
428. Afecțiunile încadrate în papilomavirusurile umane:
- A. Condiloame late
 - B. Condiloame acuminate
 - C. Nodulii mulgătorilor
 - D. Molluscum contagiosum
 - E. Veruca
429. Afecțiunile încadrate în infecții cu poxvirusuri:
- A. Varicela
 - B. Variola
 - C. Veruca
 - D. Molluscum contagiosum
 - E. Nodulii mulgătorilor
430. Opțiunile curative utile în papilomavirusurile umane:
- A. Acid tricloracetic
 - B. Podofilină și podofilotoxină
 - C. Aciclovir
 - D. Crioterapie
 - E. Ferezol
431. Datele sugestive pentru molluscum contagiosum:
- A. Lipsa senzațiilor subiective
 - B. Papule perlate emisferice ombilicate, de culoarea tegumentului
 - C. Papule plate, poligonale, ombilicate, de culoarea roz-violacee cu luciu specific
 - D. Exprimarea conținutului albicios, grăuncios, format din celule epidermice afectate
 - E. Incidență înaltă la copii și la imunodeprimați
432. Modalitățile de contaminare în molluscum contagiosum:
- A. Contact direct habitual
 - B. Contact indirect
 - C. Contact sexual
 - D. Autoinoculare
 - E. Hemotransfuzii

433. Complicațiile eventuale în zona zoster:
- A. Piodermie secundară
 - B. Nevralgie postherpetică
 - C. Cicatrici hipertrofice și cheloide
 - D. Varicela
 - E. Hipoacuzie și complicații oculare
434. Zona zoster evoluează cu recurențe frecvente:
- A. Corect
 - B. Incorect
435. Opțiunile curative utile în zona zoster:
- A. Repaus
 - B. Antivirale
 - C. Analgetice
 - D. Dermatocorticoizi
 - E. Antiseptice topice
436. Opțiunile curative utile în nevralgia post-herpetică:
- A. Antibiotice
 - B. Analgetice
 - C. Anticonvulsivante
 - D. Corticosteroizi
 - E. Anestezice locale
437. Investigațiile informative în diagnosticul herpes simplex:
- A. Citodiagnostic
 - B. Culturi aceluare
 - C. Imunofluorescență directă
 - D. Microscopie electronică
 - E. Serologie pentru primo-infecție
438. Expresia clinică a primo-infecției în cazul zonei zoster:
- A. Herpes simplex
 - B. Vaccina
 - C. Variola
 - D. Varicela
 - E. Hepatita B
439. Nu este comun pentru zona zoster:
- A. Nevralgie dermatomală preeruptivă
 - B. Vezicule grupate pe un fundal eritematos
 - C. Topografie unilaterală
 - D. Nevralgie postherpetică
 - E. Contagiozitate sporită și recidive frecvente
440. Factorii declanșatori pentru zona zoster:
- A. Corticoterapia sistemică
 - B. Terapia cu citostatice
 - C. Administrarea gamma-globulinelor
 - D. Neoplaziile maligne
 - E. Hipertensiunea arterială

441. Doza nictemerală eficientă de aciclovir în zona zoster:
- A. 100mg x 1/zi
 - B. 200mg x 2/zi
 - C. 400mg x 3/zi
 - D. 600mg x 4/zi
 - E. 800mg x 5/zi
442. Herpes simplex virus tip I se transmite, de regulă, prin contact sexual:
- A. Corect
 - B. Incorect
443. Doza nictemerală eficientă de aciclovir în primo-infecția cu herpes simplex:
- A. 100mg x 2/zi
 - B. 200mg x 2/zi
 - C. 200mg x 3/zi
 - D. 200mg x 4/zi
 - E. 200mg x 5/zi
444. Dermatovirozele cu transmitere sexuală:
- A. Condiloame acuminat
 - B. Herpes simplex
 - C. Molluscum contagiosum
 - D. Herpes Zoster
 - E. Hepatita virală A

DERMATOZELE BULOASE

445. Depozitele dermice de imunoglobuline relevante pentru dermatita herpetiformă Dühring:
- A. IgM
 - B. IgG
 - C. IgE
 - D. IgA
 - E. IgD
446. Leziunea primară tipică pentru pemfigusul vulgar:
- A. Eritem
 - B. Veziculă perlată
 - C. Bulă
 - D. Urtică
 - E. Pustulă
447. Originea dermatitei herpetiforme Dühring:
- A. Bacteriană
 - B. Autoimună/toxico-alergică
 - C. Virotică
 - D. Fungică
 - E. Protozoică
448. Proveniența celulelor acantolitice Tzanck în pemfigusul vulgar:
- A. Strat cornos

- B. Strat spinos
- C. Strat bazal
- D. Dermă
- E. Melanocite

449. Relevanța histopatologică a semnului Nicolsky în pemfigusul vulgar:

- A. Parakeratoză
- B. Acantoză
- C. Spongioză
- D. Acantoliză
- E. Granuloză

450. Sediul clivajului (de formare a bulelor) în dermatita herpetiformă Duhring:

- A. Stratul cornos
- B. Stratul granulos
- C. Membrana bazală și vârful papilelor dermice
- D. Stratul spinos
- E. Stratul reticular al dermei

451. Originea pemfigusului vulgar:

- A. Bacteriană
- B. Virotică
- C. Fungică
- D. Infecțioasă-alergică
- E. Autoimună

452. Depozitele epidermice de imunoglobuline relevante pentru pemfigusul vulgar:

- A. Ig A
- B. Ig G
- C. Ig M
- D. Ig E
- E. Ig D

453. Semnele clinice sugestive pentru pemfigusurile autoimune:

- A. Auspitz
- B. Nicolsky
- C. Baltzer
- D. Asboe-Hansen
- E. Wickham

454. Metodele de efectuare a testului Iadassohn în dermatita herpetiformă Duhring:

- A. Administrarea topică ocluzivă a ung. KI 50%
- B. Badijonarea superficială cu T-rae Iodi 3%
- C. Administrarea soluției de KI 3% per os
- D. Vitro-presiune
- E. Sondă-presiune

455. Tratamentul de întreținere în pemfigusul autoimun:

- A. Prednisolon 20-40mg/zi timp de 1-3 luni
- B. Prednisolon 20-40mg/zi timp de 3-6 luni
- C. Prednisolon 20-40mg/zi timp de 6-12 luni
- D. Prednisolon 20-40mg/zi timp de minimum 5 ani

E. Preparate de Kaliu, Calciu, antacide, anabolice, vitamine

456. Maladiile buloase cu clivaj (de formare a bulelor) suprabazal (în stratul spinos):

- A. Pemfigus foliaceu
- B. Pemfigus vulgar
- C. Pemfigus vegetant
- D. Pemfigoid bulos
- E. Pemfigus seboreic

457. Maladiile buloase cu clivaj (de formare a bulelor) subcorneal (în stratul granulos):

- A. Pemfigus vulgar
- B. Pemfigus foliaceu
- C. Pemfigus vegetant
- D. Pemfigus seboreic
- E. Pemfigoid bulos

458. Leziunile sugestive pentru dermatita herpetiformă Duhring:

- A. Vezicule și bule tensionate
- B. Plăci eritemato-urticariene
- C. Papule
- D. Tuberculi
- E. Nodozități

459. Opțiunile curative utile în dermatita herpetiformă Duhring:

- A. Antimalarice de sinteză
- B. Sulfone, sulfanilamide și corticoizi
- C. Excluderea halogenilor
- D. Antiinflamatoare nesteroidiene
- E. Regim alimentar fără gluten

460. Anamneză sugestivă pentru dermatita herpetiformă Duhring:

- A. Enteropatie
- B. Sensibilizare la polen
- C. Sensibilizare la gluten
- D. Agravare determinată de halogeni
- E. Agravare determinată de alcaline

461. Reperle diferențiale ale pemfigusului foliaceu (vs. vulgar):

- A. Severitate mai pronunțată
- B. Clivaj acantolitic mai superficial
- C. Scume-cruste pluristratificate
- D. Respectarea mucoaselor
- E. Pronostic mai nefavorabil

462. Reperle diferențiale ale pemfigusului vegetant (vs. vulgar):

- A. Localizare preponderentă în pliuri
- B. Clivaj acantolitic (de formare a bulelor) în stratul granulos
- C. Leziuni papilomatoase, succedând veziculo-bule flasce și pustule
- D. Evoluție mai severă
- E. Apariție la indivizi cu o bună reactivitate imună

463. Opțiunile tratamentului de atac în pemfigusul autoimun:
- A. Antibiototerapie prelungită
 - B. Prednisolon în doze medii (40-60mg/zi)
 - C. Prednisolon în doze mari (pană la 3mg/kg/zi)
 - D. Citostatice
 - E. Plasmafereză
464. Testele informative în pemfigusul autoimun:
- A. Medii de cultură
 - B. Citodiagnostic Tzanck
 - C. Lampa Wood
 - D. Imunofluorescența directă și indirectă
 - E. Examen histopatologic
465. Testele informative în dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Eozinofilie în bule și sânge
 - B. Prezența imunofluorescenței granulare de IgA în vârful papilelor dermice
 - C. Prezența imunofluorescenței de IgG în stratul malpighian al epidermului
 - D. Semn Jadassohn – pozitiv
 - E. Semn Nicolsky – pozitiv
466. Semnele clinice sugestive pentru dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Prurit intens
 - B. Eruptii monomorfe
 - C. Eruptii polimorfe
 - D. Gruparea leziunilor
 - E. Eritem adiacent eruptiilor
467. Medicamentele contraindicate în dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Cotrimoxazol
 - B. Dermatocorticoizi fluorinați
 - C. Iodură de potasiu
 - D. Bromuri sedative
 - E. Clorură de calciu
468. Evoluția dermatitei herpetiforme Duhring la vârstnici sugerează un proces paraneoplazic:
- A. Corect
 - B. Incorect
469. Formele clinice ale pemfigusului autoimun:
- A. Vulgar
 - B. Neonatorum
 - C. Vegetant
 - D. Foliaceu
 - E. Seboreic
470. Afectarea mucoaselor este caracteristică pentru dermatita herpetiformă Duhring:
- A. Corect
 - B. Incorect

471. Țintele antigenice ale autoanticorpilor în pemfigusurile autoimune:

- A. Desmogleina I
- B. Desmogleina III
- C. Placoglobulina
- D. Centromer
- E. Nucleu

472. Spectrul anticorpilor circulanți în dermatita herpetiformă Duhring:

- A. Antidesmozomali
- B. Antigliadină
- C. Antireticulină
- D. Anti-topoizomerază
- E. Antiendomisiu

ERITEM POLIMORF

473. Mecanismele fiziopatologice comune implicate în patogenia eritemului polimorf:

- A. Infecțios-alergic
- B. Autoimun
- C. Toxico-alergic
- D. Tumoral
- E. Dismetabolic

474. Formele clinice ale eritemului polimorf minor:

- A. Tuberculoasă
- B. Eritemato-papuloasă
- C. Noduloasă
- D. Veziculo-buloasă
- E. Lichenoidă

475. Semnele clinice sugestive pentru eritemul polimorf minor:

- A. Debut acut
- B. Eruptii eritemato-papuloase și/sau veziculo-buloase cu localizare preponderent acrală
- C. Bule flasce ce apar pe pielea aparent intactă
- D. Evoluție spre vindecare spontană
- E. Caracter și recurente sezoniere

476. Semnele clinice sugestive pentru eritemul polimorf major:

- A. Prodrom febril accentuat
- B. O posibilă afectare respiratorie sau renală
- C. Afectare eroziv-buloasă marcată a mucoaselor și progresivă a pielii
- D. Afectare a peste 50% de suprafeță cutanată
- E. Evoluție spre vindecare spontană

477. Afectarea mucoaselor este obligatorie în eritemul polimorf major:

- A. Corect
- B. Incorect

478. Aspectele de leziuni tipice în eritemul polimorf:

- A. Serpiginos
- B. Anular
- C. Herpetiform
- D. În țintă (în cocardă)

E. Herpes iris

479. Cauza principală a recurențelor în eritemul polimorf minor:

- A. Streptocociile
- B. Stafilocociile
- C. Micozele
- D. Medicamentele
- E. Herpesul simplex

480. Opțiunile curative utile în eritemul polimorf minor:

- A. Antiinflamatoare nesteroidiene
- B. Antibiotice
- C. Hiposensibilizante
- D. Antihistaminice
- E. Corticoizi sistemic în doze mari

481. Sindromul ce reprezintă eritemul polimorf major:

- A. Lyell
- B. Seneer-Usher
- C. Reiter
- D. Stevens-Johnson
- E. Raynaud

482. Opțiunile curative utile în eritemul polimorf major:

- A. Reechilibrare hidroelectrolitică
- B. Sulfonamide
- C. Barbiturice
- D. Corticoterapie în doze mari
- E. Detoxicare

483. Eritemul polimorf minor evoluează spre vindecare spontană:

- A. Corect
- B. Incorect

LEPRA. TUBERCULOZA CUTANATĂ

484. Agentul patogen al leprei:

- A. Bacilul Koch
- B. Bacilul Hansen
- C. Bacilul Calmette-Guerin
- D. Borrelia Burgdorpheri
- E. Haemophilus Ducreyi

485. Leziunea elementară tipică pentru lupusul vulgar:

- A. Papulă
- B. Maculă
- C. Pustulă
- D. Tubercul
- E. Nodozitate

486. Localizarea tipică a scrofulodermei:

- A. Față

- B. Palme și plante
- C. Regiunea cervico-submaxilară
- D. Partea anterioară a gambelor
- E. Regiunea sacrală

487. Localizarea tipică a lupusului vulgar:

- A. Regiunea hipogastrică
- B. Regiunea sacrală
- C. Gambe
- D. Față și gât
- E. Regiunea extensorie a membrelor

488. Leziunea elementară tipică pentru eritemul indurat Basin:

- A. Papulă
- B. Tubercul
- C. Nodozitate
- D. Bulă
- E. Urtică

489. Leziunea elementară tipică pentru scrofulodermă:

- A. Maculă
- B. Papulă
- C. Bulă
- D. Tubercul
- E. Nodozitate

490. Semnele clinice pozitive în lupusul vulgar:

- A. Asboe-Hansen
- B. Pospelov
- C. Jadasson
- D. "Jeulelui de măr"
- E. Nicolsky

491. Nu sunt utile în tratamentul tuberculozei cutanate:

- A. Rifampicina
- B. Penicilina
- C. Isoniazida
- D. Etambutolul
- E. Difenildiaminsulfona

492. Formele polare ale leprei:

- A. Tuberculoidă
- B. "Borderline"-tuberculoidă
- C. "Borderline"
- D. "Borderline"-lepromatoasă
- E. Lepromatoasă

493. Opțiunile curative utile în reacțiile leproase de tip I:

- A. Suspendarea terapiei specifice și imobilizare
- B. Majorarea dozelor curative
- C. Corticoterapie generală adecvată
- D. Chinetoterapie

- E. Citostatice
494. Opțiunile curative utile în reacțiile leproase de tip II:
- A. Suspendarea terapiei specifice și imobilizare
 - B. Majorarea dozelor curative
 - C. Administrarea talidomidei
 - D. Chinetoterapie
 - E. Citostatice
495. În lupusul vulgar consistența leziunilor este dură:
- A. Corect
 - B. Incorect
496. Manifestările clinice sugestive pentru lepra lepromatoasă:
- A. Debut cu pete discrete cu creșterea periferică și evoluție spre formarea nodozităților
 - B. Contagiozitate sporită
 - C. Contagiozitate diminuată sau absentă
 - D. Localizarea frecventă a nodozităților pe față, urechi, frunte, părțile extensorii ale membrelor
 - E. Respectarea viscerală
497. Semnele clinice caracteristice pentru lepra tuberculoidă:
- A. Leziuni unice sau în număr mic dispuse asimetric
 - B. Pete hipopigmentate sau eritematoase cu margini bine delimitate
 - C. Hipostezie (anestezia) tactilă, doloară și calorică a erupțiilor
 - D. Contagiozitate sporită
 - E. Atingeri masive viscerele și ale oaselor
498. Testele diagnostice informative în lepră:
- A. Examen microscopic
 - B. Examen histopatologic
 - C. Teste cu pilocarpină și histamină
 - D. Test cu lepromină
 - E. Însămânțări pe medii de cultură
499. Formele clinice ale tuberculozei cutanate tipice:
- A. Ulceroase (șancru)
 - B. De tip tubercul (lupus)
 - C. Gomoase (scrofuloderma)
 - D. Tuberculide
 - E. Hiperplazice (verucoasă)
500. Formele clinice ale tuberculozei cutanate atipice (tuberculide):
- A. Micropapuloase (lichen scrofulosorum)
 - B. Papuloase (acnitis, folliclis)
 - C. De tip tubercul (lupus)
 - D. Ulceroase (Pautrier)
 - E. Hipodermice (eritem indurat Bazin)
501. Reacția cu lepromină în lepra lepromatoasă este intens pozitivă:
- A. Corect
 - B. Incorect

502. În lepra lepromatoasă afectarea senzitivă debutează cu perturbări ale recepției tactile:
A. Corect
B. Incorect
503. În lepra lepromatoasă erupțiile cutanate sunt precedate de afectarea neurologică senzitivă:
A. Corect
B. Incorect
504. Pentru lepra lepromatoasă nu este caracteristică afectarea organelor interne:
A. Corect
B. Incorect
505. Semnele clinice sugestive pentru lepra nedeterminată:
A. Macule unice depigmentate, dispuse asimetric
B. Leziuni bine delimitate
C. Afectare neurologică senzitivă pronunțată
D. Evoluție posibilă spre formele polare
E. Hipertrofie și indurație ale nervelor periferici
506. Reacția la lepromină este negativă în lepra tuberculoidă:
A. Corect
B. Incorect
507. Preparatele antileprozice:
A. Dapsona
B. Rifampicina
C. Penicilina
D. Tetraciclina
E. Clofazimina
508. Durata tratamentului în lepra lepromatoasă:
A. 1 luna
B. 3 luni
C. 6 luni
D. 1 an
E. 2 ani
509. Durata tratamentului în lepra tuberculoidă:
A. 1 luna
B. 3 luni
C. 6 luni
D. 1 an
E. 2 ani
510. Durata monitorizării post-terapeutice în lepra lepromatoasă:
A. 1 an
B. 2 ani
C. 3 ani
D. 4 ani
E. 5 ani

511. Durata monitorizării post-terapeutice în lepra tuberculoidă:
A. 1 an
B. 2 ani
C. 3 ani
D. 4 ani
E. 5 ani
512. Agentul patogen al tuberculozei cutanate:
A. Bacilul Hansen
B. Bacilul Calmette-Guerin
C. Borrelia Burgdorphi
D. Bacilul Koch
E. Haemophilus Ducreyi
513. Modalitățile de infectare în tuberculoza cutanată:
A. Dintr-o sursă exogenă
B. Dintr-o sursă endogenă
C. Prin autoinoculare
D. Transfuzional
E. Pe cale sexuală
514. Formele clinice de infectare exogenă în tuberculoza cutanată:
A. Lupus vulgar
B. Scrofuloderma
C. Tuberculoza cutanată verucoasă
D. Șancru tuberculos
E. Lichen scrofulosorum
515. Formele clinice de infectare endogenă în tuberculoza cutanată:
A. Tuberculoza miliară acută
B. Tuberculoza verucoasă
C. Șancru tuberculos
D. Lupus vulgar
E. Scrofuloderma
516. Testele de laborator informative pentru tuberculoza cutanată:
A. Examen microscopic
B. Însămânțări pe medii de cultură
C. Examen histopatologic
D. Reacția Mitsuda
E. Inocularea produsului patologic la cobai

TOXIDERMILE, SINDROMUL LYELL

517. Forma clinică comună de toxicodermie medicamentoasă la sulfanilamide:
A. Acnee
B. Urticarie
C. Eritrodermie
D. Eritem fix
E. Veziculație

518. Sindromul de toxicodermie majoră:
- A. Stevens-Johnson
 - B. Senear-Usher
 - C. Lyell
 - D. Graham-Little-Lassueur
 - E. Melkersson-Rosenthal
519. Factorul alimentar declanșează frecvent epidermonecroliza toxică:
- A. Corect
 - B. Incorect
520. Leziunea elementară esențială în epidermonecroliza toxică:
- A. Veziculă
 - B. Pustulă
 - C. Urtică
 - D. Papulă
 - E. Bulă
521. Apariția leziunilor în sindromul Lyell este de regulă precedată de febra:
- A. Corect
 - B. Incorect
522. Eritrodermizarea este caracteristică pentru sindromul Lyell:
- A. Corect
 - B. Incorect
523. Procesul histopatologic caracteristic pentru sindromul Lyell:
- A. Acantoliza autoimună
 - B. Acantoliza toxică
 - C. Acantoză
 - D. Hiperkeratoză
 - E. Hipergranuloză
524. Sediul comun al debutului leziunilor în sindromul Lyell:
- A. Mucoase
 - B. Părțile distale ale membrelor
 - C. Față și cutia toracică
 - D. Scalp
 - E. Părțile de extensie ale membrelor
525. În sindromul Lyell semnele Nicolsky și Asboe-Hansen sunt negative:
- A. Corect
 - B. Incorect
526. Opțiunile curative utile în toxicodermiile postmedicamentoase:
- A. Hiposensibilizare nespecifică
 - B. Hiposensibilizare specifică
 - C. Diuretice
 - D. Purgative
 - E. Enterosorbenți

527. Opțiunile curative utile în sindromul Lyell:
- A. Citostatice
 - B. Corticosteroizi în doze mari cu păstrarea ulterioară a dozei de susținere
 - C. Reechilibrare hidroelectrolitică
 - D. Detoxicare adecvată
 - E. Corticosteroizi în doze medii pe durate scurte

DERMATOZELE PROFESIONALE

528. Dermatozele profesionale provocate de factori chimici:
- A. Erizipeloid Rosenbach
 - B. Scabie cerealieră
 - C. Dermatită/eczemă de contact alergică
 - D. Acnee (foliculită) oleică
 - E. Melanodermie toxică
529. Dermatozele profesionale provocate de factori fizici:
- A. Calozități și clăvuri
 - B. Nodulii mulgătorilor
 - C. Dermatita actinică
 - D. Eritem pernio
 - E. Antrax
530. Dermatozele profesionale provocate de factori biotici:
- A. Acnee (foliculită) clorică
 - B. Erizipeloid Rosenbach
 - C. Sicozis parazitar
 - D. Antrax
 - E. Nodulii mulgătorilor

Dermatoze profesionale și tratamentul corespunzător:

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 531. Nodulii mulgătorilor | A. Antifungice |
| 532. Sicozis parazitar | B. Antibiotice |
| 533. Erizipeloid Rosenbach | C. Antivirale |
| 534. Dermatită de contact | D. Detoxicare |
| 535. Melanodermie | E. Dermatocorticoizi |

PSORIAZIS. LICHEN PLAN

536. Durata medie de realizare a reacției Köbner în psoriazis:
- A. Câteva ore
 - B. 24 ore
 - C. 1-3 zile
 - D. 7-9 zile
 - E. 20-30 zile
537. Testul clinic sugestiv pentru lichenul plan:
- A. Nicolsky
 - B. Jadasson
 - C. Baltzer
 - D. Wickham
 - E. Rumpell-Leede-Konchalovsky

538. Anomalia fiziopatologică esențială responsabilă de leziunile psoriazice:
- A. Distrugerea punților intercelulare
 - B. Degenerescenta colagenului
 - C. Hiperproliferarea keratinocitelor
 - D. Fragilitatea cutanată
 - E. Dereglarea vasculară
539. Semnele clinice sugestive pentru psoriazisul pustulos Barber:
- A. Leziuni eritemato-papulo-pustuloase simetrice palmo-plantare
 - B. Eritrodermie cu apariția numeroaselor pustule pe suprafață
 - C. Alterări de stare generală și homeostază
 - D. Leziunile respectă de obicei degetele
 - E. Evoluție cu pusee și exitus în faza acută netratată
540. Leziunea elementară principală în psoriazis:
- A. Tubercul
 - B. Papulă
 - C. Nodozitate
 - D. Urtică
 - E. Bulă
541. Mecanismul acțiunii curative ale razelor UV în psoriazis:
- A. Inhibiția sintezei de ADN celular
 - B. Scăderea mitozelor keratinocitare
 - C. Efect imunostimulator asupra limfocitelor T
 - D. Efect imunostimulator asupra limfocitelor B
 - E. Efect imunosupresor asupra celulelor Langerhans
542. Testul clinic sugestiv pentru psoriazis:
- A. Nicolsky
 - B. Jadasson
 - C. Auspitz
 - D. Thompson
 - E. Baltzer
543. Datele clinice caracteristice pentru stadiul de stagnare al psoriazisului:
- A. Fenomen Köbner – negativ
 - B. Înălbirea centrală a leziunilor
 - C. Creșterea periferică și confluența leziunilor
 - D. Apariția leziunilor noi
 - E. Scuamele acoperă toată suprafața papulelor
544. Formele clinice ale psoriazisului pustulos:
- A. Palmo-plantară Barber
 - B. Generalizată Barber
 - C. Palmo-plantară Zumbusch
 - D. Generalizată Zumbusch
 - E. Toate cele menționate
545. Opțiunile curative topice utile în stadiul de avansare al psoriazisului:
- A. Ung. Arievidici

- B. Ung. Whitefield
- C. Uree 10-20%
- D. Acid salicilic 1-2%
- E. Dermatocorticoizi

546. Factorii declanșatori de apariție a leziunilor psoriazice:

- A. Litiu și beta-blocante
- B. Keratolitice concentrate
- C. Traumatisme cutanate repetate
- D. Citostatice
- E. Dermatocorticoizi

547. Factorii de eritrodermizare psoriazică secundară:

- A. Corticoizi sistemici
- B. Citostatice sistemice
- C. Antimalarice și săruri de aur
- D. Dermatocorticoizi
- E. Utilizarea intempestivă și/sau exagerată a tratamentului topic

548. Opțiunile terapiei cu retinoizi în psoriazis:

- A. Retinol acetat
- B. Azatioprină
- C. Acitretin
- D. Ciproteron acetat
- E. Tocoferol acetat

549. Semnele clinice sugestive pentru psoriazis în stadiul de avansare:

- A. Fenomen Köbner – pozitiv
- B. Înălbirea centrală a leziunilor
- C. Creșterea periferică și confluența leziunilor
- D. Apariția leziunilor noi
- E. Scramele acoperă toată suprafața papulelor

550. Semnele histopatologice epidermice sugestive pentru psoriazisul vulgar:

- A. Acantoliză
- B. Acantoză
- C. Hiperkeratoză proliferativă
- D. Papilomatoză
- E. Parakeratoză

551. Opțiunile utile de tratament sistemic în lichenul plan:

- A. Corticoterapie în doze de atac și în cure îndelungate
- B. Antihistaminice și sedative
- C. Metronidazol
- D. Antimalarice de sinteză (în caz de evoluție cronică)
- E. Vitamine din grupul A,C,B

552. Topografia preferențială a leziunilor în psoriazisul vulgar:

- A. Scalp
- B. Mucoase
- C. Fețele de flexie ale articulațiilor mari
- D. Fețele de extensie ale articulațiilor mari

E. Regiunea lombo-sacrată

553. Semnele clinice sugestive pentru lichenul plan:

- A. Prurit intens
- B. Leziune papuloasă, proeminentă, hiperkeratozică, asimetrică
- C. Leziune papuloasă, poligonală, ombilicată, cu fațete strălucitoare, de culoare violacee
- D. Leziune maculoasă descuamativă, de culoare roz-roșie, bine delimitată
- E. Atingeri ale mucoasei bucale

554. Topografia preferențială a leziunilor în lichenul plan:

- A. Față
- B. Palme și plante
- C. Fața anterioară a antebrățelor, gambelor, articulației pumnului
- D. Mucoasa bucală
- E. Regiunea lombară

555. Semnele histopatologice sugestive pentru lichenul plan:

- A. Hiperkeratoză cu parakeratoză
- B. Hipergranuloză
- C. Infiltrat limfo-histiocitar dispus "în bandă" în dermul superior
- D. Degenerescență hidropică a stratumului bazal al epidermului
- E. Acantoză neregulată cu aspect "dinți de ferestru"

556. Semnele clinice sugestive de afectare unghială în lichenul plan:

- A. Pterigium unghial
- B. Striații longitudinale
- C. Depresiuni punctiforme
- D. Hiperkeratoză subunghială
- E. Melanonichia longitudinală

557. Semnele clinice sugestive pentru psoriazisul pustulos Zumbusch:

- A. Leziuni eritemato-papulo-pustuloase simetrice palmo-plantare
- B. Eritrodermie cu apariția numeroaselor pustule pe suprafață
- C. Alterări de stare generală și homeostază
- D. Hipocalcemie, hipoalbumemie, VSH crescut
- E. Evoluție cu pusee și exitus în faza acută netratată

558. Pustula spongiformă Kogoj-Lapier în psoriazul pustulos este constituită din monocite:

- A. Corect
- B. Incorect

559. Pustula Kogoj-Lapier în psoriazul pustulos nu este sterilă:

- A. Corect
- B. Incorect

560. Variantele clinice ale lichenului plan:

- A. Verucoasă
- B. Atrofică
- C. Foliculară
- D. Veziculo-buloasă
- E. Numulară

561. Formele clinice ale psoriazisului vulgar:
- Punctată
 - Gută
 - Numulară
 - În placarde
 - Eritrodermică
562. Semnele clinice sugestive pentru psoriazisul artropatic:
- Afectarea articulațiilor interfalangiene distale și proximale
 - Spondilită și sacroileită
 - Prezență de factor reumatoid în sânge
 - Reacția Vaaler-Rouse și latex-testul – negative
 - Distrucție articulară anarhică și hiperproliferație osoasă
563. Opțiunile curative utile pentru psoriazis vulgar în stadiul de avansare:
- Detoxicare
 - Metilxantine (papaverină, teofilină, etc.)
 - Antihistaminice și hiposensibilizante
 - Raze UVB eritematoase
 - Citostatice
564. Citostaticele uzuale administrate în psoriazis:
- Metotrexat
 - Ciprofloxacina
 - Ciproteron
 - Ciclosporină
 - Ciclofosfamidă
565. Opțiunile curative utile pentru psoriazisul vulgar în stadiul stagnare/regresiune:
- Antipaludice de sinteză
 - Piroterapie
 - Corticosteroizi sistemici
 - PUVA-terapie
 - Băi curative
566. Opțiunile topice utile în tratamentul psoriazisului vulgar în stadiul stagnare/regresiune:
- Keratolitice și keratoplastice
 - Cignolin
 - Calcipotriol
 - Lindan
 - Permetrină
567. Turnoverul keratinocitelor în psoriazis este diminuat:
- Corect
 - Încorect
568. Semnele clinice sugestive pentru psoriazisul vulgar:
- Pata de spermanțet
 - Película terminală
 - Auspitz
 - Wickham
 - Köbner

569. Proliferarea celulelor stratului bazal în psoriazis este condiționată de:
- A. Creșterea chalonei epidermale
 - B. Creșterea GMPc și reducerea AMPc
 - C. Scăderea conținutului de poliamine în leziunile psoriazice
 - D. Creșterii activității fosfolipazei C și a calmodulinei
 - E. Acumularea excesivă a LTB₄ și 12HETE
570. Activarea limfocitelor Th1 facilitează proliferarea keratinocitară în psoriazis:
- A. Corect
 - B. Incorect
571. Citokinele limfocitelor T ce stimulează hiperproliferarea keratinocitară în psoriazis:
- A. IFN-gama
 - B. TNF-alfa
 - C. IL-2
 - D. IL-4
 - E. IL-5
572. Citokinele keratinocitelor activate ce mențin hiperproliferarea celulară în psoriazis:
- A. IL-1
 - B. IL-4
 - C. IL-6
 - D. IL-8
 - E. TGF-alfa
573. Semnele histopatologice dermice sugestive pentru psoriazisul vulgar:
- A. Microabscese Munro
 - B. Microabscese Potrier
 - C. Granulom infecțios
 - D. Infiltrat inflamator perivascular
 - E. Papilomatoză
574. Conținutul celular al microabsceselor Munro:
- A. Limfocite
 - B. Plasmocite
 - C. Histiocite
 - D. Neutrofile
 - E. Eozinofile
575. Formele grave (exudative) de psoriazis:
- A. Vulgară
 - B. Artropatică
 - C. Eritrodermică
 - D. Pustuloasă
 - E. Seboreică
576. Succesiunea etapelor de obținere a triadei psoriazice de grataj:
- A. Auspitz
 - B. Pata de spermanțet
 - C. Pelicula terminală

577. Semnele clinice sugestive pentru onicodistrofia psoriazică:
- A. Depresiuni punctiforme
 - B. Onicoliză
 - C. Șanț transversal (linia Beau)
 - D. Pterigium unghial
 - E. Hiperkeratoză subunghială
578. Semnele clinice sugestive pentru eritrodermia psoriazică:
- A. Alterarea stării generale, febrilitate
 - B. Limfadenopatie și prurit intens
 - C. Aspect numular al leziunilor
 - D. Modificări unghiale severe și alopecie difuză
 - E. Tegumente eritematoase, scuamoase, infiltrate, uneori exudative
579. Sediul pustulelor în psoriazis:
- A. Hipoderm
 - B. Derm profund
 - C. Derm papilar
 - D. Epiderm
 - E. Toate cele menționate
580. Fotosensibilizatorii pentru efectuarea PUVA-terapiei în psoriazis:
- A. 5-methoxipsoralen
 - B. 8-methoxipsoralen
 - C. Acid paraaminobenzoic
 - D. Clorochină
 - E. Acid nicotinic
581. Lungimea de undă UVB pentru fototerapie în psoriazis:
- A. 210-230 nm
 - B. 240-280 nm
 - C. 290-320 nm
 - D. 320-400 nm
 - E. 410-450 nm
582. Lungimea de undă UVA pentru PUVA-terapie în psoriazis:
- A. 210-230 nm
 - B. 240-280 nm
 - C. 290-320 nm
 - D. 320-400 nm
 - E. 410-450 nm

LUPUS ERITEMATOS. SCLERODERMIA

583. Originea celulei lupice:
- A. Limfocit
 - B. Polimorfonuclear
 - C. Monocit
 - D. Eozinofil
 - E. Bazofil

584. Antipaludicul de sinteza utilizat în tratamentul lupusului eritematos cronic:
- A. Hidrocortizonă
 - B. Hidroxizină
 - C. Hidroximetilnicotinamidă
 - D. Hidroxocobalamină
 - E. Hidroxiclorochină
585. Semnele clinice sugestive pentru lupusul eritematos cronic discoidal:
- A. Nicolsky
 - B. Besnier-Mescersky
 - C. Asboe-Hansen
 - D. Dopuri keratozice
 - E. Pospelov
586. Formele clinice ale sclerodermiei:
- A. Circumscrișă
 - B. Eritrodermică
 - C. Intertriginoasă
 - D. Numulară
 - E. Difuză
587. Factorii umorali de inducere a celulelor lupice:
- A. Mediatorii mastocitului
 - B. Histamina eozinofilului
 - C. Autoanticorpii antinucleari
 - D. Autoanticorpii anticitoplasmatici
 - E. Frațiile complementului
588. Investigațiile informative în diagnosticul lupusului eritematos cronic discoidal:
- A. Depistarea celulelor lupice circulante
 - B. Examen histopatologic
 - C. Aprecierea complementului seric
 - D. Imunofluorescența directă
 - E. Imunofluorescența indirectă
589. Opțiunile utile de tratament local în lupusul eritematos cronic:
- A. Psoraleni
 - B. Dermatocorticoizi
 - C. Tetraciline
 - D. Fotoprotectori
 - E. Coloranți anilinici
590. Semnele clinice complementare în lupusul eritematos cronic discoidal:
- A. Dereglări de pigmentație (hipo- și hiperpigmentări)
 - B. Excoriații
 - C. Infiltrație
 - D. Telangiectazii
 - E. Lichenificare
591. Localizarea preponderentă a leziunilor în lupusul eritematos cronic discoidal:
- A. Față
 - B. Dosul mâinilor

- C. Pliurile mari
 - D. Scalp
 - E. Regiunea decolteului
592. Semnele clinice cardinale (principale) în lupusul eritematos cronic discoidal:
- A. Infiltrație
 - B. Plăci eritematoase
 - C. Telangiectazii
 - D. Hiperkeratoza foliculară (punctată)
 - E. Atrofie
593. Semnele histopatologice sugestive pentru sclerodermia circumscrisă:
- A. Anexe și folicule cutanate hipertrofiate
 - B. Acantoză
 - C. Omogenizarea fasciculelor colagene
 - D. Subțierea epidermului
 - E. Subțierea pereților vasculari
594. Opțiunile sistemice utile în tratamentul sclerodermiei circumscrise:
- A. Corticosteroizi – în faza de atrofie
 - B. Antibiotice – în faza de edem inflamator și indurație
 - C. Vit E,B6,PP
 - D. Agenți antifibrozanți
 - E. Vasodilatatoare periferice
595. Factorii de inducere sau întreținere a leziunilor de lupus eritematos:
- A. Medicamente
 - B. Infecție bacteriană
 - C. Infecție virală
 - D. Expunere la soare, vânt, frig
 - E. Sensibilizare la gluten
596. Semnele histopatologice caracteristice pentru lupusul eritematos cronic discoidal:
- A. Parakeratoză
 - B. Hiperkeratoză cu dopuri keratozice foliculare
 - C. Hipergranuloză
 - D. Degenerescență hidropică a celulelor stratului bazal
 - E. Infiltrate inflamatorii limfocitare perivascularare în derm
597. Datele de laborator sugestive pentru lupusul eritematos de sistem:
- A. VSH accelerată
 - B. Anemie
 - C. Leucocito- și trombocitopenie
 - D. Hipogamaglobulinemie
 - E. Creșterea complementului seric total
598. Formele clinice ale lupusul eritematos cronic:
- A. Discoidal
 - B. Exudativ
 - C. Diseminat
 - D. Profund
 - E. Eritem centrifug Bielt

599. Formele clinice ale sclerodermiei circumscrise:
- În plăci
 - Liniară
 - Discoidală
 - Gutată (boala petelor albe)
 - Inelară
600. Semnele clinice sugestive pentru lupusul eritematos cronic diseminat:
- Leziuni cu hiperkeratoză pronunțată
 - Leziuni bine delimitate
 - Leziuni cu dimensiuni mici
 - Afectare concomitentă a feței, scalpului, decolteului, dosului mâinilor
 - Afectarea concomitentă a articulațiilor
601. Testele paraclinice informative în diagnosticul lupusului eritematos de sistem:
- Analiză generală a sângelui și la celule LE
 - Imuno-fluorescența indirectă
 - Examen histopatologic
 - Citodiagnostic Tzanck
 - Determinarea dozei eritematoase minime
602. Originea patogenetică a lupusului eritematos:
- Dismetabolică
 - Infecțioasă
 - Neoplazică
 - Autoimună
 - Toxico-alergică
603. Erupțiile pe scalp în lupusul eritematos cronic discoidal se complică cu alopecie cicatricială:
- Corect
 - Incorect
604. Semnele clinice sugestive pentru eritemul centrifug Biett:
- Hiperkeratoză foliculară marcată
 - Atrofie rezultantă
 - Localizare preponderentă pe față
 - Distribuție asimetrică
 - Eritem cu raspandire adiacenta fara senzații subiective
605. Semnele clinice sugestive pentru lupusul eritematos cronic profund:
- Cicatrizare inestetică
 - Infiltrate și nodozități subcutane
 - Ulcerare frecventă
 - Asociere cu forme discoide
 - Localizare submaxilară și cervicală
606. Cea mai frecventă manifestare sistemică a lupusului eritematos de sistem:
- Articulară
 - Renală
 - Pulmonară

- D. Cardiovasculară
- E. Neurologică

607. Cel mai important factor de afectare în prognosticul nefavorabil al lupusului eritematos de sistem:

- A. Pulmonar
- B. Cardiovascular
- C. Gastrointestinal
- D. Renal
- E. Articular

608. Cea mai frecventă cauză a mortalității în lupusul eritematos de sistem:

- A. Corticoterapia
- B. Insuficiența renală
- C. Miopatia
- D. Poliserozita
- E. Agranulocitoza

609. Opțiunile utile de tratament sistemic în lupusul eritematos de sistem:

- A. Antimalarice de sinteză
- B. Citostatice
- C. Fototerapie artificială cu UVB
- D. Corticosteroizi
- E. Grizeofulvină

610. Țintele autoanticorpilor în lupusul eritematos de sistem:

- A. Nucleu
- B. ADN
- C. Desmogleină
- D. Cardiolipină
- E. Plakoglobină

611. Originea patogenetică a sclerodermiei:

- A. Dismetabolică
- B. Infecțioasă
- C. Neoplazică
- D. Autoimună
- E. Toxico-alergică

612. Borelioza poate să condiționeze unele cazuri de sclerodermie circumscrișă:

- A. Corect
- B. Incorect

613. Mecanismele patogenetice de producere a fibrozei în sclerodermie:

- A. Afectare vasculară prin obliterare
- B. Afectare nervoasă prin excitare
- C. Afectarea țesutului conjunctiv lax
- D. Creșterea limfocitelor T helper
- E. Inhibarea fibroblastelor

614. Stadiile evolutive ale sclerodermiei în plăci:

- A. Papuloasă

- Stadiile sclerodermiei circumscrise în plăci și expresia clinică corespunzătoare:
615. Stadiul I A. Indurație
616. Stadiul II B. Atrofie
617. Stadiul III C. Edem inflamator
618. În stadiul de atrofie a sclerodermiei circumscrise în plăci este prezent haloul violaceu periferic:
- A. Corect
- B. Incorect
619. Scleroderma liniară se întâlnește mai des la mături:
- A. Corect
- B. Incorect
620. Sindromul de hemiatrofie facială în cadrul sclerodermiei liniare:
- A. Reiter
- B. CREST
- C. Parry-Romberg
- D. Lyell
- E. Stevens-Johnson
621. Opțiunile utile de tratament local în scleroderma circumscrisă:
- A. Dermatocorticoizi – în stadiul de atrofie
- B. Antibiotice – în stadiul de atrofie
- C. 5-Fluoruracil
- D. Ionizări cu hialuronidază
- E. Heparină

622. Semnele clinice sugestive pentru flebedem:
- A. Debutează tardiv
 - B. Este cianotic, dur, dureros
 - C. Este alb, moale, indolor
 - D. Localizare pe 1/3 inferioară a coapsei
 - E. Se accentuează la căldură și ortostatism
623. Factorii de apariție și de întreținere pentru eczema de stază:
- A. Colonizare bacteriană
 - B. Colonizare cu *Pityrosporum* ovale
 - C. Contact cu secrețiile ulcerului
 - D. Sensibilizare la topicele aplicate
 - E. Flux sanguin diminuat la nivelul membrelor inferioare
624. Constituenți esențiali în mecanismul de instalare a ulcerului venos:
- A. Insuficiența venelor superficiale
 - B. Insuficiența venelor profunde

- C. Insuficiența venelor comunicante
- D. Insuficiența venulelor dermale
- E. Insuficiența arteriolelor dermale

625. Opțiunile curative utile în insuficiența venoasă cronică:

- A. Clinostatism prelungit
- B. Ortostatism prelungit
- C. Conținție elastică
- D. Scleroterapie
- E. Venotonice

626. Opțiunile terapeutice utile în ulcerul venos de gambă:

- A. Antibiotice
- B. Venotonice
- C. Corticoterapie de durată
- D. Diuretice
- E. Aspirină

627. Opțiunile utile de tratament local în ulcerul venos de gambă:

- A. Dezinfectare cu antiseptice
- B. Debridare cu iruxol
- C. Stimularea granulației cu nitrat de argint 25%
- D. Stimularea epitelizării și cicatrizării cu zinc hialuronat 0,2%
- E. Tratament chirurgical (grefare, scleroterapie, stripping)

628. Sindromul algic este mai exprimat în ulcerele venoase vs. cele arteriale:

- A. Corect
- B. Incorect

629. În ulcerul venos de gambă durerea dispare la clinostatism:

- A. Corect
- B. Incorect

630. Cea mai frecventă cauză de apariție a ulcerului membrelor inferioare:

- A. Insuficiența arterială
- B. Insuficiența circulatorie cronică venoasă
- C. Neuropatia diabetică
- D. Infecțiile mixte cutanate ale gambelor
- E. Neoplaziile distructive

631. Manifestările cutanate ale insuficienței venoase cronice:

- A. Limfedem acut
- B. Dermatită ocră și purpurică
- C. Eczemă de stază
- D. Dermohipodermită varicoasă
- E. Ulcer venos

632. Mecanismele de apariție a dermatitei ocre și purpurice varicoase:

- A. Extravazarea eritrocitelor
- B. Extravazarea leucocitelor
- C. Acumulare de Cu și Zn
- D. Acumulare de hemosiderina

- E. Melanogeneză inflamatorie
633. Dermohipodermita varicoasă este un proces de dermoscleroză:
A. Corect
B. Incorect
634. Dermohipodermita varicoasă se manifestă după instalarea ulcerului venos de gambă:
A. Corect
B. Incorect
635. Manifestările clinice caracteristice pentru ulcerul venos de gambă:
A. Margini neregulate
B. Sindrom algic pronunțat
C. Dispariția durerilor în ortostatism
D. Eczematizare adiacentă frecventă
E. Contaminare frecventă cu strepto-stafilococi
636. Metodele clinice de investigare a funcției venoase în insuficiența venoasă cronică:
A. Palparea și măsurarea circumferinței gambelor
B. Percuția și testul tusei
C. Testul Perthes
D. Testul Tredelenburg I-II
E. Testul Rumpell-Leede-Koncealovsky
637. Metodele paraclinice de investigare a funcției venoase în insuficiența venoasă cronică:
A. Flebografie
B. Ultrasonografie Doppler
C. Pletismografie
D. Pulsometrie
E. Capilaroscopie

GENODERMATOZELE

638. Originea nozologică a epidermolizei buloase:
A. Dismetabolică
B. Neuroendocrină
C. Ereditară
D. Infecțioasă
E. Neoplazică
639. Sediul cutanat al clivajului (formarea bulelor) în epidermoliza buloasă simplă:
A. Hipoderm
B. Dermul reticular
C. Dermul papilar
D. Membrana bazală
E. Epiderm
640. Originea nozologică a ihtiozei:
A. Infecțioasă
B. Neuroendocrină
C. Dismetabolică
D. Ereditară

- E. Alergică
641. Sediul cutanat al clivajului (formarea bulelor) în epidermoliza buloasă distrofică polidisplastică:
- A. Hipoderm
 - B. Dermul reticular
 - C. Dermul papilar
 - D. Membrana bazală
 - E. Epiderm
642. Localizarea de elecție ale leziunilor în ichtioza vulgară:
- A. Marele pliuri
 - B. Scalp
 - C. Organe genitale
 - D. Suprafețe extensorii ale membrelor
 - E. Trunchi (mai pronunțat în regiunea sacrală)
643. Semnele clinice sugestive pentru epidermoliza buloasă simplă:
- A. Apariția bulelor în zonele supuse traumatismului
 - B. Apariția cicatricilor reziduale
 - C. Prezența miliumului
 - D. Simptom Nicolsky – negativ
 - E. Absența modificărilor dentare, ale unghiilor și părului
644. Semnele clinice sugestive pentru epidermoliza buloasă distrofică hiperplastică (jonțională):
- A. Apariția bulelor tensionate spontane și traumatice
 - B. Afectarea mucoaselor
 - C. Absența miliumului
 - D. Absența modificărilor dentare, ale unghiilor și părului
 - E. Prezența cicatricilor reziduale, inclusiv celor cheloide
645. Formele clinice ale epidermolizei buloase:
- A. Simplă
 - B. Vulgară
 - C. Distrofică hiperplastică (jonțională)
 - D. Distrofică polidisplastică
 - E. Congenitală
646. Semnele clinice sugestive pentru epidermoliza buloasă distrofică polidisplastică:
- A. Bule exclusiv traumatice
 - B. Afectarea mucoaselor
 - C. Anomalii dentare și unghiale
 - D. Cicatrici deformante, milium, mutilații
 - E. Semn Nicolsky – negativ
647. Opțiunile curative utile în ichtioza vulgară:
- A. Citostatice
 - B. Vitamina A
 - C. Acitretin
 - D. Keratolitice
 - E. Emoliente

648. Formele clinice ale ichtiozei vulgare:
- A. Eritrodermică
 - B. Simplă
 - C. Sauriană
 - D. Histrix
 - E. Xerodermă
649. Opțiunile curative utile în epidermoliza buloasă:
- A. Keratolitice
 - B. Ciclosporină și retinoizi aromatici
 - C. Vitaminoterapie E,A,B,C,PP
 - D. Corticoterapie
 - E. Inhibitori ai collagenazei
650. Formele clinice de ichtioză:
- A. Vulgară
 - B. Distrofică
 - C. Lincată de sex
 - D. Lamelară
 - E. Eritrodermie ihtioziformă
651. Modul de genotransmitere în ichtioza vulgară:
- A. Autosomal recesiv
 - B. Autosomal dominant
 - C. X-lincat
 - D. Y-lincat
 - E. Nu este determinat
652. Debutul de vârstă comun în ichtioza vulgară:
- A. La naștere
 - B. La 1-3 luni
 - C. La 1-4 ani
 - D. La 5-10 ani
 - E. La 10-14 ani
653. Manifestările clinice caracteristice ale ichtiozei vulgare:
- A. Afectarea pliurilor
 - B. Xeroză cutanată
 - C. Leziuni hiperkeratozice
 - D. Leziuni eritematoase
 - E. Leziuni buloase
654. Modul de genotransmitere în eritrodermia ihtioziformă:
- A. Autosomal recesiv
 - B. Autosomal dominant
 - C. X-lincat
 - D. Y-lincat
 - E. Nu este determinat

Formele ichtiozei vulgare și expresiile clinice corespunzătoare:

655. Xerodermă A. Plăci cornoase dure și aderente, brăzdate de fisuri adânci

656. Ihtioză simplă B. Piele uscată cu descuamație furfuracee
 657. Ihtioză sauriană C. Mase cornoase în formă de spini sau țepi cu aspect verucos
 658. Ihtioză hystrix D. Scuame mici lamelare fixate de pielea uscată, aspră, îngroșată
659. Histopatologia sugestivă pentru ihtioza vulgară:
 A. Hiperkeratoză proliferativă
 B. Hiperkeratoză de retenție
 C. Granuloză
 D. Defect de sinteză a keratohialinei
 E. Dopuri cheratozice foliculare
660. Modul de genotransmitere în epidermoliza buloasă simplă:
 A. Autosomal recesiv
 B. Autosomal dominant
 C. X-lincat
 D. Y-lincat
 E. Nu este determinat
661. Procedeele diagnostice uzuale în epidermoliza buloasă:
 A. Microscopie
 B. Bacteriologie
 C. Examen histopatologic
 D. Diagnostic antenatal (stabilirea nivelului seric crescut de α -fetoproteina la mama)
 E. Anamneza ereditară pozitivă

TUMORILE CUTANATE MALIGNE

662. Localizarea de elecție a sarcomului Kaposi (forma endemică):
 A. Față
 B. Scalp
 C. Trunchi
 D. Părțile proximale ale membrelor
 E. Extremitățile distale ale membrelor
663. Geneza angioreticulozei Kaposi:
 A. Dismetabolică
 B. Neuroendocrină
 C. Toxico-alergică
 D. Neoplazică
 E. Ereditară
664. Geneza micozisului fungoid:
 A. Fungică
 B. Dismetabolică
 C. Neuroendocrină
 D. Toxico-alergică
 E. Neoplazică
665. Substratul histologic de dezvoltare a sarcomului Kaposi:
 A. Țesut adipos
 B. Țesut muscular
 C. Țesut nervos

- D. Endoteliu vascular
- E. Vase limfatice

666. Semnele clinice sugestive pentru bazaliom:

- A. Noduli indurați translucizi
- B. Margine perlate a ulcerățiilor
- C. Metastaze precoce în ganglionii limfatici regionali
- D. Metastaze precoce la distanță
- E. Telangectazii

667. Tumorile maligne cutanate:

- A. Spinaliom
- B. Bazaliom
- C. Keratoacantom
- D. Melanom
- E. Papilom

668. Bazaliomul nu este o tumoare epitelială (cancer):

- A. Corect
- B. Incorect

669. Spinaliomul este un sarcom:

- A. Corect
- B. Incorect

670. Substratul de dezvoltare a cancerelor cutanate este țesutul epitelial:

- A. Corect
- B. Incorect

671. Substratul histologic de dezvoltare a bazaliomului:

- A. Membrana bazală
- B. Celule germinative
- C. Celule spinoase
- D. Celule granuloase
- E. Celule cornoase

672. Formele clinice de bazaliom:

- A. Nodulară
- B. Plan-cicatricială
- C. Ulcus rodens
- D. Sclerodermiformă
- E. Metastazică

673. Localizarea de elecție a bazaliomului:

- A. Mucoase
- B. Semimucoase
- C. Membre inferioare
- D. Partea superoară a feței și scalpul
- E. Palme și plante

674. Cea mai sigură metodă de tratament al bazaliomului:

- A. Administrare de citostatice

- B. Cauterizare chimică
 - C. Criodistrucție
 - D. Radioterapie
 - E. Excizie chirurgicală
675. Formele clinice de spinaliom:
- A. Nodular-ulcerată
 - B. Ulcero-vegetantă
 - C. Ulcerat endofitică (cancroidul)
 - D. Plan-cicatricială
 - E. Epithelioma cuniculatum
676. Semnele clinice sugestive pentru spinaliom:
- A. Leziune eritemato-papulo-scuamoasă infiltrată și îndurată
 - B. Suprafață neregulată, prezența vegetațiilor verucoase
 - C. Ulcerații progresive, persistente, crateriforme
 - D. Metastazare precoce regională și la distanță
 - E. Metastazare tardivă
677. Localizarea de elecție a spinaliomului:
- A. Mucoase și semimucoase orale și genitale
 - B. Față
 - C. Dosul mâinilor
 - D. Palme și plante
 - E. Trunchiul acoperit
678. Opțiunile curative utile în spinaliom:
- A. Excizie chirurgicală
 - B. Distrucție locală prin chiuretare și electrocauterizare
 - C. Radioterapie
 - D. Chimioterapie cu citostatice
 - E. UVB
679. Metoda diagnostică de certitudine pentru spinaliom:
- A. Citodiagnostic
 - B. Examen histopatologic
 - C. Examen radiologic
 - D. Examen bacteriologic
 - E. Diagnostic serologic
680. Histopatologia sugestivă pentru T-limfom:
- A. Infiltrat limfocitar în dermul papilar
 - B. Celule atipice “fungoide”
 - C. Microabscese Munro în epiderm
 - D. Microabscese Pautrier în epiderm
 - E. Absența epidermotropismului
681. Datele sugestive pentru sarcomul Kaposi, forma clasică:
- A. Afectare preponderentă a femeilor
 - B. Pete eritematoase care dispar la vitropresiune
 - C. Distribuție la extremități
 - D. Tumori ulcerate și hemoragice

- E. Extindere lentă
682. Datele sugestive pentru T-limfom, forma Alibert-Bazin:
- A. Erupții polimorfe progrediente eritemato-papulo-tumorale
 - B. Debut tumoral
 - C. Prurit intens
 - D. Eritrodermizare precoce
 - E. Adenopatie generalizată tardivă
683. Histopatologia sugestivă pentru sarcomul Kaposi:
- A. Proliferați și extravazate perivascularare
 - B. Depuneri de hemosiderină
 - C. Granuloame infecțioase
 - D. Focare angiomatoase (multiple vase neoformate)
 - E. Focare fibroblastice (fibroblaști tineri multipli)
684. Opțiunile curative utile în sarcomul Kaposi:
- A. Citostatice
 - B. Interferoni
 - C. Vitaminoterapie
 - D. Corticoterapie sistemică
 - E. Stimulatori biogeni
685. În T-limfom infiltratul limfocitar este epidermotrop:
- A. Corect
 - B. Incorect
686. Epidermotropismul este tipic pentru B-limfoame:
- A. Corect
 - B. Incorect
687. Formele clinico-evolutive ale T-limfomului:
- A. Clasică Alibert-Bazin
 - B. Epidemică Kaposi
 - C. Tumorală de debut Vidall-Brocq
 - D. Eritrodermică Hallopeau-Besnier
 - E. Micotică fungoidă
688. Succesiunea stadiilor evolutive în T-limfom, forma Alibert-Bazin:
- A. Tumorală
 - B. Eritematoasă
 - C. Infiltrativă
689. Eritrodermizarea este sugestivă pentru T-limfom, forma Vidall-Brocq:
- A. Corect
 - B. Incorect
690. Debutul tumoral este sugestiv pentru T-limfom, forma Vidall-Brocq:
- A. Corect
 - B. Incorect

691. Forma Hallopeau-Besnier a T-limfomului este o formă eritrodermică a maladiei:
A. Corect
B. Incorrect
692. Sindromul leucemic al limfomului T cutanat:
A. Graham-Little-Lassueur
B. Sezary
C. Lyell
D. Stevens-Johnson
E. Raynaud
693. Prezența microabsceselor Munro în epiderm este sugestivă pentru T-limfom:
A. Corect
B. Incorrect
694. Profilul celular al microabsceselor Pautrier în micozisul fungoid:
A. Neutrofile
B. Eozinofile
C. Limfocite
D. Eritrocite
E. Monocite
695. Opțiunile terapeutice utile în T-limfom:
A. Chimioterapie sistemică
B. Prednisolon
C. Stimulanți biogeni
D. Vitaminoterapie
E. PUVA-terapie

PORFIRIA CUTANATĂ TARDIVĂ

696. Mecanismul patogenetic esențial în porfiria cutanată tardivă:
A. Toxicolergic
B. Enzimodeficiar
C. Neoplazic
D. Autoimun
E. Infecțios
697. Nivelul deficitului enzimatic în porfiria cutanată tardivă:
A. Porfobilinogen sintetaza
B. Uroporfirinogen sintetaza
C. Uroporfirinogen decarboxilaza
D. Coproporfirinogen oxidaza
E. Protoporfirinogen oxidaza
698. Factorii declanșatori ai porfiriei cutanate tardive:
A. Alcool și hidrocarburi policiclice polihalogenate
B. Androgeni
C. Estrogeni
D. Fier, plumb, arsen, staniu
E. Viruși hepatici

699. Formele dobândite și moștenite de porfirie cutanată tardivă:
- Sporadică
 - Familială cu transmitere autosomal recesivă
 - Familială cu transmitere autosomal dominantă
 - Familială cu transmitere X-lincată
 - Familială cu transmitere Y-lincată
700. Nivelul deficitului enzimatic esențial în porfirie cutanată tardivă dobândită:
- Porfobilinogen sintetaza
 - Uroporfirinogen sintetaza
 - Coproporfirinogen oxidaza
 - Uroporfirinogen decarboxilaza hepatică
 - Uroporfirinogen decarboxilaza eritocitară
701. Enzimodeficiențe posibile în porfirie cutanată tardivă moștenită:
- Porfobilinogen sintetaza
 - Uroporfirinogen sintetaza
 - Coproporfirinogen oxidaza
 - Uroporfirinogen decarboxilaza hepatică
 - Uroporfirinogen decarboxilaza eritocitară
702. Succesiunea etapelor patogenice în porfirie cutanată tardivă:
- Deversarea enzimelor lizozomale în țesuturi
 - Acumularea uroporfirinelor în piele
 - Inflamație cutanată pe ariile descoperite
 - Stres oxidativ mebranal la fotoexpunere
 - Defect enzimatic al sintezei hemului
703. Semnele clinice sugestive pentru porfirie cutanată tardivă dobândită:
- Debut în copilărie
 - Eritem și bule pe zonele fotoexpuse
 - Discromii, cicatrici atroifice și milium
 - Epidermofragilitate pronunțată (eroziuni la traumatisme minore)
 - Hipotricoză facială
704. Hipertricoza facială nu este caracteristică pentru porfirie cutanată tardivă:
- Corect
 - Inc corect
705. Testele utile pentru diagnosticul pozitiv al porfiriei cutanate tardive:
- Examen histopatologic și imunofluorescența directă
 - Citodiagnostic Tzanck și eozinofilia
 - Analiza urinei și fluorescența la lampa Wood
 - Investigații ale funcțiilor hepatice
 - Sideremie
706. Fluorescența urinei în porfirie cutanată tardivă:
- Galben-verzuie
 - Verde
 - Maro
 - Rosu-coral
 - Absentă

707. Modificările patologice urinare în porfiria cutanată tardivă:
- A. Creșterea uroporfirinelor
 - B. Creșterea acidului δ -amino levulinic
 - C. Creșterea porfobilinogenului
 - D. Urină hipercromă
 - E. Absența fluorescenței în lampa Wood
708. Sideremia și hemocromatoza sunt caracteristice pentru porfiria cutanată tardivă:
- A. Corect
 - B. Incorect
709. Diabetul zaharat și scăderea toleranței la glucoză nu sunt caracteristice pentru porfiria cutanată tardivă:
- A. Corect
 - B. Incorect
710. Opțiunile terapeutice utile în porfiria cutanată tardivă:
- A. PUVA-terapie
 - B. Flebotomie și sângerare
 - C. Preparate din fier
 - D. Desferioxamină
 - E. Antipaludice de sinteză
711. Nu este de recomandat în porfiria cutanată tardivă:
- A. Fotoprotecție
 - B. Fotoexpunere
 - C. Alcool
 - D. Contraceptive
 - E. Preparate din fier

VASCULARITELE ALERGICE

712. Leziunea esențială pentru eritemul nodos:
- A. Bulă
 - B. Papulă
 - C. Urtică
 - D. Nodozitate
 - E. Tubercul
713. Mecanismul patogenetic esențial în vasculite:
- A. Endocrin
 - B. Ereditar
 - C. Imuno-alergic
 - D. Neoplazic
 - E. Neurogen
714. Tipul comun al reacțiilor de hipersensibilizare (Gell și Coombs) în vasculite:
- A. Tip I
 - B. Tip II
 - C. Tip III
 - D. Tip IV

- E. Nici unul din cele menționate
715. Localizarea de elecție a leziunilor în eritemul nodos:
- Față
 - Suprafață posterioară a gambelor
 - Suprafață anterioară a gambelor
 - Palme și plante
 - Trunchi
716. Localizarea de elecție a leziunilor în purpura Schonlein-Henoch:
- Suprafață de flexie ale extremităților
 - Suprafață de extensie ale extremităților
 - Scalp
 - Față
 - Palme și plante
717. Esența patologică a eritemului nodos:
- Angioneuroză
 - Angiopatie
 - Angioorganopatie
 - Neoplazie vasculară
 - Nici unul din cele menționate
718. Ținta principală de afectare în vasculita alergică Gougerot-Ruiter:
- Capilare
 - Arteriole și venule postcapilare
 - Arterii
 - Aortă
 - Nici unul din cele menționate
719. Testul clinic de apreciere a fragilității capilarelor în purpura Schonlein-Henoch:
- Baltzer
 - Wickham
 - Jadasson
 - Rumpell-Leede-Konchalovsky
 - Auspitz
720. Localizarea electivă ale leziunilor în arteriolita Gougerot-Ruiter:
- Față
 - Palme și plante
 - Mucoase
 - Membre superioare
 - Membre inferioare
721. Caracteristicile comune ale leziunilor în sindromul vasculitic Gougerot-Ruiter:
- Monomorfe
 - Polimorfe evolutive (false)
 - Polimorfe veridice
 - Simetrice
 - Asimetrice

722. Opțiunile terapeutice utile în eritemul nodos:
- A. Compresse umede reci
 - B. Antibiotice
 - C. Antiinflamatoare steroiziene și nesteroidiene
 - D. Hiposensibilizante și antihistaminice
 - E. Iodura de potasiu
723. Localizarea primară a procesului patologic în eritemul nodos:
- A. Epiderm
 - B. Dermul papilar
 - C. Dermul reticular
 - D. Hipoderm
 - E. Viscere
724. Cel mai important constituent imunologic de inițiere a vasculitelor:
- A. Neutrofile
 - B. Limfocite
 - C. Complexe imune circulante
 - D. Complement
 - E. Imunoglobuline
725. Tipurile de vasculite conform infiltratului inflamator perivascular:
- A. Leucocitoclastice
 - B. Macrofagale
 - C. Granulomatoase
 - D. Limfocitare
 - E. Hipercomplementice
726. Tipul reacției de hipersensibilizare (Gell și Coombs) în vasculita urticariană:
- A. Tip I
 - B. Tip II
 - C. Tip III
 - D. Tip IV
 - E. Nici unul din cele menționate
727. Vasculita urticariană asociază o hipocomplementemie:
- A. Corect
 - B. Incorect
728. Purpura Schonlein-Henoch nu este o vasculita superficială:
- A. Corect
 - B. Incorect
729. Opțiunile terapeutice utile în purpura Schonlein-Henoch:
- A. Chinetoterapie
 - B. Corticoterapie sistemică în doze medii
 - C. Ortostatism prelungit
 - D. Aspirină sau sulfone
 - E. Antihistaminice

PITIRIAZISUL ROZAT GIBERT

730. Leziunea primară în pitiriazisul rozat Gibert:
- A. Urtică
 - B. Pustulă
 - C. Maculă
 - D. Nodozitate
 - E. Bulă
731. Opțiunile utile de tratament local în pitiriazisul rozat Gibert:
- A. Keratolitice
 - B. Tinctură de iod
 - C. Dermatocorticoizi
 - D. Băi cu săpunuri alcaline
 - E. Soluție Castellani
732. Localizarea electivă ale leziunilor în pitiriazis rozat Gibert:
- A. Față
 - B. Antebrațe și gambe
 - C. Palme și plante
 - D. Dosul mâinilor și picioarelor
 - E. Trunchi
733. Manifestările clinice sugestive pentru pitiriazis rozat Gibert:
- A. Placă heraldică eritemato-scuamoasă la debut
 - B. Leziuni rozeolice sau papuloase scuamoase, ce apar concomitent cu placa heraldică
 - C. Leziuni rozeolice sau papuloase scuamose, ce apar peste câteva zile după debut
 - D. Suprafață neregulată cu descuamație furfuracee
 - E. Suprafață netedă, lipsită de scuame, lucioasă
734. Pitiriazisul rozat Gibert este o afecțiune cu evoluție autolimitată:
- A. Corect
 - B. Incorect
735. Proba Baltzer în pitiriazisul rozat Gibert este negativă:
- A. Corect
 - B. Incorect
736. Reperele diagnostice diferențiale ale leziunilor în pitiriazisul rozat Gibert:
- A. Palidare centrală
 - B. Periferie scuamoasă ușor reliefată
 - C. Prurit
 - D. Proba Wickham – pozitivă
 - E. Proba Baltzer – pozitivă
737. Leziunile în pitiriazisul rozat Gibert sunt dispuse cu axul lung paralel liniilor cutanate Langer:
- A. Corect
 - B. Incorect
738. Erupția în pitiriazisul rozat Gibert se vindecă spontan, de obicei în:
- A. Câteva zile

- B. 1 săptămână
- C. 3-8 săptămâni
- D. 5-6 luni
- E. Nu se vindecă spontan

739. Recurențele frecvente sunt tipice pentru pitiriazisul rozat Gibert:

- A. Corect
- B. Încorect

740. Corticoterapia sistemică este prima opțiune în tratamentul pitiriazisului rozat Gibert:

- A. Corect
- B. Incorect

ROZACEEA

741. Localizarea de elecție a leziunilor în rozacee:

- A. Torace
- B. Palme și plante
- C. Suprafețe flexorii ale membrelor
- D. Față
- E. Scalp

742. Acarianul frecvent implicat în dezvoltarea rozaceei:

- A. Sarcoptes scabiei
- B. Pyemotes ventricosus
- C. Trombicula splendens
- D. Demodex folliculorum
- E. Alladermanyssus sanguineus

743. Factorii incriminați în declanșarea rozaceei:

- A. Anomalii funcționale ale vascularizației cutanate
- B. Tulburări digestive
- C. Disfuncții endocrine
- D. Aplicare îndelungată a dermatocorticoizilor pe față
- E. Fotoprotecție

744. Succesiunea corectă a stadiilor în rozacee:

- A. Papulos
- B. Fibro-telangiectazic (rinofima)
- C. Congestiv (eritem tranzitor)
- D. Pustulos
- E. Eritemato-telangiectazic (cuperozic)

745. Reperele de diagnostic diferențial în rozacee:

- A. Debut în vârstă precoce
- B. Este mai frecventă la femei
- C. Prezența comedoanelor multiple
- D. Afectarea zonelor acrale (convexe) ale feței
- E. Fundal lezional eritematos și telangiectazic

746. Rinofima este o manifestare clinică de debut în rozacee:
A. Corect
B. Incorect
747. Opțiunile curative utile în rozacee:
A. Fotoexpunere
B. Băi fierbinți
C. Crioterapie
D. Piroterapie
E. Keratoplastice
748. Antibioticele utile în tratamentul sistemic al rozaceei:
A. Tetraciclone
B. Cefalosporine
C. Macrolide
D. Peniciline
E. Sulfanilamide
749. Dermatocorticoizii sunt factori iatrogeni de provocare a rozaceei:
A. Corect
B. Incorect
750. Contraindicat în rozacee:
A. Mesele fierbinți și picante
B. Consumul de alcool
C. Derivații nicotinici
D. Dermatocorticoizii
E. Metronidazolul

SINDROMUL SEBOREIC. ACNEEA VULGARĂ

751. Leziunile primare neinflamatorii în acnee vulgară:
A. Papule
B. Pustule
C. Noduli și chisturi
D. Microcomedoane
E. Comedoane deschise și închise
752. Leziunile inflamatorii în acnee vulgară:
A. Microcomedoane
B. Comedoane deschise și închise
C. Papule și pustule
D. Noduli și chisturi
E. Macule hiperpigmentate, cicatrici
753. Leziunile postinflamatorii în acnee vulgară:
A. Macule hiperpigmentate
B. Comedoane deschise și închise
C. Papule și pustule
D. Noduli și chisturi
E. Cicatrici, atrofie maculară

754. Leziunile de debut în cadrul acneei vulgare:
- A. Papule
 - B. Pustule
 - C. Noduli
 - D. Comedoane
 - E. Chisturi
755. Bacteriile anaerobe implicate în producerea leziunilor de acnee vulgară:
- A. Staphylococcus spp.
 - B. Streptococcus spp.
 - C. Acinetobacter spp.
 - D. Propionbacterium spp.
 - E. Pityrosporum spp.
756. Bacteriile aerobe implicate frecvent în producerea leziunilor de acnee vulgară:
- A. Escherichia coli
 - B. Staphylococcus epidermidis
 - C. Streptococcus pyogenes
 - D. Corynebacterium minutissimum
 - E. Propionbacterium acnes
757. Ariile electiv de afectare seboreică:
- A. Extremități
 - B. Față și scalp
 - C. Fese
 - D. Abdomen
 - E. Torace
758. Dermatozele cu un context patogenetic interesând terenul seboreic:
- A. Acnee vulgară
 - B. Eczemă cu sensibilizare la Streptococcus spp.
 - C. Eczemă cu sensibilizare la Pityrosporum spp.
 - D. Alopecie areată
 - E. Alopecia androgenetică
759. Utile în tratamentul acneei vulgare:
- A. Tetracicline și macrolide
 - B. Isotretinoin și tretinoin
 - C. Estron și estradiol
 - D. Progesteron și testosteron
 - E. Ciproteron acetat și cipromadinon acetat
760. Factorii patogenetici esențiali implicați în declanșarea acneei vulgare:
- A. Endocrin
 - B. Alergic
 - C. Bacterian
 - D. Folicular obstructiv
 - E. Inflamator
761. Opțiunile utile de tratament local în rozacee:
- A. Peniciline
 - B. Metronidazol

- C. Dermatocorticoizi
- D. Keratoplastice
- E. Creme ecran fotoprotectoare

762. Antiandrogenul util în tratamentul acneei vulgare:

- A. Cicloferonă
- B. Ciprofibrat
- C. Ciproheptadină
- D. Ciproteron acetat
- E. Ciprofloxacina

763. Preparatele cu acțiune sebosupresivă în sindromul seboreic:

- A. Testosteron acetat
- B. Ciproteron acetat
- C. Etinilestradiol
- D. Isotretinoin
- E. Spironolacton

764. Retinoidul de sinteză special conceput pentru tratamentul sistemic al formelor grave de acnee vulgară:

- A. Acitretin
- B. Etretinat
- C. Isotretinoin
- D. Tretinoin
- E. Retinol

765. Medicamentele utile pentru reducerea obstrucției foliculare în acneea vulgară:

- A. Acid salicilic
- B. Acid nalidixic
- C. Acid azelaic
- D. Acid retinoic
- E. Acid mefenamic

766. Preparatele cu efect anti-Propionbacterium acnes în tratamentul acneei vulgare:

- A. Peniciline
- B. Tetraciclina
- C. Macrolide
- D. Metronidazol
- E. Peroxidul de benzoil

ALOPECIA AREATĂ

767. Modificările cutanate sugestive pentru alopecia areată:

- A. Descuamare
- B. Crustificare
- C. Eritem persistent pronunțat
- D. Papule și vezicule
- E. Piele intactă

768. Modificările pilare sugestive pentru alopecia areată:

- A. Rupere
- B. Miros fetid

- C. Structură nodulară
- D. Cădere sau extragere liberă
- E. Subțiere la bază cu aspect “semne de exclamație”

769. Mecanismul patogenetic esențial în alopecia areată:

- A. Dismetabolic
- B. Autoimun
- C. Psiho-emoțional
- D. Endocrin
- E. Neuro-vegetativ

Stadiile de pilogeneză și durata evolutivă corespunzătoare:

- | | | |
|------|----------------|------------------|
| 770. | Stadiu anagen | A. 3-4 luni |
| 771. | Stadiu catagen | B. 2-4 ani |
| 772. | Stadiu telogen | C. 1-3 săptămâni |

773. Formele clinice ale peladei:

- A. În plăci (areată)
- B. Totală
- C. Universală
- D. Ofiazică
- E. În “luminișuri”

774. Structura părului este schimbată în alopecia areată:

- A. Corect
- B. Incorect

775. Pruritul este de obicei absent în alopecia areată:

- A. Corect
- B. Incorect

776. Corelațiile morbide în alopecia areată:

- A. Disfuncții tiroidiene
- B. Modificări unghiale
- C. Atingeri oculare
- D. Cicatrizare capilară
- E. Focare infecțioase

777. Opțiunile utile de tratament sistemic în alopecia areată:

- A. Corticosteroizi
- B. Adrenalină și noradrenalină
- C. Vitamine, aminoacizi și microelemente
- D. Estrogeni
- E. Antiandrogeni

778. Opțiunile utile de tratament local în alopecia areată:

- A. PUVA-terapie
- B. Alergenoterapie de contact (dinitroclorbenzenul, dibutilesterul acidului squaric)
- C. Dermatocorticoizi
- D. Iritanți nespecifici (cignolina, tinctura capsici)
- E. Adrenomimetice

VITILIGO

779. Leziunea primară în vitiligo:

- A. Papulă
- B. Urtică
- C. Maculă
- D. Veziculă
- E. Nodozitate

780. Caracteristica maculei în vitiligo:

- A. Hiperpigmentată secundară
- B. Hipopigmentată secundară
- C. Hipopigmentată primară congenitală
- D. Hipopigmentată primară dobândită
- E. Vasculară

Tipurile de vitiligo și expresiile fiziopatologice corespunzătoare:

- | | | |
|------|----------------------|---|
| 781. | Dopa-negativ | A. Melanocitele sunt normale la număr dar hipofuncționale |
| 782. | Dopa-pozitiv, tip I | B. Melanocite sunt reduse la număr dar funcționale |
| 783. | Dopa-pozitiv, tip II | C. Melanocitele sunt absente |

784. Pronosticul de vindecare este favorabil pentru vitiligo-ul dopa-negativ:

- A. Corect
- B. Incorect

Dermatozele discromice și aspectele clinice corespunzătoare:

- | | | |
|------|-----------------------------|---|
| 785. | Vitiligo | A. Macule descuamative, neregulate, albe-pal sau brune-deschise, cu localizare frecvent facială |
| 786. | Leucomelanoderma sifilitică | B. Macule albe, net delimitate, forme diferite și dimensiuni variabile, asimptomatice |
| 787. | Pitiriazis versicolor | C. Rețele hiperpigmentate în ochiurile cărora tegumentul este hipopigmentat |
| 788. | Pitiriazis rozat Gibert | D. Macule de la galben la brun cu un eritem și descuamare discretă, frecvent hipopigmentate |
| 789. | Pitiriazis simplex | E. Maculă eritemato-scuamoasă urmată de unele similare mai mici, acoperite de scuame fine |

790. Proba Baltzer în vitiligo este pozitivă:

- A. Corect
- B. Incorect

791. Mecanismul patogenetic esențial în vitiligo:

- A. Proliferativ
- B. Vascular
- C. Autoimun
- D. Fotosenzitiv
- E. Infecțios

792. Pentru vitiligo este caracteristică afectarea palmo-plantară:

- A. Corect
- B. Incorect

793. Vitiligo de obicei nu este însoțit de o simptomă subiectivă:
 A. Corect
 B. Incorect
794. Opțiunile curative utile în vitiligo:
 A. PUVA-terapie
 B. Radioterapie
 C. Dermatocorticoizi
 D. Alergenoterapie de contact și iritanți nespecfici
 E. Vitamine și microelemente

SIFILISUL

795. Durata medie a perioadei de incubare în sifilis:
 A. 1-2 săptămâni
 B. 3-4 săptămâni
 C. 5-7 săptămâni
 D. 8-9 săptămâni
 E. 3-4 luni
796. Cazurile de micșorare a perioadei de incubare în sifilis:
 A. Maladii infecțioase intercurente
 B. Șancru dur bipolar
 C. Șancru dur multiplu
 D. Antibioterapie pe parcursul perioadei de incubare
 E. Contacte sexuale repetate cu sursa de infectare
797. Tipul imunității în sifilis:
 A. Congenitală
 B. Dobândită stabilă (sterilă)
 C. Dobândită infecțioasă (nesterilă)
 D. Toate cele menționate
 E. Nu se manifestă
798. Momentul apariției adenopatiei regionale în sifilisul primar:
 A. Precede șancrul dur
 B. Concomitent cu șancrul dur
 C. La 2-3 zile de la constituirea șancrului
 D. La 7-10 zile de la constituirea șancrului
 E. La 2-3 săptămâni de la constituirea șancrului
799. Expresia clinică a rozeolei sifilitice:
 A. Leziuni papuloase proeminente, pruriginoase, localizate pe trunchi, palme și plante
 B. Macule vasculare, 1-1,5 cm diametru, roz-pale, subiectiv asimptomatice, dispar la vitropresiune
 C. Macule hemoragice cu aspect de purpură palpabilă
 D. Leziuni pustuloase localizate pe părțile laterale ale trunchiului, având un infiltrat subiacent
 E. Vezicule transparente pe fundalul eritematos, localizate în proiecția nervilor intercostali
800. Sediul histologic incipient de formare a sifilidelor papuloase:
 A. Epidermul subcorneal

- B. Epidermul suprabazal
- C. Dermul papilar
- D. Dermul reticular
- E. Hipoderm

801. Localizarea de elecție a ectimei sifilitice:

- A. Palme și plante
- B. Față
- C. Regiunea perianală
- D. Gambe
- E. Organe genitale externe

802. Perioada de constituire a leucomelanodermiei sifilitice:

- A. Primară
- B. Secundară, pe parcursul primului episod
- C. Secundară, pe parcursul recidivelor
- D. Latentă
- E. Terțiară

803. Leziunea primară pentru goma sifilitică:

- A. Pustulă
- B. Tubercul
- C. Papulă
- D. Ulcer
- E. Nodozitate

804. Localizarea de elecție a pemfigusului sifilitic congenital:

- A. Scalp
- B. Palme și plante
- C. Trunchi
- D. Membre
- E. Mucoase

805. Expresia clinică a sifilidei infiltrative Hochzinger în sifilisul congenital precoce:

- A. Leziuni eritemato-papuloase difuze ale trunchiului cu descuamare furfuracee
- B. Leziuni papuloase palmo-plantare circumscrise, dureroase, cu tendință spre confluență
- C. Leziuni eritemato-papuloase periorificiale difuze, cu fisuri lăsând cicatrici radiare
- D. Leziuni eritemato-scuamoase pe scalp, cu ruperea părului la nivelul pielii
- E. Leziuni eritrodermice, însoțite de frison, febră și descuamare pronunțată

806. Expresia clinică a dinților Hutchinson în sifilisul congenital tardiv:

- A. Distrofie a caninilor superiori, devenind asemănători cu o daltă
- B. Distrofie a incisivilor inferiori mediani, devenind asemănători cu o șurubelniță
- C. Distrofie a incisivilor superiori laterali, bombați și îngustați proximal
- D. Distrofie a incisivilor superiori mediani, implantați oblic, îngustați distal, cu o incizură ocluzală
- E. Distrofie a caninilor, devenind asemănători cu dinții de știuică

807. Expresia clinică a semnelor Carabelli în sifilisul congenital tardiv:

- A. Mezinul mâinii infantil
- B. Tubercul adăugător la primul molar al maxilarului superior
- C. Diastema incisivilor superiori

- D. Hipertrofia extremității sternale a claviculei
- E. Cicatrici radiare periorificiale

808. Tipul reacției Bordet-Wasserman:

- A. Imobilizare
- B. Hemaglutinare directă
- C. Hemaglutinare indirectă
- D. Fixare a complementului
- E. Enzimatică

809. Indicațiile de instituire a tratamentului preventiv antisifilitic:

- A. Pentru copii născuți de mame bolnave
- B. Pentru persoanele sănătoase având un istoric de 3-5 luni de la ultimul contact sexual cu bolnavii de sifilis
- C. Pentru persoanele cu sifilis latent
- D. Pentru persoanele sănătoase având un istoric de cel mult 2 luni de la ultimul contact sexual cu bolnavii de sifilis
- E. Pentru gravidele care s-au tratat anterior pentru sifilis și se află la evidență clinico-serologică

810. Durata penicilino-terapiei în tratamentul preventiv al sifilisului:

- A. 7 zile
- B. 12 zile
- C. 21 zile
- D. 28 zile
- E. 56 zile

811. Durata obișnuită a sifilisului primar (în săptămâni):

- A. 1-2
- B. 3-4
- C. 6-8
- D. 9-10
- E. 11-12

812. Noțiunea de suprainfecție în sifilis:

- A. Infectare cu un număr enorm de treponeme
- B. Un nou sifilis primar
- C. O nouă infecție cu treponeme cu manifestări respective evoluției sifilisului curent
- D. Șancru dur cangrenoase
- E. Maladii intercurrente asociate sifilisului

813. Noțiunea de reacție Jarish-Herxheimer în sifilis:

- A. Proba negativă la penicilină
- B. Proba pozitivă la penicilină
- C. Dispariția leziunilor după prima injecție de penicilină
- D. Febră, frison, dureri musculare după 1 injecție de penicilină
- E. Febră, frison, dureri musculare la 7-10 zile de penicilino-terapie

814. Localizarea de elecție a rozeolei sifilitice:

- A. Față
- B. Gât
- C. Trunchi

- D. Organe genitale
- E. Palme și plante

815. Leziunea primară ce reprezintă condiloamele late luetice:

- A. Maculă
- B. Bulă
- C. Nodozitate
- D. Tubercul
- E. Papulă

816. Condiloamele late sunt tipice pentru sifilisul primar:

- A. Corect
- B. Incorect

817. Expresia clinică a simptomului Pincus în sifilis:

- A. Afonie însoțită de papule erozive pe limbă
- B. Alopecie în luminișuri și papule palmare
- C. Alopecie în regiunea sprâncenelor, genelor, bărbiei
- D. Atrofia pielii în regiunile alopecice
- E. Macule hipopigmentate în regiunea lateroposterioară a gâtului

818. Expresia clinică a leucomelanodermiei sifilitice:

- A. Infiltrate papuloase pe organele genitale
- B. Papule erozive pe mucoase
- C. Macule primare hipopigmentate cu halou hiperpigmentat pe gât, trunchi și fosa axilară
- D. Macule secundare hipopigmentate cu halou hiperpigmentat pe gât, trunchi și fosa axilară
- E. Macule hipopigmentate pe torace, discret scuamoase, pozitive în proba Baltzer

819. Expresia clinico-serologică a sifilisului latent:

- A. Leziuni eritemato-papuloase specifice, reacții serologice pozitive
- B. Leziuni eritemato-papuloase specifice, reacții serologice slab-pozitive sau suspecte
- C. Afectare specifică exclusiv viscerală și cefalo-rahidiană, reacții serologice pozitive
- D. Absență totală a manifestărilor specifice active, reacții serologice pozitive
- E. Absență totală a manifestărilor specifice active, reacții serologice negative

820. Expresia clinică a pemfigusului sifilitic la sugari:

- A. Bule palmo-plantare cu conținut sero-purulent pe fond infiltrativ
- B. Bule și vezicule grupate, pruriginoase, situate pe regiunile axilare, inghinale și laterale ale gâtului, anamneză familială pozitivă
- C. Bule flasce diseminate pe fundal eritematos, febră, aspect de copil opărit, pozitive în simptomul Nicolsky
- D. Bule flasce pe zonele de traumatism, vindecare fără cicatrici, anamneza familială pozitivă
- E. Bule și vezicule la fotoexpunere, febră, plăci urticariene, cicatrici varioliforme, anamneză familială pozitivă

821. Cicatricile radiare peribucale Robinson-Fournier (Parrot) stigmatizează sifilisul:

- A. Primar
- B. Secundar
- C. Terțiar
- D. Congenital precoce

E. Congenital tardiv

822. Expresia clinică a simptomului Avsitidiisky în sifilisul congenital:

- A. Deget mic scurtat
- B. Tubercul adăugător la I molar al maxilarului superior
- C. Incisivii mediani superiori distanțați
- D. Hipertrofierea extremității sternale a claviculei
- E. Frunte olimpiacă

823. Expresia clinică a simptomului Gochet în sifilisul congenital:

- A. Pseudoparalizie
- B. Nas în șă
- C. Incisivii mediani superiori distanțați
- D. Baze frontale proeminente
- E. Cicatrici radiare peribucale

824. Caz de apreciere cantitativă în reacția Wasserman (reacția Boas):

- A. RW negativă
- B. RW 1+
- C. RW 2+
- D. RW 3+
- E. RW 4+

825. Antibioticul de primă linie în tratamentul sifilisului:

- A. Tetraciclină
- B. Eritromicină
- C. Rifampicină
- D. Penicilină
- E. Ciprofloxacina

826. Specii de treponeme patogene la om:

- A. Treponema genitalis
- B. Treponema bejel
- C. Treponema pallidum
- D. Treponema carateum
- E. Treponema microdentium

Treponematozele semnalate la om și agenții cauzali corespunzători:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------|
| 827. Sifilis venerian | A. Treponema bejel |
| 828. Pinta | B. Treponema pertenue |
| 829. Pianul (framboesia) | C. Treponema pallidum |
| 830. Sifilis endemic nevenerian | D. Treponema carateum |

831. Frecvența diviziunii la Treponema pallidum:

- A. 6-8 ore
- B. 10-12 ore
- C. 15-20 ore
- D. 30-33 ore
- E. 40-50 ore

832. Durata medie a sifilisului secundar:

- A. 6-8 săptămâni

- B. 2-3 luni
- C. 6-12 luni
- D. 2-3 ani
- E. 20-30 ani

833. Reinfectia sifilitică nu este posibilă în cadrul unui sifilis latent recent:

- A. Corect
- B. Incorrect

834. Reinfectia sifilitică nu presupune evoluția unui nou sifilis primar:

- A. Corect
- B. Incorrect

835. Perioada sifilisului caracteristică pentru sifilidele papuloase:

- A. Primară seronegativă
- B. Primară seropozitivă
- C. Secundară
- D. Latentă
- E. Terțiară

836. Expresia clinică a semnelor de guleră Bielt în sifilis:

- A. Eritem adiacent papulei
- B. Papule cu aspect de iris (tras la țintă)
- C. Papule pe fond purpuric
- D. Detașare scuamoasă spre periferia papulei
- E. Scumbe aderente în centrul și elevate la periferia papulei

837. Perioada sifilisului caracteristică pentru alopecia sifilitică:

- A. Primară seronegativă
- B. Secundară, primul episod
- C. Secundară, recidive
- D. Latentă
- E. Terțiară

838. Expresia histopatologică a sifilidelor tuberculoase:

- A. Microabscese epidermale cu neutrofili
- B. Microabscese epidermale cu limfocite
- C. Infiltrate perivascularare eozinofilice
- D. Granulom
- E. Fibrom

839. Esența nozologică a sifilisului congenital:

- A. Ereditară
- B. Dismetabolică
- C. Infecțioasă
- D. Autoimună
- E. Neoplazică

840. Forma clinică a sifilisului caracteristică pentru infiltrația papuloasă Hoesinger:

- A. Primară
- B. Secundară
- C. Terțiară

- D. Congenitală precoce
- E. Congenitală tardivă

841. Natura incapacității funcționale a membrilor în pseudoparalizia Parrot din sifilisul congenital:
- A. Spinală
 - B. Algică
 - C. Dismetabolică
 - D. Osteoproliferativă
 - E. Ereditară
842. Expresia clinică a semnului Dubois-Ghissar în sifilisul congenital:
- A. Deget mic scurtat
 - B. Polidactilie
 - C. Impotență funcțională a membrilor superioare și inferioare
 - D. Craniu fesier
 - E. Disfonie
843. Datele clinico-paraclinice sugestive pentru sifilisul latent tardiv:
- A. Sifilide diseminate cutanate
 - B. Anamneză sexuală neinformativă
 - C. Durata maladiei sub un an
 - D. Nivel de reagine – înalt
 - E. Nivel de imobilizine – înalt
844. Unitățile de măsurare a reacției de imobilizare a treponemelor:
- A. Plusuri
 - B. Densitate optică
 - C. Unități convenționale
 - D. Unități absolute
 - E. Procente
845. Doza-priză de benzilpenicilină în tratamentul sifilisului la maturi (UA):
- A. 50 000/100 000
 - B. 200 000/300 000
 - C. 500 000/1 000 000
 - D. 2 000 000/2 400 000
 - E. 3 000 000/4 000 000
846. Doza-priză de benzatin benzilpenicilină în tratamentul sifilisului la maturi (UA):
- A. 500 000
 - B. 1 000 000
 - C. 1 400 000
 - D. 2 000 000
 - E. 2 400 000
847. Doza-curs de benzatin benzilpenicilină în tratamentul preventiv al sifilisului la maturi (UA):
- A. 600 000
 - B. 1 200 000
 - C. 2 400 000
 - D. 4 800 000

E. 9 600 000

848. Doza-curs de benzatin benzilpenicilină în tratamentul sifilisului primar la maturi (UA):

- A. 600 000
- B. 1 200 000
- C. 2 100 000
- D. 4 800 000
- E. 9 600 000

849. Doza-curs de benzatin benzilpenicilină în tratamentul sifilisului secundar la maturi (UA):

- A. 6 000 000/1 200 000
- B. 1 800 000/2 100 000
- C. 4 800 000/7 200 000
- D. 9 600 000/12 000 000
- E. 14 400 000/16 800 000

850. Doza-curs de benzatin benzilpenicilină în tratamentul sifilisului latent recent la maturi:

- A. 6 000 000/1 200 000
- B. 1 800 000/2 100 000
- C. 4 800 000/7 200 000
- D. 9 600 000/12 000 000
- E. 14 400 000/16 800 000

851. Formele de clasificare evolutivă a sifilisului primar:

- A. Latent
- B. Sero-negativ
- C. Sero-pozitiv
- D. Recent
- E. Tardiv

852. Manifestările clinice sugestive pentru anghina eritematoasă sifilitică:

- A. Asimptomatică subiectivă
- B. Semne generale pronunțate (febră, frisoane, fatigabilitate)
- C. Leziuni eritematoase bine conturate
- D. Papule erozive
- E. Voce nazonată și disfonie

853. Manifestările clinice sugestive pentru tuberculul luetic:

- A. Leziuni dure, asimetrice, tendință la extindere periferică
- B. Cicatrici "imperfecte" cu tuberculi de recidivă
- C. Semn de vitropresiune "marmelada de mere" – pozitiv
- D. Chenar cu perle epiteliomatoase
- E. Anestezie termică locală

Tipul testelor serologice în sifilis și abrevierile corespunzătoare:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| 854. De imobilizare a treponemelor | A. TPHA |
| 855. De fixare a complementului | B. ELISA |
| 856. De imunofluorescență | C. VDRL, RPR, MRP (MRS) |
| 857. De floculare | D. FTA, FTA-abs |
| 858. De hemaglutinare | E. TPI (RIT) |
| 859. Imunoenzimatice | F. Bordet-Wasserman, Kolmer |

860. Reacțiile serologice nespecifice (potențial fals-pozitive) în sifilis:
- A. TPI
 - B. Bordet-Wasserman, Kolmer
 - C. FTA, FTA-abs
 - D. VDRL, RPR, MRP (MRS)
 - E. TPHA
861. Testele treponemice în sifilis:
- A. TPHA
 - B. ELISA
 - C. FTA, FTA-abs
 - D. VDRL, RPR, MRP (MRS)
 - E. TPI (RIT)
862. Formele clinice tipice de sancru dur luetic:
- A. Eroziune
 - B. Fisură
 - C. Excoriație
 - D. Scuamă
 - E. Ulcerație
863. Leziunile caracteristice pentru sifilisul terțiar:
- A. Papulă
 - B. Tubercul
 - C. Urtică
 - D. Nodozitate
 - E. Veziculă
864. Investigațiile paraclinice de rutină în sifilis:
- A. Însămânțări pe medii de cultură
 - B. Teste serologice
 - C. Teste alergologice
 - D. Microscopie în câmp întunecat
 - E. Microscopie în colorația Gram
865. Opțiunile terapeutice suficiente în formele recente de sifilis (primar, secundar, latent recent):
- A. Benzilpenicilină – 7 zile
 - B. Benzilpenicilină – 14 zile
 - C. Benzilpenicilină – 28 zile
 - D. Benzatin benzilpenicilină – 2-3 doze săptămânale
 - E. Benzatin benzilpenicilină – 4-5 doze săptămânale
866. Sifilidele pustuloase profunde:
- A. Impetigoide
 - B. Variceliforme
 - C. Acneiforme
 - D. Ectimatoase
 - E. Rupioide

867. Datele clinico-paraclinice sugestive pentru sifilisul latent recent:
- A. Alopecie și leucomelanodermie luetică
 - B. Asimptomatică obiectivă
 - C. Durata maladiei sub 2 ani
 - D. Nivel de reagine – înalt
 - E. Nivel de imobilizine – înalt
868. Indicațiile de instituire a tratamentului profilactic antisifilitic:
- A. Pentru copii născuți de mame bolnave
 - B. Pentru persoanele cu sifilis latent
 - C. Pentru persoanele sănătoase având un istoric de cel mult 2 luni de la ultimul contact sexual cu bolnavul de sifilis
 - D. Pentru persoanele de contact menajer (nesexual) al bolnavului de sifilis
 - E. Pentru gravidele care s-au tratat anterior pentru sifilis și se află la evidență clinico-serologică
869. Manifestările cutanate sugestive pentru șancrul dur luetic:
- A. Leziune eroziv-ulceroasă cu contur neregulat
 - B. Leziune cu baza indurată
 - C. Leziune acoperită de o secreție clară
 - D. Leziune dureroasă
 - E. Leziune eroziv-ulceroasă cu sângerare frecventă
870. Localizarea de elecție a condiloamelor late:
- A. Pliurile mari
 - B. Suprafețe de extensie ale membrelor
 - C. Regiunea perianală
 - D. Regiunea perigenitală
 - E. Palme și plante
871. Formele morfologice de *Treponema pallidum*:
- A. Diplococică
 - B. Sporulată
 - C. Spiralată
 - D. Chist-formă
 - E. L-formă
872. Manifestările clinice sugestive pentru șancrul-amigdalită sifilitic:
- A. Leziuni eroziv-ulceroase
 - B. Afectare unilaterală
 - C. Margini precise
 - D. Durere la deglutiție
 - E. Adenopatie regională
873. Rozeola luetică este pozitivă în proba Baltzer:
- A. Corect
 - B. Incorect
874. Manifestările cutanate sugestive pentru sifilisul secundar:
- A. Plăci eritematoase extinse
 - B. Leziuni papuloase și pustuloase
 - C. Leziuni de șancru dur

- D. Leziuni gomoase
- E. Alopecie și leucomelanodermie

875. Sifilisul primar este inițial sero-negativ:

- A. Corect
- B. Incorect

876. Metodă de rutină pentru confirmarea sifilisului primar seronegativ:

- A. Serologică
- B. Însămânțări pe medii de cultură
- C. Microscopie în câmp întunecat
- D. Microscopie în colorația Gram
- E. Teste alergologice

877. Manifestările clinice sugestive pentru sifilisul primar:

- A. Anghină eritematoasă
- B. Șancru dur
- C. Papule erozive
- D. Adenopatie regională
- E. Limfangită specifică

878. Formele atipice de șancru dur:

- A. Eritem indurativ
- B. Edem indurativ
- C. Panariciu
- D. Amigdalită
- E. Fagedenism

879. Expresia clinică sugestivă pentru ectima sifilitică:

- A. Eroziune acoperită de crustă seroasă
- B. Papulă erozivă acoperită cu depuneri fibrinoase
- C. Ulcerație acoperită de crustă masivă, presată în piele (denivelată)
- D. Ulcerație acoperită de crustă stratificată conică (supranivelată)
- E. Șancru dur ulceros

880. În cazul rupiei sifilitice durata maladiei se estimează la cel puțin 1 an:

- A. Corect
- B. Incorect

881. Sifilidele sugestive pentru un sifilis malign:

- A. Rozeole multiple
- B. Papule miliare
- C. Papule lenticulare
- D. Papule hipertrofice
- E. Rupii și ectime

882. Varietățile clinice de alopecie sifilitică:

- A. În luminișuri
- B. Difuză
- C. Seboreică
- D. Areată
- E. Ofiazică

883. Semnele clinice de certitudine sugestive pentru sifilisul congenital tardiv:
- A. Cheratită
 - B. Nas în șa
 - C. Labirintită
 - D. Anomalii a incisivilor mediani superiori
 - E. Anomalii a molarilor I superiori
884. Triada Hutchinson nu include semnele clinice de certitudine pentru sifilisul congenital tardiv:
- A. Corect
 - B. Incorect
885. Datele clinico-paraclinice sugestive pentru sifilisul terțiar:
- A. Gome și tuberculi
 - B. Rozeole și papule multiple
 - C. Afectare viscerală, osteo-articulară, neurologică
 - D. Nivel de reagine – înalt
 - E. Nivel de imobilizine – înalt
886. Șancrul cangrenos luetic este o complicație la asocierea florei anaerobe:
- A. Corect
 - B. Incorect
887. Semnele clinice sugestive pentru o adenopatie sifilitică:
- A. Consistență moale
 - B. Tendință de ramolire
 - C. Mobilitate și neaderență
 - D. Indoloră
 - E. Poliganglionară
888. Localizarea de elecție a leucomelanodermiei luetice:
- A. Gâtul lateral și posterior
 - B. Flancuri
 - C. Față
 - D. Aria genitală
 - E. Palme și plante
889. Expresia clinică sugestivă pentru rozeola sifilitică:
- A. Macule vasculare neinflamatorii (telangiectazii)
 - B. Macule vasculare inflamatorii cu diametrul de 5-10 mm
 - C. Macule vasculare inflamatorii cu diametrul de 5-10 cm
 - D. Macule hemoragice
 - E. Macule discromice
890. Ariile electiv de localizare a rozeolei luetice:
- A. Față
 - B. Ariile genitale
 - C. Palme și plante
 - D. Pliurile mari
 - E. Trunchi și flancuri

891. Datele clinico-paraclinice sugestive pentru sifilisul secundar:
- A. Adenopatie regională unilaterală
 - B. Sifilide floride
 - C. Sifilom florid
 - D. Alopecie și leucomelanodermie
 - E. Nivel de imunoglobulină – înalt
892. Complicațiile șancrului dur la bărbați:
- A. Balanită și balanopostită
 - B. Fimoză și parafimoză
 - C. Edemul indurativ
 - D. Șancru cangrenos
 - E. Șancru amigdalită
893. Varietățile clinice ale sifilidelor papuloase:
- A. Miliare
 - B. Lenticulare
 - C. Numulare
 - D. Condiloame acuminat
 - E. Condiloame late
894. Scenariile evolutive întemeiate în infecția sifilitică la gravide:
- A. Avort spontan
 - B. Naștere prematură a fătului mort sau în termen a copilului neviabil
 - C. Naștere prematură sau în termen a copilului cu leziuni perinatale, ulterior cu sifilis precoce și tardiv
 - D. Naștere în termen a copilului aparent sănătos, ulterior cu sifilis latent
 - E. Naștere în termen a copilului sănătos, pentru care nu este indicat tratamentul profilactic
895. Notificarea (informarea) partenerului sexual al bolnavului cu sifilis nu este obligatorie în managementul infecției sifilitice:
- A. Corect
 - B. Incorect
896. Modalitățile posibile de transmitere a sifilisului:
- A. Contact direct (sexual, nesexual)
 - B. Contact indirect
 - C. Transfuzional
 - D. Transplacentar
 - E. Ereditar
897. Semnele clinice sugestive pentru sifilisul secundar de recidivă:
- A. Șancru dur
 - B. Adenopatie regională unilaterală
 - C. Rozeole multiple și simetrice
 - D. Condiloame late
 - E. Alopecie și leucomelanodermie
898. Sifilidele papuloase pe mucoase nu sunt de regulă erozive:
- A. Corect
 - B. Incorect

899. Condițiile de realizare a perioadelor latente în sifilis:
- A. Creștere a reactivității specifice
 - B. Scădere a reactivității specifice
 - C. Anergie serologică (fenomenul de prozonă)
 - D. Creștere a imunității specifice
 - E. Scădere a imunității specifice
900. Semnele clinice sugestive pentru sifilisul congenital la sugari:
- A. Osteocondrita și osteoperiostita
 - B. Coriza specifică
 - C. Șancrul dur
 - D. Pemfigusul palmo-plantar
 - E. Sifilida infiltrativă difuză Hohnsinger
901. Durata evidenței clinico-serologice la pacienții imunocompetenți după un tratament adecvat pentru sifilis (luni):
- A. 1
 - B. 2-3
 - C. 6-12
 - D. 18-24
 - E. Nu este necesară
902. Dinamica de scădere de 4 ori a titrului testelor non-treponemice la finele evidenței clinico-serologice denotă eficacitatea adecvată a tratamentului în formele recente de sifilis:
- A. Corect
 - B. Incorect
903. Treponema pallidum nu dezvoltă rezistență pentru peniciline:
- A. Corect
 - B. Incorect

GONOREEA

904. Neisseria gonorrhoeae este o bacterie Gram-pozitivă:
- A. Corect
 - B. Incorect
905. Neisseria gonorrhoeae este o bacterie anaerobă:
- A. Corect
 - B. Incorect
906. Neisseria gonorrhoeae este un diplococ:
- A. Corect
 - B. Incorect
907. Depistarea diplococilor Gram-negativi situați extracelular este patognomonică pentru infecția gonococică:
- A. Corect
 - B. Incorect

908. Rolul patogenetic al pililor de pe suprafața gonococului:
- A. Micșorează aderența gonococului la epiteliu
 - B. Favorizează fagocitoza de către neutrofili și celule antigen-prezentatoare
 - C. Intervin în transferul de metaboliți și de material genetic (plasmide)
 - D. Produc hemaglutinarea leucocitelor și hematiilor
 - E. Sunt antigenici și induc răspunsul imun
909. Formele atipice de supraviețuire ale gonococului:
- A. B-forma
 - B. A-forma
 - C. L-forma
 - D. Sferoplast
 - E. Diplococ
910. Formele clinico-evolutive ale gonoreei:
- A. Primară
 - B. Cronică
 - C. Secundară
 - D. Terțiară
 - E. Acută
911. Manifestările clinice comune pentru prostatita gonococică cronică:
- A. Prostatoree
 - B. Semne de uretrită totală
 - C. Mărirea inegală a lobulilor prostatei
 - D. Palparea șanțului median al prostatei
 - E. Dureri moderate
912. Țintele eventuale de afectare primară în infecția gonococică la bărbați:
- A. Uretră
 - B. Rect
 - C. Conjunctivă
 - D. Amigdale
 - E. Piele
913. Varietațile clinice de gonoree descendentă la femei:
- A. Endometrită
 - B. Pelvioperitonită
 - C. Bartholinită
 - D. Vulvovaginită
 - E. Cistită
914. Varietațile clinice de gonoree ascendentă la femei:
- A. Adnexită
 - B. Vestibulită
 - C. Vulvită
 - D. Pielonefrită
 - E. Cistită
915. Metoda de referință în diagnosticul paraclinic al gonoreei:
- A. Microscopie
 - B. Culturi pe medii selective

- C. Serologie
- D. Teste cutanate
- E. Biopsie

916. Mediile selective pentru identificarea gonococului în cultură:

- A. Muller-Hinton
- B. Feinberg-Whittington
- C. Sabouraud
- D. Thayer-Martin
- E. Lowenstein

917. Incubația medie în gonoree:

- A. 6-12 ore
- B. 15-24 ore
- C. 2-5 zile
- D. 7-10 zile
- E. 21-30 zile

918. Opțiunea imunoterapiei specifice în tratamentul gonoreei:

- A. Pirogenal
- B. Levamisol
- C. Isoprinosină
- D. Gonovaccină
- E. Anatoxină stafilococică

919. Proba de diagnostic topografic în uretrita gonococică la bărbați:

- A. Baltzer
- B. Wickham
- C. Thompson
- D. Auspitz
- E. Tzanck

920. Proba urinei cu 2 pahare în uretrita gonococică acută anterioară la bărbați:

- A. I porție – transparentă
- B. I porție – tulbure
- C. II porție – transparentă
- D. II porție – tulbure
- E. II porție – hemoragie terminală

921. Metodele de rutină de diagnostic microscopic direct pe frotiuri colorate în gonoree:

- A. Romanovsky-Giemsa
- B. Gram
- C. Ziehl-Nielsen
- D. Albastru de metilen
- E. În câmp întunecat

922. Formele topografice pentru uretrita gonococică la bărbați:

- A. Exterioară
- B. Anterioară
- C. Diseminată
- D. Interioară
- E. Totală

923. Complicațiile locale (uretrale) în uretrita gonococică cronică la bărbați:
- A. Tysonite
 - B. Littreite
 - C. Skenite
 - D. Bartholinite
 - E. Morganite
924. Țintele comune de afectare primară în gonoreea urogenitală la femei:
- A. Vulvă
 - B. Vagin
 - C. Col uterin
 - D. Endometriu
 - E. Uretră
925. Țintele comune de afectare primară în gonoreea extragenitală:
- A. Faringe și amigdale
 - B. Piele
 - C. Rect
 - D. Ochi
 - E. Buze
926. Epiteliul susceptibil la afectare primară în infecția gonococică:
- A. Pavimentos (scuamos) pluristratificat
 - B. Pavimentos (scuamos) unistratificat
 - C. Cilindric
 - D. Cubic
 - E. Toate cele menționate
927. Momentul oportun pentru efectuarea testelor de control al vindecării pentru gonoree la bărbați:
- A. 1-2 zile
 - B. 3-10 zile
 - C. 2-3 luni
 - D. 3-4 luni
 - E. Nu se efectuează
928. Momentul oportun pentru efectuarea testelor de control al vindecării pentru gonoree la femei:
- A. 1-2 zile
 - B. 3-10 zile
 - C. La 2 cicluri menstruale după I control
 - D. La 4 cicluri menstruale după I control
 - E. Nu se efectuează
929. Semnele clinice sugestive pentru uretrita gonococică acută anterioară la bărbați:
- A. Secreție uretrală alb-gălbui, spumoasă (aerată), fluidă și fetidă
 - B. Secreție abundentă uretrală, purulentă, galben-verzuie, densă
 - C. Dureri și usturime în special spre sfârșitul micțiunii
 - D. Micțiuni frecvente, imperioase, însoțite de tenesme vezicale
 - E. Tumefierea și congestionarea fosei naviculare și a meatului

930. Căile de transmitere în gonoree:
- A. Transplacentară
 - B. Intranatală
 - C. Directă (sexuală)
 - D. Indirectă (menajeră)
 - E. Aerogenă
931. Formele clinico-morfologice de prostatită gonococică:
- A. Infiltrativă
 - B. Catarală
 - C. Foliculară
 - D. Granulară
 - E. Parenchimatoasă
932. Formele clinico-evolutive de prostatită gonococică:
- A. Recentă
 - B. Acută
 - C. Fulminantă
 - D. Torpidă
 - E. Cronică
933. Semnele clinice sugestive pentru uretrita gonococică acută totală la bărbați:
- A. Secreție uretrală abundentă, alb-gălbuie, spumoasă (aerată), fluidă și fetidă
 - B. Dureri și usturime în special la debutul micțiunii
 - C. Micțiuni frecvente, imperioase, însoțite de tenesme vezicale
 - D. Hematurie terminală
 - E. Ereccții dureroase, frecvente, hemospermie
934. Complicațiile peniene ale uretritei gonococice la bărbați:
- A. Balanită
 - B. Balanopostită
 - C. Prostatită
 - D. Fimoză
 - E. Parafimoză
935. Formele clinico-endoscopice de uretrită gonococică cronică la bărbați:
- A. Infiltrativă
 - B. Descuamativă
 - C. Granulară
 - D. Glandulară
 - E. Torpidă
936. Metodele oportune ale diagnosticului de laborator în gonoree:
- A. Examen microscopic prin frotiuri colorate
 - B. Culturi pe medii selective
 - C. Serodiagnostic
 - D. Teste cutanate
 - E. Examen histopatologic
937. Complicațiile loco-regionale ale uretritei gonococice la bărbați:
- A. Epididimo-funiculită
 - B. Orhită

- C. Balanopostită
- D. Littreite și morganite
- E. Prostatită

938. Complicațiile la distanță în infecția gonococică urogenitală la bărbați:

- A. Artrită
- B. Endocardită
- C. Perihepatită
- D. Prostatită
- E. Epididimită

939. Formele de gonoree extragenitală:

- A. Oftalmită
- B. Pelvioperitonită
- C. Prostatită
- D. Faringită
- E. Rectită

Specificarea metodelor de reactivare (provocare) în gonoree:

- | | |
|------------------|--|
| 940. Biologică | A. Instilații/badijonări uretrale cu nitrat de argint, protargol, etc. |
| 941. Alimentară | B. Examinare după menstruații |
| 942. Mecanică | C. Bujii uretrale, uretroscoapie |
| 943. Chimică | D. Gonovaccin |
| 944. Fiziologică | E. Bere, produse sărate și picante |

945. Opțiunile terapeutice suficiente în gonoreea acută:

- A. Antibiotice
- B. Vaccin gonococic
- C. Imunostimulatori
- D. Vitamine
- E. Tratament local

946. Opțiunile terapeutice utile în gonoreea cronică:

- A. Antibiotice
- B. Vaccin gonococic
- C. Imunostimulatori
- D. Citostatice
- E. Tratament local

947. Tratamentul local nu este necesar în gonoreea acută:

- A. Corect
- B. Incorect

948. Nu există antibiotice pentru care Neisseria gonorrhoeae dezvoltă rezistență:

- A. Corect
- B. Incorect

949. Antibiotice folosite pentru tratamentul “minut” (eficiente în doză unică) în gonoree:

- A. Ceftriaxonă
- B. Ofloxacină
- C. Doxiciclină
- D. Penicilină

- E. Spectinomicină
950. Preparatele antibacteriene eficiente în tratamentul gonoreei:
- A. Metronidazol
 - B. Co-trimoxazol
 - C. Clotrimazol
 - D. Ciprofloxacină
 - E. Azitromicină
951. Purtătorii asimptomatici principali ai infecției gonococice sunt bărbații:
- A. Corect
 - B. Incorect
952. Țintele de afectare primară în gonoree la fete:
- A. Uretră
 - B. Endometriu
 - C. Vulvă
 - D. Col uterin
 - E. Vagin

TRICHOMONIAZA

953. Originea agentului cauzal al trichomoniozei:
- A. Bacterie
 - B. Virus
 - C. Protozoar
 - D. Fung
 - E. Căpușă
954. Perioada de incubație medie în trichomonioză (în zile):
- A. 1-2
 - B. 3-5
 - C. 7-10
 - D. 20-30
 - E. 35-60
955. Agentul cauzal al trichomoniozei urogenitale:
- A. *Trichomonas hominis*
 - B. *Trichomonas tenax*
 - C. *Trichomonas vaginalis*
 - D. *Haemophilus vaginalis*
 - E. *Gardnerella vaginalis*
956. pH-ul optim pentru viabilitatea agentului cauzal al trichomoniozei:
- A. 1,2-2,2
 - B. 2,3-3,7
 - C. 3,8-4,4
 - D. 4,9-7,5
 - E. 7,6-8,6

957. Apa distilată distruge instantaneu agentul cauzal al trichomoniazei:
A. Corect
B. Incorect
958. Agentul cauzal al trichomoniazei are tropism pentru epiteliul cilindric:
A. Corect
B. Incorect
959. Medicamentele eficace în tratamentul sistemic al trichomoniazei:
A. Clotrimazol
B. Metronidazol
C. Mebendazol
D. Tinidazol
E. Ornidazol
960. Medicamentele eficace în tratamentul local al trichomoniazei:
A. Anuzol
B. Astemizol
C. Metronidazol
D. Clotrimazol
E. Apă distilată
961. Țintele comune de afectare primară în trichomoniază la femei:
A. Vagin
B. Col uterin
C. Uretră
D. Glande Bartholin și Skene
E. Vulvă
962. Țintele comune de afectare primară în trichomoniază la bărbați:
A. Uretră
B. Gland penian
C. Prepuț
D. Rect
E. Toate cele menționate
963. Semnele clinice comune de trichomoniază la bărbați:
A. Secreție uretrală densă purulentă abundentă
B. Secreție uretrală redusă clară
C. Congestie și edem al meatului
D. Senzație de arsură și disconfort la micțiune
E. Eroziuni dureroase ale glandului și prepuțului
964. Semnele clinice comune de trichomoniază la femei:
A. Arsuri vaginale
B. Leucoree densă, galben-verzuie
C. Leucoree fluidă, spumoasă, alb-gălbuie
D. Miros fetid al scurgerilor genitale
E. Eritem și edem al vulvei

965. Opțiunile terapeutice utile în afecțiunile urogenitale mixte acute (gonoree + trichomoniază):
- A. Doxiciclină
 - B. Pirogenal
 - C. Vaccin polivalent antigonococic
 - D. Metronidazol
 - E. Tratament local cu antiseptice
966. Opțiunile terapeutice utile în afecțiunile urogenitale mixte (gonoree + trichomoniaza + candidoză) la femei:
- A. Metronidazol sistemic
 - B. Doxiciclină sistemic
 - C. Fluconazol sistemic
 - D. Mebendazol sistemic
 - E. Clotrimazol topic
967. Tratamentul gonoreei trebuie să anticipeze tratamentul trichomoniazei:
- A. Corect
 - B. Incorect

INFECȚIILE UROGENITALE CU CHLAMYDIA ȘI MYCOPLASMA

968. Afecțiunile date de Chlamydia:
- A. Trahom
 - B. Granulom venerian
 - C. Limfogranulomatoză veneriană
 - D. Ftiriază
 - E. Psitacoză și ornitoză
969. Durata medie a perioadei de incubație pentru uretrita chlamydiană (zile):
- A. 1-2
 - B. 3-5
 - C. 7-14
 - D. 20-30
 - E. 35-45
970. Manifestările clinice comune ale infecției genitale cu chlamydii la femei:
- A. Vulvovaginită
 - B. Uretrită
 - C. Cervicită
 - D. Boala inflamatorie pelviană
 - E. Endometrită
971. Manifestările clinice comune ale infecției genitale cu chlamydii la bărbați:
- A. Boala inflamatorie pelviană
 - B. Perihepatita
 - C. Uretrita
 - D. Prostatită
 - E. Epididimită
972. Metodele de laborator informative în diagnosticul chlamydiozei urogenitale:
- A. Reacții de amplificare nucleică și de polimerizare în lanț (NAA și PCR)

- B. Culturi pe medii artificiale (acelulare)
 - C. Culturi pe medii celulare
 - D. Imunofluorescența directă și indirectă (DFA și IFA)
 - E. Testul imunoenzimatic (ELISA)
973. Antibioticele eficiente în tratamentul chlamydiei:
- A. Ofloxacină
 - B. Penicilină
 - C. Spectinomycină
 - D. Doxiciclină
 - E. Azitromicină
974. Terenul genetic predispus pentru dezvoltarea sindromului Reiter:
- A. HLA-DR2
 - B. HLA-DR4
 - C. HLA-B8
 - D. HLA-B27
 - E. HLA-A1
975. Semnele clinice majore în sindromul Reiter:
- A. Conjunctivită
 - B. Artrită
 - C. Adenopatie inghinală
 - D. Uretrită
 - E. Labirintită
976. Semnele clinice minore în sindromul Reiter:
- A. Alopecie
 - B. Leziuni cutanate psoriaziforme
 - C. Leziuni erozive ale mucoasei bucale
 - D. Leziuni erozive genitale
 - E. Distrofii unghiale
977. Opțiunile terapeutice utile în sindromul Reiter:
- A. Peniciline și cefalosporine
 - B. Tetraciline și macrolide
 - C. Antiinflamatoare nesteroidiene
 - D. Corticosteroizi
 - E. Citostatice
978. Speciile de mycoplasme implicate în infecțiile urogenitale:
- A. Mycoplasma orale
 - B. Mycoplasma hominis
 - C. Mycoplasma genitalium
 - D. Mycoplasma salivarium
 - E. Ureaplasma urealyticum
979. Mycoplasmele, în general, sunt microorganisme saprofite, fiind potențial patogene:
- A. Corect
 - B. Incorect

980. Mycoplasmele pot fi izolate numai pe medii celulare de cultură:
- A. Corect
 - B. Incorect
981. Opțiunile antibioterapiei eficiente în infecțiile urogenitale cu mycoplasme:
- A. Peniciline
 - B. Cefalosporine
 - C. Tetraciclone
 - D. Macrolide
 - E. Chinolone

HIV-INECȚIA

982. Originea virusului HIV:
- A. Papovavirus
 - B. Herpesvirus
 - C. Parvovirus
 - D. Paramyxovirus
 - E. Retrovirus
983. Conștiuenții biochimici ai virusului HIV:
- A. ADN
 - B. ARN
 - C. Proteine
 - D. Glicoproteine
 - E. Lipide
984. Țintele de afectare celulară ale virusului HIV:
- A. Macrofage
 - B. Celule Langerhans
 - C. Limfocite T helper
 - D. Limfocite T citotoxice
 - E. Monocite
985. Receptorul specific de afinitate celulară a virusului HIV:
- A. CD2+
 - B. CD4+
 - C. CD8+
 - D. CD19+
 - E. CD28+
986. Căile de transmitere a virusului HIV:
- A. Raporturi sexuale
 - B. Prin instrumente, seringi și ace nesterile
 - C. Transfuzii de sânge infectat
 - D. Transplacental sau prin lapte matern
 - E. Înțepături de insecte
987. Mediile biologice ce contribuie cu certitudine la transmiterea virusului HIV:
- A. Salivă
 - B. Sânge
 - C. Lacrimi

- D. Spermă
 - E. Secreția colului uterin
988. Durata perioadei de incubație în infecția HIV:
- A. 1-2 săptămâni
 - B. 3-12 săptămâni
 - C. 4-6 luni
 - D. 8-10 luni
 - E. 12-24 luni
989. Esența seroconversiei sidatice (HIV/SIDA):
- A. Scăderea limfocitelor T4
 - B. Raport limfocite T4/T8 – 1:1
 - C. Pozitivarea proteinelor p24 sidatice
 - D. Pozitivarea anticorpilor anti-HIV
 - E. Negativarea anticorpilor anti-HIV
990. Manifestările cutanate în primoinfecția sidatică (HIV/SIDA) nu sunt specifice:
- A. Corect
 - B. Incorect
991. Cea mai frecventă manifestare cutanată asociată infecției HIV/SIDA:
- A. Dermatită exfoliativă
 - B. Dermatită seboreică
 - C. Dermatită de contact
 - D. Dermatită atopică
 - E. Dermatită herpetiformă Dühring
992. Manifestările clinice ale primoinfecției HIV (sindrom retroviral acut):
- A. Sarcom Kaposi
 - B. Sindrom pseudogripal sau pseudomononucleozic
 - C. Limfadenopatie persistentă generalizată
 - D. Candidoză esofagiană, bronșică, pulmonară
 - E. Erupție rujeoliformă
993. Manifestările clinice sugestive pentru pre-SIDA:
- A. Stomatite persitente și recidivante cu Candida albicans
 - B. Herpes zoster generalizat (simetric)
 - C. Herpes simplex extins cu evoluție prelungită
 - D. Sarcom Kaposi
 - E. Leucoplazie orală (linguală) păroasă (viloasă)
994. Manifestările clinice sugestive pentru SIDA manifestă:
- A. Candidoza esofagiană, traheobronșică și pulmonară
 - B. Candidoză orofaringiană
 - C. Criptococoză diseminată
 - D. Tuberculoză pulmonară/extrapulmonară
 - E. Sarcom Kaposi
995. Neoplazia vasculară sugestivă pentru SIDA:
- A. Spinaliom
 - B. Bazaliom

- C. Sarcom Kaposi
 - D. T-limfom
 - E. B-limfom
996. Datele clinico-anamnestice sugestive pentru sarcomul Kaposi epidemic:
- A. Sex feminin
 - B. Heterosexualitate
 - C. Debut la vârste precoc
 - D. Localizarea leziunilor pe față, trunchi, mucoase
 - E. Evoluție agresivă
997. Leziunile sugestive pentru sarcomul Kaposi:
- A. Pustulă
 - B. Nodul
 - C. Bulă
 - D. Maculă
 - E. Urtică
998. Testele de laborator pentru stabilirea, confirmarea și monitorizarea infecției HIV/SIDA:
- A. Citodiagnostic Tzanck
 - B. Cultură acelulară
 - C. ELISA
 - D. PCR
 - E. Western-Blot
999. Anomaliile imunologice specifice pentru infecția HIV/SIDA:
- A. Deficit selectiv al limfocitelor T8
 - B. Scăderea raportului T4/T8 sub 1,3-1
 - C. Diminuarea sau absența hipersensibilității cutanate tardive
 - D. Creșterea secreției spontane de imunoglobuline de către limfocitele B
 - E. Creșteri la nivelul interferonilor
1000. Categoriile de chimioterapice antiretrovirale în tratamentul infecției HIV/SIDA:
- A. Inhibitori nucleozidici ai revers-transcriptazei
 - B. Inhibitori nucleotidici ai revers-transcriptazei
 - C. Inhibitori nenucleozidici ai revers-transcriptazei
 - D. Inhibitori ai lipazei
 - E. Inhibitori ai proteazei
1001. Antiretrovirale specifice în tratamentul infecției HIV/SIDA:
- A. Aciclovir
 - B. Foscarnet
 - C. Indinavir
 - D. Zidovudină
 - E. Nevirapină