

DISMICROBISMUL INTESTINAL

Complement simplu

1. La nou-născuți, microflora intestinală este reprezentată preponderent de:
 - A. Bacillus bifidus
 - B. Enterococcus
 - C. Proteus
 - D. Klebsiella
 - E. Esch. coli hemolizantă
2. La nou-născutul alimentat natural bifidoflora se stabilește evident dominantă în:
 - A. 1-a–a 2-a zi
 - B. A 5-a– a 7-a zi
 - C. A 2-a– a 3-a săptămână
 - D. 1-a lună
 - E. A 6-a lună
3. Flora rezidentară (permanentă) intestinală din colon la copiii de vârstă școlară este reprezentată de:
 - A. Stafilococcus aureus
 - B. Candida albicans
 - C. Bacteroides și bifidus Bacterium
 - D. Clostridium perfringens
 - E. Enterobacter cloacae
4. Rolul decisiv în diagnosticul dismicrobismului intestinal la copii îi revine:
 - A. Hemoleucogramei
 - B. Proteinogramei
 - C. Coproculturii
 - D. Probelor hepatice
 - E. Investigațiilor serologice
5. Numiți cea mai eficientă metodă de corecție a tulburărilor microflorei intestinale la copilul mic este:
 - A. Alimentația corectă
 - B. Antibioterapia
 - C. Vitaminele
 - D. Bacteriofagii
 - E. Fermenții

6. Diagnosticul dismicrobismului intestinal poate fi stabilit numai în baza:
- A. Biliculturii
 - B. Hemoculturii
 - C. Coproculturii
 - D. Culturii din nazofaringe
 - E. Uroculturii
7. Dismicrobismul intestinal la sugari se manifestă mai frecvent prin sindromul:
- A. Cataral
 - B. Meningian
 - C. Dispeptic
 - D. Eruptiv
 - E. Limfadenopatie

Complement multiplu

1. Flora intestinală obligatorie (concomitentă florei rezidentare) la copii este reprezentată de:
- A. Esch. coli $2-4 \cdot 10^8$
 - B. Enterococcus 10^5-10^6
 - C. Lactobacterii facultativ anaerobe 10^5-10^8
 - D. Candida $0-10^5$
 - E. Klebsiella $0-10^6$
2. Flora intestinală tranzitorie (ocazională) este reprezentată de:
- A. Stafilococcus
 - B. Candida albicans
 - C. Enterobacterii condiționat patogene
 - D. Lactobacterii
 - E. Bifidobacterii
3. Microflora intestinală normală la copii, calitativ și cantitativ, depinde mult de următorii factori:
- A. Sezonul anului
 - B. Terapia antivirală
 - C. Vârsta copilului
 - D. Rehidratarea orală
 - E. Tipul de alimentație
4. Cauzele declanșării și evoluției dismicrobismului intestinal la copiii mici sunt:

- A. Utilizarea antibioticelor deseori nerațională
 - B. Maladii infecțioase digestive repetate
 - C. Alimentația naturală
 - D. Encefalopatia perinatală
 - E. Alimentația artificială
5. Dismicrobismul intestinal compensat la sugari se manifestă prin:
- A. Scăderea poftei de mâncare
 - B. Hipertermie
 - C. Scăderea ponderală
 - D. Pusee subfebrile
 - E. Diaree
6. Dismicrobismul intestinal subcompensat la copii se manifesta clinic prin:
- A. Subfebrilitate stabilă
 - B. Inapetență
 - C. Regurgitații, vome, diaree
 - D. Hemocolită
 - E. Semne meningiene pozitive
7. Dismicrobismul intestinal decompensat la copii se manifestă clinic prin:
- A. Semne de intoxicație generală
 - B. Vome repetate
 - C. Diaree cu scaune cu mucus, uneori și cu striuri de sânge
 - D. Scaune normale
 - E. Constipații
8. Diagnosticul dismicrobismului intestinal se bazează pe:
- A. Anamneza bolii
 - B. Radiografia abdominală
 - C. Tabloul clinic și evoluția bolii
 - D. Corpoculturi
 - E. Electrocardiogramă
9. Factorii predispozanți la dismicrobismul intestinal al nou-născutului sunt:
- A. Acutizarea maladiilor cronice în timpul sarcinii la gravidă
 - B. Alimentația artificială precocă
 - C. Prematuritatea
 - D. Alimentația naturală
 - E. Născut de mamă purtătoare de HbsAg

10. Simptomatologia clinică a dismicrobismului intestinal la nou-născut include:
- A. Meteorism
 - B. Scaune lichide frecvente
 - C. Subfebrilitate
 - D. Febră
 - E. Icter
11. Tratatamentul dismicrobismului intestinal la copii include:
- A. Corticosteroizi
 - B. Imunocorecția
 - C. Restabilirea microbiocenozei intestinale
 - D. Recuperarea funcțională a intestinului
 - E. Antibioterapie
12. Tratatamentul dismicrobismului intestinal decompensat la copii include:
- A. Corticosteroizi
 - B. Immunoglobuline
 - C. Eubiotice
 - D. Antibiotice
 - E. Antivirale
13. Tratatamentul dismicrobismului intestinal subcompensat va include:
- A. Lactate acidulate
 - B. Eubiotice
 - C. Antibiotice
 - D. Corticosteroizi
 - E. Fermenți
14. Diagnosticul diferențial al dismicrobismului intestinal la copii se face cu:
- A. Infecții intestinale acute cu ECP
 - B. Mononucleoza infecțioasă
 - C. Hepatita virală
 - D. Shigeloza
 - E. Escherichioza

HEPATITELE VIRALE

Complement simplu

1. Hepatita virală A forma anicterică la copii este caracterizată prin:
 - A. Icter slab pronunțat
 - B. Bilirubinemie ușoară, cu predominarea fracției conjugate
 - C. Valorile ALAT crescute
 - D. Semne catarale majore
 - E. Eruptii cutanate
2. În hepatita virală A la copii, forma frustă, se va înregistra unul din următoarele semne:
 - A. Intoxicație pronunțată
 - B. Icter pronunțat
 - C. Eruptii hemoragice
 - D. Artralгии
 - E. Hepatomegalie
3. Care semn clinic nu este caracteristic pentru forma malignă a hepatitei virale la copii?
 - A. Adinamie, agitație, convulsii
 - B. Hepatomegalie pronunțată
 - C. Vomă repetată, regurgitații
 - D. Icter pronunțat
 - E. Sindrom hemoragic
4. Care afirmație referitor la hepatita virală congenitală nu este corectă?
 - A. Semne de intoxicație moderate
 - B. Hepatomegalie neînsemnată
 - C. Sindrom hemoragic frecvent
 - D. Hiperbilirubinemie cu predominarea fracției neconjugate
 - E. Activitatea ALAT, F-1-fosfat aldolazei ușor crescute
5. Forma malignă în hepatita virală la copii se întâlnește cel mai frecvent în caz de:
 - A. HVA
 - B. HVC
 - C. HVB
 - D. HVE
 - E. Hepatita în infecția cu citomegalovirus

6. Markerul important al contagiozității copilului bolnav de HVB este:
- A. HBsAg
 - B. HBcAg
 - C. HBeAg
 - D. Anticorpi anti-Hbe Ag
 - E. Anticorpi anti-Hbc Ag
7. Encefalopatia hepatică acută în hepatita virală la copii are, de regulă, consecința:
- A. Însănătoșire
 - B. Însănătoșire incompletă
 - C. Hepatită cronică
 - D. Sfârșit letal
 - E. Ciroză hepatică postnecrotică
8. Encefalopatia hepatică acută în hepatita virală se întâlnește mai frecvent la:
- A. Nou-născuți
 - B. Sugari
 - C. Preșcolari
 - D. Adulți
 - E. Școlari
9. În caz de encefalopatie hepatică acută la copii, nu lipsesc:
- A. Convulsii tonico-clonice
 - B. Vome cu sânge
 - C. Conștiința clară
 - D. Tahipnee
 - E. Oligurie
10. Cel mai informativ test biochimic în encefalopatia hepatică acută la copii este:
- A. Hipertransaminazemia
 - B. Hiperbilirubinemia
 - C. B-lipoproteide valori mari
 - D. Protrombinemia sub 40%
 - E. Testul cu timol valori mici

Complement multiplu

1. Hepatitele virale la sugari sunt produse, de obicei, de:
- A. Virusul hepatic A
 - B. Virusul hepatic B
 - C. Virusul hepatic C

- D. Virusul hepatic D
 - E. Virusul hepatic E
2. În hepatita virală B, forma gravă, la copii pot fi:
- A. Icter progresiv
 - B. Manifestări hemoragice
 - C. Hepatomegalie, ficat dur
 - D. Intoxicație moderată
 - E. Convulsii repetate
3. Criteriile clinice majore de gravitate în hepatita virală la copiii mici sunt:
- A. Intoxicație pronunțată
 - B. Icter progresiv
 - C. Hepatomegalie moderată
 - D. Exantem
 - E. Sindrom hemoragic
4. În perioada de prodrom a HVA la copii, diagnosticul diferențial se face cu:
- A. IRVA
 - B. Stări alergice
 - C. Toxiinfecții alimentare
 - D. Reumatism
 - E. Apendicită
5. Consecințele HVB la copii pot fi:
- A. Vindecarea completă
 - B. Cronicizarea
 - C. Letalitatea
 - D. Pancreatita acută necrozantă
 - E. Insuficiența renală cronică
6. Perioada de prodrom în HVA la copii se distinge prin:
- A. Durata de 3–5 zile
 - B. Febră în 60% din cazuri
 - C. Artralгии
 - D. Dureri abdominale
 - E. Erupții cutanate
7. Care sunt particularitățile HBA la copii față de adulți?
- A. Evoluție mai severă
 - B. Adenopatii frecvente

- C. Hepatomegalie mai pronunțată
 - D. Forme anicterice frecvente
 - E. Durata icterului este mai scurtă
8. Care dintre parametrii clinici și paraclinici enumerați mai jos sunt indici de pronostic sever imediat în evoluția hepatitei virale acute?
- A. Hepatomegalia importantă
 - B. Splenomegalia
 - C. Micșorarea progresivă a ficatului
 - D. Prezența sindromului hemoragic
 - E. Scăderea rapidă a titrului de AgHBs
9. Terapia cu corticosteroizi nu este indicată copiilor cu hepatită virală acută în:
- A. Forma severă a HVB la sugari
 - B. Forma severă a HVE
 - C. Forma malignă a HVB
 - D. Forma severă a HVA
 - E. Hepatita virală B forma medie+varicela
10. Testul cu timol, valori crescute vor fi în:
- A. HVA
 - B. HVB
 - C. HVC
 - D. HVD
 - E. HVE
11. Alfa-interferoni sunt indicați în formele severe de:
- A. HVB
 - B. HVE
 - C. HVC
 - D. HVA
 - E. HVD
12. Hepatosplenomegalia la nou-născuți se înregistrează în:
- A. Rubeola congenitală
 - B. Toxoplasmoza congenitală
 - C. HVB congenitală
 - D. Sindromul Jilbert
 - E. Icterul hemolitic

13. Bilirubinemie cu predominarea fracției conjugate la nou-născuți va fi în:
- A. Icterul fiziologic
 - B. Icterul hemolitic
 - C. HVB congenitală
 - D. Atrezia căilor biliare
 - E. Sindromul Crigler-Najjar
14. Alegeți 3 indici ce caracterizează citoliza hepatică:
- A. Bilirubina serică
 - B. ALAT
 - C. ASAT
 - D. Gamaglobuline
 - E. Fructozo-1-fosfat aldolaza
15. În forma malignă a HVB la copii cele mai frecvente complicații sunt:
- A. Edemul cerebral
 - B. Deshidratarea severă
 - C. Insuficiența renală
 - D. Insuficiența respiratorie
 - E. Hemoragii digestive masive
16. Cele mai caracteristice teste biochimice în encefalopatia hepatică acută în HVB la copii sunt:
- A. Bilirubinemia (200 mmol/l și mai mult)
 - B. Protrombinemia 50–60%
 - C. Protrombinemia sub 40%
 - D. Testul cu sublimat redus
 - E. Hipertransaminazemia
17. Semnele clinice de bază în encefalopatia hepatică acută la copii sunt:
- A. Miros hepatic („ficat crud”)
 - B. Vome de tip „zaț de cafea”
 - C. Oligurie
 - D. Splenomegalie
 - E. Intoxicație moderată
18. Pentru forma malignă a HV la copii este caracteristic:
- A. Este provocată mai frecvent de virusurile hepatice B și D
 - B. Apare mai des în hepatita virală C
 - C. Mai frecvent o făceau sugarii până la vaccinarea anti HVB

- D. Se manifestă în primele 2 săptămâni de la debutul bolii
 - E. Pronosticul este favorabil
19. Pentru hepatita virală B la copii, formă gravă, sunt caracteristice:
- A. Icter progresiv
 - B. Manifestări hemoragice
 - C. Hepatomegalie, ficat dur
 - D. Intoxicație slab pronunțată
 - E. Convulsii repetate, status convulsiv
20. Criteriile clinice majore de gravitate în hepatita virală B la copiii mici sunt:
- A. Splenomegalia
 - B. Icterul progresiv
 - C. Diareea
 - D. Tulburarea somnului, vomă repetată
 - E. Sindromul hemoragic
21. Consecințele HVB la copii pot fi:
- A. Vindecare completă
 - B. Cronicizare
 - C. Deces
 - D. Absces hepatic
 - E. Pareze și paralizii flasce
22. Ce markeri serologici puteți solicita pentru confirmarea infecției cu virusul hepatitei C?
- A. Anticorpi anti-HCV
 - B. ARN HCV
 - C. Anticorpi anti-HCV IgM
 - D. Determinarea de anticorpi anti-mușchi netezi
 - E. ALAT, ASAT
23. Indicați manifestările extrahepatice în hepatita virală B:
- A. Pneumonie interstițială
 - B. Glomerulonefrită membranoasă
 - C. Poliartrită nodoasă
 - D. Laringită stenozantă
 - E. Anemie aplastică
24. Markerii infecției cu virusul hepatitei B:
- A. Ag HBs
 - B. Ag HBe

- C. Anti-CMV
 - D. Anti-HBc IgM
 - E. Anti- HCV
25. În HVA la copii, perioada preicterică, poate avea loc:
- A. Sindrom digestiv
 - B. Sindrom pseudoreumatic
 - C. Sindrom eruptiv
 - D. Sindrom pseudogripal
 - E. Manifestări atipice, simulând abdomen acut
26. Sindromul hepatopriv (insuficiență celulară hepatică) se pronunță prin:
- A. Hipoprotrombinemie
 - B. Hipo fibrinogenemie
 - C. Hipoalbuminemie
 - D. Hipertransaminazemie
 - E. B-lipoproteide serice cu valori crescute
27. Eruptii alergice în perioada preicterică pot fi în:
- A. HVA
 - B. HVB
 - C. HVC
 - D. HVD
 - E. HVE
28. Tratatamentul HVA la copii, formă gravă, se efectuează cu:
- A. Repaos la pat în perioada de stare
 - B. Regim alimentar, dietă
 - C. Terapie perfuzională
 - D. Corticosteroizi
 - E. Antivirale
29. Consecințele hepatitei virale A la copii pot fi:
- A. Vindecare completă cu restabilirea funcției hepatice
 - B. Vindecare cu un mic defect histomorfologic – „fibroza hepatică”
 - C. Cronicizare
 - D. Ciroză hepatică
 - E. Complicații ale căilor biliare și gastroduodenite

30. Vi-feronul este indicat în:
- A. HVB forma severă
 - B. HVB forma malignă
 - C. HVC forma cronică activă
 - D. HVB forma cronică activă
 - E. HVE
31. Particularitățile HVD-coinfecție la copii sunt:
- A. Până la vaccinarea anti HVB se înregistrează frecvent la sugari
 - B. Pronosticul frecvent favorabil
 - C. Forme severe și maligne frecvente
 - D. Letalitate înaltă
 - E. Risc major de cronicizare
32. Evoluția HVA la copii se caracterizează prin:
- A. Deseori, forme ușoare
 - B. Rareori, forme severe
 - C. Forme fulminante excepționale
 - D. Letalitate înaltă
 - E. Pronostic nefavorabil
33. Particularitățile HVB la sugari:
- A. Perioada preicterică scurtă sau absentă
 - B. Hepatosplenomegalia e mai pronunțată decât la copiii mari
 - C. Formele severe și medii – mai frecvente
 - D. Semnele de intoxicație – slabe
 - E. Convalescența – scurtă

MONONUCLEOZA INFECȚIOASĂ

Complement simplu

1. Indicați unul din sindroamele cardinale ale mononucleozei infecțioase la copii:
 - A. Artrita
 - B. Encefalita
 - C. Limfadenopatia generalizată
 - D. Pancreatita
 - E. Orhita
2. Precizați ce manifestări clinice se depistează, de regulă, în mononucleoza infecțioasă la copii:
 - A. Eruptia rubeoliformă
 - B. Edemul palpebral
 - C. Icterul sclero-tegumentar
 - D. Angina, limfadenopatia, hepatosplenomegalia
 - E. Hematuria
3. În mononucleoza infecțioasă, evidențierea anticorpilor heterofili (de tip Ig M) se face prin:
 - A. Testul Șic
 - B. Testul Dick
 - C. Testul Paul-Bunnell-Davidsohn
 - D. Testul ELIZA
 - E. Testul Widal
4. Tratamentul etiotrop al mononucleozei infecțioase la copii se face cu:
 - A. Prednisolon
 - B. Ampicilină
 - C. Ribavirină
 - D. Aciclovir
 - E. Lamivudină
5. În mononucleoza infecțioasă la copii, tipurile de angină pot fi următoarele, cu excepția:
 - A. Eritematoasă
 - B. Foliculară
 - C. Lacunară
 - D. Membranoasă
 - E. Necrotică

6. La copil, boala infecțioasă care se manifestă cu poliadenopatie este:
- A. Hepatita virală acută
 - B. Paragripa
 - C. Salmoneloza
 - D. Mononucleoza infecțioasă
 - E. Pertussis
7. Tratamentul formelor severe ale mononucleozei infecțioase la copii va include următoarele, cu excepția:
- A. Repaos la pat
 - B. Antiinflamatoare nesteroidiene
 - C. Igiena riguroasă a cavității bucale
 - D. Corticoterapia
 - E. Ampicilina pentru suprainfecții bacteriene
8. Precizați în care cazuri de mononucleoză infecțioasă la copii nu se administrează corticosteroizi:
- A. Forme severe (febră, adenopatii enorme, hepatite etc.)
 - B. Complicații nervoase
 - C. Cazuri de anemie hemolitică autoimună
 - D. Forme comune (tipice, necomplicate)
 - E. Cazuri cu purpură trombocitopenică
9. Precizați afirmația incorectă privind mononucleoza infecțioasă la copii:
- A. Nu există un tratament antiviral.
 - B. Suprainfecțiile bacteriene se tratează cu ampicilină.
 - C. Există vaccin anti-EBV.
 - D. Este o boală cu declarare obligatorie numeric.
 - E. Pronosticul este cel mai frecvent favorabil.
10. Pentru mononucleoza infecțioasă la copii sunt caracteristice următoarele sindroame, cu excepția:
- A. Angina
 - B. Poliadenopatia
 - C. Febra
 - D. Modificările caracteristice hematologice
 - E. Diareea

11. Care din complicațiile specifice enumerate nu este caracteristică infecției cu virusul Epstein-Barr la copii?
- A. Nevrita nervului facial
 - B. Anemia hemolitică
 - C. Purpura trombocitopenică
 - D. Agranulocitoza
 - E. Insuficiența hepatică acută
12. Pentru mononucleoza infecțioasă la copii, forma medie, sunt caracteristice următoarele sindroame, cu o excepția:
- A. Semne de intoxicație cu febră (38,5–39°C)
 - B. Tirajul cutiei toracice
 - C. Limfadenopatia generalizată
 - D. Amigdalita supurativă
 - E. Hepatosplenomegalia
13. În mononucleoza infecțioasă virusul Epstein-Barr are drept „țintă” limfocitele B, cu excepția:
- A. Țesutul limfatic al mucoasei orofaringiene și faringelui posterior
 - B. Țesutul limfatic al mucoasei amigdalelor
 - C. Țesutul limfatic din splină, ficat
 - D. Ganglionii limfatici periferici
 - E. Plăcile Payer și foliculii solitari din intestinul subțire
14. Agentul etiologic al mononucleozei infecțioase este:
- A. Virusul citomegalic
 - B. Virusul Epstein-Barr
 - C. Virusul Herpes simplex-I
 - D. Virusul Herpes simplex-II
 - E. Virusul varicelo-zosterian (VZV)
15. Virusul Epstein-Barr face parte din familia:
- A. Picornaviridae
 - B. Hepadnaviridae
 - C. Herpesviridae
 - D. Togaviridae
 - E. Paramyxoviridae
16. Profilaxia specifică a mononucleozei infecțioase include:
- A. Gamma-globuline standart
 - B. Levamizol

- C. Interferon
- D. Vaccin
- E. Nu există nici o metodă specifică de profilaxie

Complement multiplu

1. Selectați infecțiile virale la copii, care pot evolua cu sindrom mononucleozic:
 - A. Infecția cu virusul respirator sincițial
 - B. Infecția cu virusul citomegalic
 - C. Rubeola
 - D. Oreionul
 - E. Infecția cu virusul Epstein-Barr
2. Care din afirmațiile enumerate caracterizează febra în mononucleoza infecțioasă la copii?
 - A. Are caracter bifazic
 - B. Durează 7–28 zile și mai mult
 - C. Se întâlnește în 80% din cazuri
 - D. Durează 1–3 zile
 - E. Cu oscilații între 38 și 40°C
3. În mononucleoza infecțioasă la copii, adenopatia deseori poate fi:
 - A. Laterocervicală
 - B. Occipitală
 - C. Generalizată
 - D. Cu evoluție spre fistulizare
 - E. Cu ganglioni limfatici aderenți, dureroși
4. Limfadenita cervicală acută la copii are drept cauză:
 - A. Amigdalita acută
 - B. Scarlatina
 - C. Tuberculoza
 - D. Mononucleoza infecțioasă
 - E. Intoxicația cu digitalice
5. Care simptome indică afectarea nazofaringelui în mononucleoza infecțioasă la copii?
 - A. Respirația nazală dificilă
 - B. Tumefierea amigdalelor retronazale
 - C. Tusea frecventă
 - D. Respirația zgomotoasă cu gura deschisă
 - E. Eliminări nazale purulene

6. În mononucleoza infecțioasă la copii se pot declanșa următoarele complicații:
- A. Anemia hemolitică (mecanism autoimun)
 - B. Emfizemul subcutanat
 - C. Ruptura splinei
 - D. Hemoragii pulmonare
 - E. Abcese periamigdalene
7. Mononucleoza infecțioasă se mai numește:
- A. Boala sărutului
 - B. Boala ghearelor pe pisică
 - C. Angina monocitară
 - D. Febra ganglionară
 - E. Boala Lyme
8. Afectarea sistemului reticulo-endotelial în mononucleoza infecțioasă la copii se manifestă prin:
- A. Mononucleare atipice în sângele periferic
 - B. Hepatosplenomegalie
 - C. Poliadenopatie
 - D. Afectarea bronhiilor și bronșiolelor
 - E. Artralgii tranzitorii
9. Morbidity maximă prin mononucleoza infecțioasă se înregistrează la:
- A. Sugari
 - B. Preșcolari
 - C. Adolescenți
 - D. Maturi
 - E. Adultul tânăr
10. Tabloul clinic al mononucleozei infecțioase la copii include:
- A. Febra persistentă
 - B. Angina pseudomembranoasă
 - C. Poliadenopatie și hepatosplenomegalie
 - D. Descuamația în lamouri pe palme și plante
 - E. Dermografism alb
11. Variantele de evoluție a mononucleozei infecțioase la copii sunt:
- A. Ciclică, fără complicații
 - B. Cu complicații
 - C. Fulminante
 - D. Cu sechele

E. Cronică

12. Principalele cauze ale sindromului mononucleozic la copii sunt:

- A. Virusurile (EBV, CMV, adenovirus etc.)
- B. Regenerările medulare după agranulocitoza toxică
- C. Protozoarele (Toxoplasma gondii etc.)
- D. Bacteriile intracelulare
- E. Intoleranța la gluten

13. Care sunt particularitățile hepatitei mononucleozice la copii, comparativ cu hepatita virală B?

- A. Evoluție mai severă
- B. Splenomegalie pronunțată
- C. Febră durabilă
- D. Prezența mononuclearelor atipice în sânge
- E. Icter scleral și tegumentar pronunțat

14. Biopsia ganglionară în mononucleoza infecțioasă la copii prezintă histomorfologic:

- A. Zone de necroze cu micro- și macroabcese
- B. Hiperplazie simplă
- C. Proliferare histiocitară cu formarea de mononucleare
- D. Infiltrație de celule epiteliale, limfocite, celule gigante
- E. Prezența celulelor hiperbazofile

15. În mononucleoza infecțioasă la copii erupțiile cutanate, în 10–15 % din cazuri, pot fi de tip:

- A. Variceliform
- B. Scarlatiniform
- C. Rubeoliform
- D. Rujeoliform
- E. Hemoragic

16. Identificați afirmațiile incorecte despre mononucleoza infecțioasă la copii.

- A. Angina apare în 80% din cazuri.
- B. O complicație frecventă este anemia aplastică.
- C. Perioada de incubație durează 2–3 zile.
- D. Hepatita mononucleozică are un procent ridicat de cronicizare.
- E. Tabloul hematologic evidențiază limfocite atipice.

17. Modificările hematologice în mononucleoza infecțioasă la copii sunt:

- A. Leucocitoza moderată

- B. Leucocitoza cu neutrofilie
 - C. Leucocitoza cu limfocitoză
 - D. Limfomonocitoză cu limfocite „atipice”
 - E. Trombocitopenia
18. Diagnosticul serologic al mononucleozei infecțioase la copii se bazează pe:
- A. Evidențierea anticorpilor heterofili nespecfici de tip Ig M (aglutinine)
 - B. Evidențierea anticorpilor anti-HB cor sumar
 - C. Determinarea anticorpilor serici anti-VCA IgM
 - D. Determinarea anticorpilor serici anti-VCA IgG
 - E. Determinarea anticorpilor anti-HCV
19. Reacția Paul-Bunnell-Davidsohn în diagnosticul mononucleozei infecțioase:
- A. Este o reacție de aglutinare a hematiilor de cal.
 - B. Este considerată pozitivă la titrul mai mare de 1:28 sau 1:40, în funcție de sistemul de deluție.
 - C. Se pozitivează după a 7-a zi de boală, uneori după 2–3 săptămâni.
 - D. Se negativează după 2–3 luni.
 - E. În 10–20% din cazuri de mononucleoza infecțioasă, reacția rămâne negativă.
20. Selectați anticorpii considerați markeri de replicare virală în mononucleoza infecțioasă la copii:
- A. Anticorpi IgM anti-VCA (Viral-Capsid-Antigen)
 - B. Anticorpi anti-EA (Early Antigen)
 - C. Anticorpi anti-EBNA (Epstein-Barr Nuclear Antigen)
 - D. Anticorpi antiviral Herpes simplex-1
 - E. Anticorpi IgG antiviral citomegalic
21. Precizați afirmațiile corecte privind manifestările cutaneo-mucoase în mononucleoza infecțioasă la copii.
- A. 5% din bolnavi prezintă o erupție cutanată cu aspect maculos.
 - B. Administrarea ampicilinei sau amoxicilinei determină apariția unei erupții maculopapuloase pruriginoase în 90–100% din cazuri.
 - C. Erupția maculopapuloasă poate apărea și după întreruperea administrării ampicilinei.
 - D. 5% din bolnavi prezintă icter sclero-tegmentar.
 - E. În 25–60% din cazuri apar peteșii multiple de 1–2 mm în diametru pe palatul moale.

22. Indicați maladiile produse de virusul Epstein-Barr:

- A. Limfomul Burkitt
- B. Carcinomul nazofaringian
- C. Limfoame cu celule T
- D. Carcinomul de col uterin
- E. Mononucleoza infecțioasă

23. Virusul Epstein-Barr prezintă:

- A. Potențial oncogen
- B. Medulotropism
- C. Limfotropism
- D. Enterotropism
- E. Dermatropism

24. Virusul Epstein-Barr se transmite:

- A. Prin sărut cu saliva
- B. Prin picături fluide
- C. Prin transfuzii de sânge sau plasmă
- D. Prin transplant de organe
- E. Pe cale fecal-orală

NEUROTOXICOZA

Complement simplu

1. Neurotoxicoza are o evoluție:
 - A. Lentă
 - B. Acută
 - C. Cronică
 - D. Recidivantă
 - E. Ondulantă
2. Sindromul de neurotoxicoză se întâlnește cel mai frecvent la copiii din grupa de vârstă:
 - A. Nou-născuți
 - B. Sugari
 - C. Preșcolari
 - D. Școlari
 - E. Adolescenți
3. Neurotoxicoza la copiii mici apare în:
 - A. Infecții intestinale acute
 - B. Viroze respiratorii
 - C. Anemii
 - D. Hepatite virale
 - E. Tuse convulsivă
4. Debutul și evoluția neurotoxicozei la sugari se află în deplină dependență de:
 - A. Starea generală a organismului
 - B. Particulațiile anatomico-fiziologice ale tractului digestiv
 - C. Starea SNC în perioada precedentă
 - D. Etiologia bolii
 - E. Statutul imun
5. Neurotoxicoza se dezvoltă intensiv la copiii cu:
 - A. Patologii renale
 - B. Patologii cardiovasculare
 - C. Patologii cerebrale perinatale
 - D. Patologii pulmonare
 - E. Patologii hepatice

6. Edemul cerebral acut la sugar se caracterizează prin:
- A. Febră
 - B. Inapetență
 - C. Somn inversat
 - D. Febră persistentă, malignă, agitație psihomotorie, țipăt encefalic
 - E. Vome repetate
7. Lichidul cefalorahidian în neurotoxicoză prezintă:
- A. Albuminorahie crescută
 - B. Presiune mărită
 - C. Pleiocitoză neutrofilică
 - D. Glucorahie scăzută
 - E. Lichid tulbure
8. Care simptom nu este caracteristic pentru neurotoxicoză, forma gravă?
- A. Convulsii
 - B. Hipertermie
 - C. Agitație psihomotorie
 - D. Obnubilare
 - E. Angina ulcero-membranoasă
9. Neurotoxicoza la sugari este caracterizată prin semne meningiene disociate. Care semn este prezent permanent?
- A. S. Lesage
 - B. Redoarea cefei
 - C. S. Kernig
 - D. S. Brudzinski
 - E. S. Babinski
10. Care sindrom indică un pronostic nefavorabil în neurotoxicoză?
- A. Hipertermic
 - B. Meningian
 - C. De coagulare intravasculară diseminată (SCID)
 - D. Insuficiență respiratorie
 - E. Convulsiv
11. Evoluția neurotoxicozei la copii depinde de:
- A. Particularitățile morfo-fiziologice ale sistemului nervos central
 - B. Complicațiile tardive în IRA
 - C. Tratamentul antibacterian
 - D. Infecțiile urinare asociate

E. Terapia antivirală

12. Histomorfologic, neurotoxicoza prezintă:

- A. Necroze ale foliculilor solitari și plăcilor Peyer
- B. Necroze ale țesutului cerebral
- C. Edem cerebral extra- sau/și intracelular
- D. Hipertensiune a lichidului cefalorahidian
- E. Empiem subdural

13. În neurotoxicoză, faza hiperdinamică se caracterizează prin:

- A. Debut brusc
- B. Debut lent
- C. Erupții pe tegumente
- D. Areflexie
- E. Hipotonie musculară

14. Hipersensibilitatea SNC față de dereglările circulației sangvine, diminuarea aportului de glucoză și oxigen în neurotoxicoză se explică prin:

- A. Rezerva de glicogen mărită
- B. Reducerea rezervei de glicogen
- C. Mielinizarea suficientă a căilor nervoase
- D. Insuficiență imunologică
- E. Hiperbilirubinemie

15. Neurotoxicoza poate avea evoluție malignă în caz de predominarea:

- A. SCID (sindrom de coagulare intravasculară diseminată)
- B. Manifestărilor neurologice
- C. Insuficienței respiratorii
- D. Hipertermiei
- E. Hipertransaminazemiei

16. În neurotoxicoză LCR prezintă:

- A. Hipertensiv, clar, incolor
- B. Tulbure, albicios
- C. Citorahie crescută
- D. Proteinorahie crescută
- E. Glicorahie mult scăzută

17. Cu care maladii are mai multe particularități clinico-morfologice comune neurotoxicoza?

- A. Meningite seroase
- B. Meningite purulente

- C. Encefalite
- D. Poliomielită
- E. Mielită transversă

18. Pericolul de dislocare a creierului în neurotoxicoză în caz de:

- A. Edem cerebral acut
- B. Sindrom trombo-hemoragic
- C. Sindrom de insuficiență suprarenală
- D. Sindrom hipertermic
- E. Sindrom de hiperventilație

19. O evoluție malignă caracterizează neurotoxicoza cu predominarea insuficienței:

- A. Respiratorii
- B. Cardiovasculare
- C. Renale
- D. Hepatice
- E. Microcirculatorii (SCID)

20. Diferențierea neurotoxicozei de encefalită va fi posibilă prin:

- A. Puncția lombară
- B. Hemoleucogramă
- C. Evidența bolnavului în dinamică
- D. Cons. neurologului
- E. Cons. neurochirurgului

21. Disfuncția centrului cardiovascular în neurotoxicoza de gradul I se caracterizează prin:

- A. Bradicardie
- B. Aritmie
- C. Tahicardie pronunțată
- D. Hipertensiune arterială
- E. Hipotensiune arterială

22. În neurotoxicoza gr. III, tulburările senzoriale se manifestă prin:

- A. Hiperestezie
- B. Hipostezie
- C. Anestezie
- D. Parestezie
- E. Fotofobie

23. În neurotoxicoza gr.II la sugar, fontanela anterioară este:
- A. Tensionată
 - B. Tensionată sau/și bombată
 - C. Bombată
 - D. Nemodificată
 - E. Excavată
24. Care din grupele de vârstă enumerate prezintă o susceptibilitate crescută la convulsii în condițiile unei ascensiuni termice?
- A. Sugarul și copilul mic (până la 2 ani)
 - B. 2–5 ani
 - C. 5–10 ani
 - D. > 10 ani
 - E. Adolescenții
25. Convulsiile febrile pot fi întâlnite la copiii cu:
- A. Spasmodic
 - B. Epilepsie
 - C. Neurotoxicoză
 - D. Tuse convulsivă
 - E. Tetanos

Complement multiplu

1. Medicația de prevenție a neurotoxicozei la sugari este necesară la instalarea:
- A. Febrei (37,5° și mai mare)
 - B. Infecției respiratorii acute
 - C. Infecției intestinale acute
 - D. Otitei acute
 - E. Meningitei purulente
2. Care din următoarele virusuri produc lezarea toxică a sistemului nervos central?
- A. Gripal
 - B. RS-virus
 - C. Adenovirusul
 - D. Rotavirusul
 - E. Virusul hepatitic A
3. Care dintre antecedentele enumerate favorizează declanșarea neurotoxicozei la copii?
- A. Maladii și intoxicații în perioada perinatală
 - B. Hipoxia fetală intrauterină

- C. Trauma craniocerebrală natală
 - D. Dismicrobismul intestinal
 - E. Diarei acute repetate
4. Alegeți sindroamele întâlnite în neurotoxicoză:
- A. Hipertermic
 - B. Encefalic
 - C. Meningian
 - D. Hepatosplenomegalie
 - E. Stenoza laringiană
5. Simptomele clinice de bază ale edemului cerebral acut sunt:
- A. Hipertermie
 - B. Convulsii
 - C. Agitație psihomotorie
 - D. Paralizii acute flasce
 - E. Hematemeză
6. Particularitățile clinice ale sindromului meningian în neurotoxicoză la sugari sunt:
- A. Debut acut, agitație, febră, vome repetate
 - B. Semne meningiene disociate
 - C. Convulsii frecvente
 - D. Fontanela anterioară excavată
 - E. Tuse spasmodică
7. În edemul cerebral acut terapia de urgență la etapa prespitalicească include:
- A. Antibiotice
 - B. Diuretice
 - C. Antivirale
 - D. Corticosteroizi
 - E. Anticonvulsive
8. Diagnosticul diferențial în neurotoxicoză se va face cu următoarele boli grave:
- A. Encefalita
 - B. Meningita, meningoencefalita
 - C. Spasmoфіlia
 - D. Oreionul
 - E. Apendicita
9. Numiți elementele de pronostic nefavorabil în neurotoxicoză:
- A. Diagnostic și tratament tardiv (fazele a 2-a și a 3-a)

- B. Prezența sindromului de coagulare intravasculară diseminată
 - C. Tahipnee
 - D. Coma profundă
 - E. Anemia
10. Care investigații și consultații ale specialiștilor se vor efectua de urgență în caz de neurotoxicoză?
- A. Analiza generală și biochimică a LCR
 - B. Radiografia cutiei toracice
 - C. Hematocritul, hemoleucograma, timpul de coagulare, numărul de trombocite, protrombina, ureea
 - D. Consultații neurolog, oftalmolog
 - E. Consultații neurochirurg, ORL
11. La instalarea primelor semne clinice de neurotoxicoză se vor administra urgent:
- A. Antipiretice
 - B. Bronhodilatatoare
 - C. Anticonvulsive
 - D. Antivirale
 - E. Corticosteroizi
12. Neurotoxicoza la copiii de vârstă fragedă evoluează în următoarele faze:
- A. Hiperdinamică
 - B. Hipodinamică
 - C. Comă cerebrală profundă
 - D. Spasmodică
 - E. Prodromală
13. În caz de convulsii la copii, este necesar să se excludă următoarele maladii:
- A. Infecția respiratorie virală acută cu sindrom de neurotoxicoză
 - B. Meningita, meningoencefalita
 - C. Trauma craniocerebrală
 - D. Hepatita virală
 - E. Apendicita acută
14. Care din termenii de mai jos sunt sinonime cu „neurotoxicoza”?
- A. Reacție encefalică
 - B. Encefalopatie toxiinfecțioasă
 - C. Encefalomielită
 - D. Toxicoză infecțioasă primară

- E. Encefalopatie hepatică
15. Sindromul de neurotoxicoză apare mai frecvent în:
- A. Infecții respiratorii virale acute (IRVA)
 - B. Mononucleoză infecțioasă
 - C. IRVA asociate cu infecții bacteriene
 - D. Infecții intestinale acute
 - E. Angină necrotică
16. Consecințele neurotoxicozei la sugari pot fi:
- A. Însănătoșire completă
 - B. Deces
 - C. Sechele neurologice importante
 - D. Limfadenopatie persistentă
 - E. Paralizii flasce
17. Examenul fundului de ochi, în caz de edem cerebral acut în neurotoxicoză, determină:
- A. Edem papilar
 - B. Spasme arteriolare
 - C. Dilatație venoasă
 - D. Hemoragii vasculare multiple
 - E. Fără modificări
18. Criteriile clinice de dislocație cerebrală sunt:
- A. Dispnee progresivă
 - B. Bradipnee, bradiaritmie
 - C. Hipotensiune arterială
 - D. Tahicardie
 - E. Hipertensiune arterială
19. Semne clinice foarte importante în faza iritativă a neurotoxicozei:
- A. Hipertermie (39–40°C)
 - B. Agitație psihomotorie
 - C. Diaree, dureri abdominale
 - D. Cefalee stabilă
 - E. Dizurie
20. Faza hipodinamică în neurotoxicoză se caracterizează prin:
- A. Hipertermie stabilă, malignă
 - B. Adinamie, hipotonie musculară
 - C. Convulsii generalizate

- D. Comă cerebrală profundă
 - E. Deshidratare severă
21. Faza terminală în neurotoxicoză se caracterizează prin:
- A. Hipotermie
 - B. Hipertermie malignă
 - C. Hipertensiune arterială
 - D. Comă cerebrală profundă
 - E. Respirație aritmică
22. La baza tratamentului neurotoxicozei sunt puse următoarele tipuri de tratament:
- A. Preventiv
 - B. De urgență
 - C. Patogenetic, terapie intensivă
 - D. Antiviral
 - E. Antibacterian

ASOCIERE SIMPLĂ

Pentru fiecare afirmație din coloana 1–5 găsiți varianta corectă din coloana A–E.

1. Elemente eruptive:

- 1. Elemente hemoragice cu necroză în centru, stelate, pe alocuri macule-papule
- 2. Macule-papule polimorfe, confluențe, abundente pe tot corpul
- 3. Macule, papule, vezicule, cruste
- 4. Macule mici (rozeole) pe fond hiperemiat al pielii, mai abundente în pliurile cutanate
- 5. Macule discrete, mai abundente pe părțile extensorii ale corpului, pe fese

Sunt caracteristice pentru:

- A.** Varicelă
- B.** Scarlatină
- C.** Rubeolă
- D.** Rujeolă
- E.** Infecția meningococică

2. Virusurile:

- 1. Urticant
- 2. Rujeolic

3. Rubeolic
4. Varicelo-zosterian
5. Gripal

Posedă tropism către:

- A. Sistemele limforeticul, endotelial, respirator, mai puțin către sistemul gastrointestinal și sistemul nervos central
- B. Sistemul limfatic
- C. Dermatotropism, neurotropism
- D. Sistemul glandular și sistemul nervos central
- E. Sistemul respirator și sistemul nervos central

3.

1. Edem cervical răspândit până la clavicule
2. Edem cervical răspândit până la prima plică cutanată a gâtului
3. Edem cervical răspândit mai jos de clavicule
4. Edem și tumefacție laterocervicală cauzată de ganglionii limfatici
5. Edem și tumefacție submaxilară

Este (sunt) caracteristic(e) pentru:

- A. Oreion
- B. Difteria faringiană toxică gr.I
- C. Difteria faringiană toxică gr.II
- D. Difteria faringiană toxică gr.III
- E. Mononucleoza infecțioasă

4. Lichidul cefalorahidian este:

1. Tulbure, albicios; pleiocitoză mare (mii în 1 ml) neutrofilică; albuminorahie moderată; clorurorahia – normă; glucorahia – uneori scăzută.
2. Transparent, clar; pleiocitoză moderată (sute în 1 ml) limfocitară; albuminorahie neînsemnată; clorurorahia – normă; glucorahia – normă.
3. Transparent, rareori opalescent; pleiocitoză însemnată (mii), limfocitară; clorurorahia, glucorahia – normă.
4. Transparent, clar; pleiocitoză neînsemnată (zeci, sute), limfocitară; clorurorahia, glucorahia – normă.
5. Opalescent; pleiocitoză moderată (sute), mixtă, limfocitară; albuminorahie pronunțată; clorurorahia, glucorahia – scăzute.

În:

- A. Meningita urliană
- B. Meningita enterovirală
- C. Coriomeningita limfocitară benignă
- D. Meningita tuberculoasă
- E. Meningita meningococică

5.

1. Eruptii hemoragice (echimoze) (0,2–1 cm, 3 x 5 cm și mai mari) pe trunchi și membre

- 2. Eruptii hemoragice stelate cu necroze pe fese și membrele inferioare
- 3. Eruptii hemoragice (peteșii) pe față și gât
- 4. Eruptii hemoragice (peteșii) pe față și gât, hemoragii pe conjunctive și sclere
- 5. Eruptii hemoragice (peteșii, hemoragii) pe trunchi și membre

Apar în:

- A. Infecția meningococică
- B. Gripă
- C. Septicemie
- D. Pertussis
- E. Vasculita hemoragică

6. Afectări ale sistemului nervos central și sistemului nervos periferic posibile:

- 1. Meningita purulentă primară
- 2. Meningita purulentă secundară
- 3. Meningita, meningoencefalita seroasă primară
- 4. Meningoencefalita seroasă (complicație)
- 5. Polinevrita toxică

Se înregistrează în:

- A. Oreion
- B. Infecția meningococică
- C. Rujeolă
- D. Difterie
- E. Scarlatin

7. Modificări ale mucoasei orofaringiene:

- 1. Stomatita catarală discretă, rareori enantem
- 2. Stomatită, gingivită, enantem, semnul Filatov-Koplik
- 3. Vezicule, eroziuni

4. Semnul Mursou
5. Angina delimitată, dureroasă, „în flăcări”

Apar în:

- A. Scarlatină
- B. Oreion
- C. Varicelă
- D. Rujeolă
- E. Rubeolă

8. Erupțiile:

1. Hemoragice
2. Rozeoloase
3. Maculo-papuloase confluyente
4. Veziculopapuloase
5. Micromaculoase

Apar în:

- A. Infecția meningococică
- B. Rujeolă
- C. Rubeolă
- D. Scarlatină
- E. Varicelă

9. Următoarele simptome:

1. Voce răgușită
2. Afonie
3. Tuse lătrătoare
4. Tuse lătrătoare, apoi afonică
5. Respirație zgomotoasă din momentul nașterii

Se înregistrează în:

- A.** Difteria laringiană
- B.** Viroza respiratorie
- C.** Difteria laringiană, perioada stenonică
- D.** Stridor congenital
- E.** Stenoza laringiană în infecții respiratorii acute

10. Afectarea glandelor salivare:

1. Unilaterală, dură, dureri la masticatie

2. Bilaterală, foarte dură, dureroasă, eliminări purulente din canalul stenon
3. Bilaterală, dur elastică, sensibilă, semnul Mursou pozitiv, dureri la masticatie
4. Bilaterală, elastică, stare generală gravă
5. Bilaterală, elastică, nedureroasă, crepitație

Se observă în:

- A. Parotidita toxică
- B. Parotidita urliană
- C. Parotidita supurată (purulentă)
- D. Litiaza urliană
- E. Emfizemul parotidian

11. Evoluția următoarelor tipuri de elemente eruptive:

1. Semnul Pastia, descumare
2. Pigmentare, descumare
3. Cruste, depigmentare
4. Necroze, defecte adânci ale dermei
5. Erupția nu lasă urme

Este caracteristică următoarelor maladii:

- A. Rujeola
- B. Scarlatina
- C. Rubeola
- D. Infecția meningococică cu meningocemie
- E. Varicela

12. Următoarele simptome:

- A. Inspirație îngreunată
- B. Tuse, dispnee, cianoza tegumentelor
- C. Expirație îngreunată
- D. Convulsii, pierderea cunoaștii, somnolență, vome repetate
- E. Dureri abdominale, vome repetate, scaune lichide frecvente sau constipații
- F. Hemorajii nazale, hemoragii punctiforme pe față, gât

Sunt caracteristice sindroamelor în gripă:

- A. Neurotoxicoză
- B. Crup**
- C. Sindrom obstructiv sau astmatic**
- D. Edem pulmonar segmentar**
- E. Sindrom abdominal**

F. Sindrom hemoragic

13. Următoarele modificări orofangiene:

1. Depuneri alb-gălbui pe amigdale și în lacune
2. Depuneri gălbui-murdar ce se detașează ușor pe amigdale, uvulă, pilieri
3. Membrane fibrinoase ce acoperă amigdalele și se detașează cu greu, lăsând mucoasa sângerândă
4. Depuneri albe pe amigdale și mucoasa bucală ce se detașează ușor
5. Folliculi proeminenți, roșii și eroziuni pe mucoasa hiperemiată a amigdalelor, pe uvulă, pilieri

Sunt caracteristice pentru:

- A. Difteria faringiană
- B. Angina lacunară
- C. Angina necrotică
- D. Angina herpetică
- E. Candidoza orofaringiană

14. Afecțiunile ganglionilor limfatici:

1. Adenopatie cervicală
2. Adenopatie absentă
3. Adenopatie generalizată moderată
4. Adenopatie generalizată și hepatosplenomegalie
5. Adenopatie generalizată cu predominarea nodulilor laterocervicali și occipitali

Apar în:

- A. Rujeolă
- B. Rubeolă
- C. Scarlatină
- D. Oreion
- E. Mononucleoza infecțioasă

15. Următoarele semne clinice:

1. Febră de 3 zile, semne catarale slab pronunțate. Neurotoxicoză, faza hipodinamică
2. Febră persistentă. Semne catarale pronunțate. Conjunctivită
3. Edem palpebral, membrane false pe conjunctive, febră
4. Scaune lichide voluminoase, frecvente, cu mucozități. Febră moderată
5. Angină, adenopatie. Limfocitoză, limfocite atipice

Apar în:

- A. Adenoviroze
- B. Gripă
- C. Difteria conjunctivală
- D. Mononucleoza infecțioasă
- E. Enterocolita acută

16. Modificările mucoaselor la copii:

- 1. Angina lacunară
- 2. Angina membranoasă
- 3. Limba „zmeurie”
- 4. Faringită, conjunctivită
- 5. Herpangină

Sunt caracteristice următoarelor maladii infecțioase:

- A. Infecția adenovirală
- B. Difteria
- C. Mononucleoza infecțioasă
- D. Scarlatina
- E. Infecția enterovirală

17. Respirația este accelerată:

- 1. 40 resp/min. și mai mult
- 2. 50 resp/min. și mai mult
- 3. 60 resp/min. și mai mult

La copilul în vârstă de:

- A. Până la 2 luni
- B. 2–12 luni
- C. 1–5 ani

18. Cele mai frecvente complicații la copii:

- 1. Miocardita toxică
- 2. Pneumonia
- 3. Glomerulonefrita
- 4. Otita
- 5. Edemul cerebral acut

Se întâlnesc în maladiile:

- A. Infecții respiratorii virale acute

- B. Scarlatină
- C. Difterie
- D. Meningită
- E. Viroze respiratorii, gripă, scarlatină

19. Caracteristica clinică a crupului (stenoza laringeană) în infecțiile respiratorii acute după gradul de severitate:

1. Gradul I
2. Gradul II, laringotraheită
3. Gradul III, laringotraheogronșită
4. Gradul IV

A. Cunoștință clară, neliniștit. Dispnee cu tiraj intercostal în stare de repaos.

Inspirație îngreuiată. Cianoză periorală

B. Periodic neliniștit. Inspirație îngreuiată

C. Tirajul cutiei toracice maximal sau respirație superficială. Ușor se epuizează.

Respirație zgomotoasă, se aude la distanță

D. Fără cunoștință. Respirație aritmică, superficială. Cianoză totală

20. Spectrul serologic (markerii) în hepatita virală B:

	HBsAg	anti-HBs	anti-HBc	AgHBe	anti-HBe
1.	+	-	+ IgM	+	-
2.	+	-	+ IgG	+	-
3.	+	-	+ IgG	-	+
4.	-	-	+ IgM	+/-	+/-
5.	-	+	-	-	-

Corespunde următoarelor forme clinice:

A. Hepatita virală B acută

B. Hepatita B trenantă sau cronică (contagiozitate minimală)

C. Hepatita cronică B (contagiozitate mare)

D. Perioada de convalescență după hepatita virală B sau perioada postvaccinală
contra HVB

E. Hepatita virală B acută (contagiozitate majoră)

21. Terapia în HVB acută la copii:

1. Interferon alfa
2. Substanțe lipotrope
3. Vitamine B,C
4. Glucocorticoizi
5. Colestiramină

Are următoarele efecte:

- A. Influențează favorabil, de scurtă durată manifestările clinice și biologice, dar nu și cele histomorfologice
- B. Scăderea ADN polimerazei și efect imunomodulator
- C. Intervin în metabolismul deficitar hepatic, în special glucidic
- D. Se folosește în forme cu icter prelungit
- E. Indicată în cazuri de hepatită virală B la pacienții cu steatoză hepatică

22. Următoarele simptome:

- A. Tuse în acces
- B. Catar respirator pronunțat
- C. Erupții hemoragice
- D. Vome repetate, diaree
- E. Febră, erupții rozeoloase

Apar la copii în:

- A. Infecția adenovirală
- B. Infecția intestinală acută
- C. Pertussis
- D. Scarlatină
- E. Infecția meningococică

23. Indicați maladiile în care cel mai frecvent se întâlnește:

- 1. Hepatosplenomegalia
- 2. Splenohepatomegalia
- A. Icter hemolitic
- B. Hepatita virală B acută
- C. Mononucleoza infecțioasă
- D. Malaria
- E. Hepatita toxică

24. Următoarele semne clinice:

- A. Tulburări de deglutiție, voce nazonată, insuficiență respiratorie
- B. Asimetria feței, pleoapele nu se închid
- C. Infecția asiptomatică, cu formare de imunitate specifică
- D. Tulburări de cunoștință, nistagm, dereglări vestibulare, semne de focar cerebral
- E. Febră, cefalee, vome, semne meningiene pozitive, pleiocitoză limfocitară

Sunt caracteristice pentru:

- A. Poliomieliță, forma pontină
- B. Poliomieliță, forma bulbară
- C. Poliomieliță, forma inaparentă
- D. Poliomieliță, forma encefalitică
- E. Poliomieliță, forma meningiană

25.

- A. Scaune sărace, cu mucus și striuri de sânge
- B. Scaune abundente, afecaloide, apoase
- C. Scaune lichide, nedigerate, galbene aprinse, abundente
- D. Scaune lichide, nedigerate, albicioase
- E. Scaune abundente, lichide, verzui, cu mult mucus

Sunt caracteristice pentru:

- A. Dizenterie
- B. Salmoneloză
- C. Escherichioză cu Esch. enteropatogenă
- D. Rotaviroză
- E. Holeră

26.

- A. Poziția bolnavului în pat, pe o parte, cu capul în retroflexie și picioarele aduse la abdomen
- B. Poziția copilului în pat, pe o parte, cu picioarele aduse la abdomenul încordat
- C. Poziția sugarului: opistotonus, mâinile încordate întinse de-a lungul trunchiului și pumnii strânși în retroversie, picioarele încordate și încrucișate la nivelul gambelor
- D. Poziția copilului pe spate, mâinile active, picioarele întinse, neîncordate, atonice, nemișcate
- E. Poziția copilului: opistotonus, trismus masticator.

Pentru care boli este caracteristică fiecare poziție?

- A. Poliomieliță, forma spinală
- B. Meningită
- C. Ependimatită
- D. Tetanus

E. Boala chirurgicală abdominală

27.

1. Leziunile apar pe piele și/sau pe mucoasă unilateral, în teritoriul de distribuție a nervilor trigemen și intercostali
2. Buchet de vezicule care apar mai frecvent la joncțiunea tegument-mucoasă a buzelor, cu cruste în convalescență, cu durată de 7 zile
3. Localizarea la nivelul mucoasei orale, faringiene, genitale; durează câteva săptămâni și poate recidiva
4. Pe un fond de eritem apar papule, vezicule, cu dimensiuni de 1–2 mm, care, de obicei, ulcereză. Apar mai ales pe arcurile palatine, uvulă și, uneori, pe amigdale, fiind însoțite de fenomene generale importante
5. Vezicule uniloculare, cu aspect de „picături de rouă”, localizate pe tegumente și mucoase la nivelul cavității bucale; acoperișul fragil al veziculei se rupe ușor, lăsând o ulceratie cu aspect de aftă, cu dureri la masticatie și sialoree.

Sunt caracteristice pentru:

- A. Herpes simplu labial recurent
- B. Herpes simplu primar (tip II)
- C. Herpangină
- D. Varicelă
- E. Herpes zoster

28. Sindroamele clinice în salmoneloză:

1. Toxic
2. De deshidratare
3. Hepatolienal
4. Hemocolită

Corespund următoarelor forme clinice:

- A. Gastroenteritică
- B. Gastroenterocolitică
- C. Tifoidică
- D. Septică

29. Aspectul faciesului la copilul bolnav:

1. Față cu obraji congestionați, sclerele injectate („ochi de iepure”)
2. Față cu obraji congestionați, buze carminate și paliditate circumorală
3. Față palidă, edemată, cianoză periorală, hemoragii ale sclerelor

4. Obraji congestionați, în contrast cu paloarea și nuanța subicterică; buzele carminate („buze vopsite”)

5. Față palidă, mușchii maseteri contractați („rizus sardonius”)

Sugerează diagnosticul:

- A. Hepatita virală (facies hepatica)
- B. Pertussis
- C. Scarlatina
- D. Tetanosul
- E. Meningita

30. Elementele cutanate secundar:

- 1. Pigmentarea erupțiilor și descuamarea târâtoasă
- 2. Descuamarea în lamouri pe palme și tălpi
- 3. Pigmentarea erupțiilor fără descuamare
- 4. Cruste
- 5. Pigmentarea și descuamarea lipsesc

Sunt caracteristice pentru:

- A. Scarlatină
- B. Rubeolă
- C. Varicelă
- D. Rujeolă
- E. Enteroviroze cu exantem

31. Copiii bolnavi de salmoneloză, forme:

- 1. Gastroenteritică
- 2. Gastroenterocolitică
- 3. Tifoidică
- 4. Septică

Se vor trata cu:

- A. Antibiotice intravenos, imunoterapie, simptomatice, perfuzii endovenoase
- B. Antibiotice per os, rehidratare perorală cu SRO
- C. Fără antibiotice, rehidratare perorală cu SRO
- D. Antibiotice intramuscular, perfuzii endovenoase în scop de detoxicare

32.

- 1. Vome repetate (incoercibile uneori) în debut
- 2. Vome cu sânge
- 3. Vome 1–2 pe zi, 5–7 zile

4. Vome absente sau 1–2 în primele 1–2 zile de boală
5. Vome cu resturi de hrană

Sunt caracteristice pentru:

- A. Toxiinfecție alimentară
- B. Dizenterie
- C. Escherichioză cu Esch. enteropatogenă și Esch. enterotoxigenă
- D. Nu se înregistrează în infecții intestinale acute la copii
- E. Holeră

33. În poliomielită, formele clinice:

1. Spinală
2. Meningiană
3. Bulbară
4. Pontină
5. Encefalitică

Necesită să fie diferențiate de:

- A. Botulism, paralizii postdifterice
- B. Meningita enterovirală, tuberculoasă
- C. Nevrita n. facial, paralizii faciale
- D. Meningoencefalite, encefalite virale
- E. Nevrita traumatică, fracturi, polineuropatii toxice, osteomielită

34. Sindroamele clinice:

1. Gastroenteritic
2. Enterocolitic
3. Enteritic
4. Hemolitico-uremic
5. Neurotoxic

Sunt înregistrate în escherichioza cu:

- A. Esch. enteroinvazivă
- B. Esch. enterotoxigenă
- C. Esch. enterohemoragică
- D. Esch. enteropatogenă
- E. În toate escherichiozele este posibil

35. Markerii HVB:

1. Antigen HBs
2. Anticorpi anti-HBc IgM
3. Antigen HBe
4. ADN HVB
5. Antigen HBc în hepatocite

pronostic A. Este marker pentru diagnosticul pozitiv al hepatitei virale B, infecțiozitate și

B. Cel mai fidel marker al infecției cu virusul hepatitic B

ser C. Antigen care poate fi blocat în complexe antigen-anticorp, lipsind temporar din

D. Poate fi decelat chiar în situația unor reacții serologice negative

E. Marker de infecție actuală și activă

PREZENTARE DE CAZ SIMPLU

1. Copilul în vârstă de 5 ani prezintă febră, cefalee, vomă (2 ori), fotofobie timp de 2 zile: conștient, răspunde la întrebări corect. Obrajii congestionați, sclerele injectate. Poziția în pat – cu capul în retroflexie și picioarele aduse la abdomen. Redoarea cefei, semnele Kernig și Brudzinski pozitive. Reflexele abdominale absente. Mucoasele orofaringiene hiperemiate, secreții nazale seroase.

Care este cea mai importantă investigație pentru stabilirea diagnosticului clinic?

- A. Tomografia computerizată a craniului
- B. Ecografia craniului
- C. Radiografia craniului
- D. Examenul bacteriologic al secrețiilor nazale
- E. Puncția lombară și examenul lichidului cefalorahidian

2. Copilul în vârstă de 3 ani, cu rujeolă (ziua a 3-a–a 4-a a bolii), prezintă conjunctivită, rinită, gingivită.

Pentru prevenirea suprainfecțiilor bacteriene acțiunea corectă va fi:

- A. Îngrijirea mucoaselor, igiena
- B. Administrarea imunoglobulinei antirujeolice
- C. Administrarea preparatelor antivirale
- D. Administrarea preparatelor antibacteriene
- E. Vitaminele A, C

3. Copilul în vârstă de 5 luni prezintă febră moderată, rinită cu eliminări nazale seroase abundente, tuse umedă, lacrimare. La examinare – conjunctivită foliculară, mucoasa orofaringelui hiperemiată, granuloasă, fără depuneri. În a 2-a zi a bolii au apărut scaune lichide (5 ori) fără mucozități. Vome nu a avut.

Diagnosticul poate fi:

- A. Gripă
- B. Pneumonie
- C. Adenoviroză cu sindrom diareic
- D. Difterie conjunctivală
- E. Enterocolită acută

4. Copilul în vârstă de 2 ani, cu rujeolă, în ziua a 4-a a bolii prezintă dispnee și cianoză, insuficiență cardiorespiratorie.

Conduita corectă va fi:

- A. Examenul radiologic al cutiei toracice
- B. Preparate antivirale, cardiace
- C. Antibiotice

- D. Spitalizare urgentă, preparate antibacteriene, cardiace, terapie intensivă
- E. Observare în dinamică la domiciliu

5. Copilul în vârstă de 5 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră (37,5°C), slăbiciune. Acuză dureri la masticatie. Se observă tumefacție în fosa retromandibulară stângă. Glanda parotidiană mărită, dur-elastică, ușor dureroasă, culoarea pielii – neschimbată.

Conduita corectă este:

- A. Spitalizarea copilului
- B. Tratament antibacterian
- C. Tratament antiviral
- D. Tratament simptomatic la domiciliu și supravegherea medicului de familie
- E. Corticoterapia

6. Copilul în vârstă de 10 luni s-a îmbolnăvit brusc: febră (38,5°C), agitație, vărsături, insomnie. Fața congestionată, buzele uscate, sclerele injectate, redoarea cefei. Pe membrele inferioare și pe fese – erupții hemoragice stelate.

Conduita corectă este:

- A. Administrarea de antipiretice la domiciliu și supravegherea medicului de familie (zilnic)
- B. Indicații de tratament la domiciliu, supravegherea medicului de familie (zilnic)
- C. Acordarea asistenței medicale de urgență și supravegherea la domiciliu (la fiecare 1–2 ore).
- D. Acordarea asistenței medicale prespitalicești și spitalizarea
- E. Tratamentul în staționarul de zi

7. Pacientul A., în vârstă de 3 ani, s-a îmbolnăvit acut: are febră (39°C), dureri la deglutiție, cefalee, erupții cutanate punctiforme, enantem, limfadenită cervicală.

Stabiliți diagnosticul preliminar:

- A. Rujeolă
- B. Rubeolă
- C. IRVA
- D. Scarlatină
- E. Mononucleoza infecțioasă

8. Copilul în vârstă de 10 ani s-a adresat la medic în ziua a 2-a a bolii, cu acuze la: cefalee, febră, catar respirator, conjunctivită.

Diagnosticul de rujeolă a fost stabilit în prezență de:

- A. Enantem, erupții maculoase discrete pe tot corpul
- B. Enantem, stomatită, gingivită, semnul Filatov-Koplik
- C. Angină catarală, poliadenopatie, splenomegalie
- D. Erupții maculopapuloase confluențe, pruriginoase pe tot corpul

E. Stomatită cu depuneri albicioase care se detașează ușor

9. Pacientul S., în vârstă de 8 ani, s-a îmbolnăvit acut: febră (40,2°C), vome repetate, convulsii. A doua zi, au apărut erupții punctiforme (rozeole și peteșii) pe corp. În istm – hiperemie aprinsă, delimitată. Semnele meningiene slab pronunțate. Oligurie.

Stabiliți diagnosticul preliminar:

- A. Gripă
- B. Infecție meningococică
- C. Infecție enterovirală, meningită seroasă
- D. Scarlatină, forma toxică
- E. Pseudotuberculoză

10. Copilul în vârstă de 2 ani, bolnav de 2 zile, prezintă tuse, febră (39,5°C). Frecvența respirației – 36 pe min. Tirajul cutiei toracice lipsește. Fără stridor. Are respirație astmoidă (prima dată). Semnele generale de pericol lipsesc.

Ce maladie se poate suspecta?

- A. Pneumonie
- B. IRA. Sindrom obstructiv (astmatic)
- C. IRA. Sindrom de crup
- D. Astm bronșic
- E. Pertussis

11. Un copil în vârstă de 6 ani s-a adresat la medic în a 3-a zi a bolii cu acuze: t° 38°C, dureri moderate la deglutiție, inapetență, stare generală rea. Examenul fizic a depistat: angină cu depuneri de culoare albă (cu nuanță galbuie) pe amigdale, luetă, pilieri, care se detașau greu, lăsând suprafața sângerândă, erau dur-elastice și nu se striveau între două lame. A fost suspectată difteria faringiană răspândită (edem cervical absent).

Indicați tratamentul:

- A. Eritromicină (per os)
- B. Penicilină (intramuscular)
- C. Ser antidifteric (intramuscular)
- D. Penicilină (intramuscular); ser antidifteric (intramuscular)
- E. Eritriomicină (per os); ser antidifteric (intravenos)

12. Copilul în vârstă de 10 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră, cefalee pronunțată, vome repetate. Semne meningiene pozitive. Leucopenie.

Conduita corectă în acest caz va fi:

- A. Examenul ultrasonor al organelor interne
- B. Observație pe parcurs
- C. Puncția lombară

D. Tratament antibacterian

E. Spălături gastrice

13. Copilul în vârstă de 9 luni s-a îmbolnăvit în urmă cu 3 ore: febră (39°C), convulsii, obnubilare, vomă, diaree, tuse. Examenul obiectiv: paliditate, cianoză periorală și periorbitală, tahipnee, tahicardie, redoarea cefei, semnele Brudzinski și Lesage pozitive.

Ce preparate trebuie administrate urgent?

A. Antipiretice

B. Anticonvulsive

C. Corticosteroizi

D. Diuretice

E. Toate cele enumerate mai sus

14. Copilul în vârstă de 10 ani cu oreion, forma glandulară medie. În ziua a 7-a a bolii au apărut cefalee, febră (39°C), dureri în epigastru și sub formă de „centură”, constipații.

Diagnosticul suspect va fi:

A. Apendicită acută

B. Pancreatită acută

C. Gastroduodenită acută

D. Toxiinfecție alimentară

E. Ocluzie intestinală

15. Copilul în vârstă de 5 ani cu acuze la febră (37,5°C) și rinită timp de 2 zile. La examinare prezintă erupții maculoase, roz-pale, discrete, pe părțile extensorii ale membrelor, față, fese. Enantem. Ganglionii limfatici periferici, mai mult cei cervicali posteriori și occipitali – tumefiați, sensibili la palpare. A fost stabilit diagnosticul de rubeolă.

Indicați modificările hematologice caracteristice:

A. Leucopenie, limfocitoză

B. Leucocitoză, neutrofilie cu deviere spre stânga

C. Leucocitoză, limfocitoză, VSH încetinit

D. Leucopenie, limfocitoză, celule plasmatiche Türk

E. Leucopenie, neutropenie, VSH accelerat, anemie

16. Copilul în vârstă de 12 ani s-a îmbolnăvit brusc, cu febră mare, dureri la deglutiție. În ziua a doua a apărut o tumefacție cervicală în partea stângă, în a treia zi – și în dreapta. La examenul fizic: paliditate, respirație îngreunată, hiperemie faringiană, amigdale tumefiate cu depuneri albicioase, dure, compacte. Ganglionii limfatici cervicali – tumefiați.

Diagnosticul posibil va fi:

A. Angină lacunară

B. Angină necrotică

- C. Oreion
- D. Mononucleoză infecțioasă
- E. Difterie faringiană

17. Copilul în vârstă de 6 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră (38,5°C), dureri la deglutiție, erupții rozeoloase pe tot corpul, mai cu seamă în plicile cutanate. În ziua a 6-a a apărut adenoflegmul cervical.

Tratamentul medicamentos se va face cu unul din următoarele preparate:

- A. Ampicilina
- B. Cotrimoxazol
- C. Phenoxymethylpenicilină
- D. Benzylpenicilină
- E. Corticosteroizi

18. Copilul în vârstă de 1 an și 6 luni s-a îmbolnăvit: subfebrilitate, tuse, voce răgușită, indispoziție. În ziua a doua a bolii și-a pierdut vocea, tusea a devenit afonică. Tahipnee. A apărut tiraj intercostal și al cutiei toracice. Semne de catar al căilor respiratorii superioare (rinită, faringită) lipsesc. În familie, un copil suferă de angină (a treia zi).

Diagnosticul posibil va fi:

- A. Viroză respiratorie acută
- B. Laringotraheită acută
- C. Laringotraheită stenoizantă acută
- D. Difterie laringiană
- E. Corp străin laringian

19. Copilul în vârstă de 3 luni se îmbolnăvește acut; are febră, vomă repetată, scaune lichide verzui, cu mucus la a 3-a zi și cu conținut sangvinolent, de 8–12 ori pe zi. Cu 5 zile înainte de a se îmbolnăvi, a fost externat din secția pediatrie, unde a fost tratat de pneumonie bilaterală. Din materiile fecale s-a izolat *Salmonella typhimurium*.

Indicați antibioticul potrivit:

- A. Penicilină
- B. Gentamicină
- C. Eritromicină
- D. Tetraciclina
- E. Polimixină

20. Copilul în vârstă de 2 luni a fost spitalizat la a 7-a zi a bolii cu acuze la tuse în accese (15–20 pe zi), vome, convulsii. Date obiective: față edemată, palidă, cianoză periorală, hemoragii în sclere, fontanela anterioară bombată. În plămâni raluri uscate, tahicardie; abdomenul balonat, scaune de 2–3 ori pe zi, terciforme.

Ce trebuie să facem pentru confirmarea diagnosticului etiologic?

- A. Puncția lombară și analiza LCR
- B. Spălături gastrice
- C. Hemoleucograma
- D. Însămânțarea secrețiilor faringiene
- E. Radiograma cutiei toracice

21. Copilul în vârstă de 6 ani prezintă dureri abdominale periodice, de tip spastic, predominant periombilicale și din dreapta, vomă 1–2 ori, $t^{\circ} 37,3^{\circ}\text{C}$, scaune diareice 2 ori pe zi. Abdomenul la palpare – dureros, încordat. Limba – saburală.

Conduita corectă va fi:

- A. Spălături gastrice
- B. Antipiretice
- C. Spasmolitice
- D. Examinarea leucocitozei
- E. Consultația medicului chirurg

22. Copilul în vârstă de 2 ani s-a îmbolnăvit acut: are febră ($39,3^{\circ}\text{C}$), vome, excitație. S-a tratat de IRA. Temperatura s-a normalizat, însă copilul a încetat să se sprijine pe picioare și a fost spitalizat. La internare – cunoștință clară. În membrele inferioare lipsesc mișcările active. Tonusul muscular – scăzut. Reflexele osteotendinoase la membrele inferioare și cele abdominale lipsesc. Sensorul păstrat. Nu poate șede fără ajutor.

Diagnosticul preventiv:

- A. Mielită traumatică
- B. Nevrită traumatică
- C. Poliomieliță, forma spinală
- D. Infecție respiratorie acută, neurotoxicoză
- E. Poliradiculoneuropatie

23. Copilul în vârstă de 3 luni a suportat salmoneloza thyphimurium, formă gravă, care a evoluat lent, ondulant, cu subfebrilitate, vome, scaune terciforme, cu mucus, rareori lichide (3–4 ori pe zi). Se depistează hepatosplenomegalie, pneumonie bilaterală în focare, pielonefrită, otită purulentă, anemie, hipotrofie (gr. II–III) .

Selectați forma clinică a salmonelozei:

- A. Gastrointestinală
- B. Tifoidică
- C. Septică

24. Copilul în vârstă de 4 luni s-a îmbolnăvit acut: scaune lichide, nedigerate (4 ori pe zi), de culoare albicioasă, apatie, refuză hrana, peste 3 zile a apărut icterul. La internare, a 4-a

zi de boală, starea generală gravă, cunoștința clară, somnolent, periodic neliniștit, inapetență, regurgitează 1–2 ori în zi. Icterul pielii și al mucoaselor – pronunțat, hemoragii punctiforme pe picioare, ficatul– dur, elastic, cu 4 cm sub rebordul costal, dureros. Splina – la rebordul costal. Reflexele osteotendinoase – exagerate. În contact cu bolnavii de boli infecțioase acute nu a fost.

Diagnosticul prezumtiv:

- A. Hepatita virală A, forma severă
- B. Hepatita virală B, forma severă
- C. Hepatita virală B, forma malignă
- D. Gastroenterita acută și hepatita toxică
- E. Hepatita virală D, forma severă

25. Copilul în vârstă de 3 luni: hiponutriție (gr. II–III), diaree, vomă repetată, regurgitație, colici abdominale, scaune sangvinolente, semne de deshidratare pronunțată.

Conduita corectă va fi:

- A. Tratatamentul cu antibiotice la domiciliu
- B. Rehidratarea orală la domiciliu
- C. Spitalizare și perfuzii intravenoase
- D. Administrarea soluțiilor pentru rehidratare orală în timpul transportării, spitalizarea
- E. Administrarea soluțiilor pentru rehidratare orală în timpul transportării, spitalizare + alimentare corectă. Antibiotice

26. Copilul în vârstă de 10 ani se tratează în secția de boli infecțioase cu diagnosticul hepatită virală B. În a treia săptămână de boală, i s-a ridicat temperatura până la 39°C, au apărut prurit, „înțepături”, dureri și hiperemie în regiunea intercostală stângă. A doua zi starea s-a agravat: 39,5°C, cefalee, au apărut vezicule mici în grupuri (0,3–0,5 mm) și conținut transparent în regiunea intercostală stângă.

Conduita corectă va fi:

- A. Izolarea bolnavului în boxă separată
- B. Tratatament cu preparate antivirale
- C. Tratatament simptomatic
- D. Continuarea tratamentului hepatitei virale
- E. Toate cele enumerate mai sus

27. Copilul în vârstă de 4 luni s-a îmbolnăvit brusc, are febră (38°C), agitație, vome repetate, scaune verzui, lichide, voluminoase, cu mucus și striuri de sânge. Mama a suportat o boală cu tabloul clinic similar. Mama alăptează copilul.

Conduita corectă va fi:

- A. Continuarea alăptării la sân
- B. Antibioticoterapia

- C. Perfuzii endovenoase
- D. Administrarea soluțiilor pentru rehidratare orală
- E. Toate cele enumerate mai sus

28. Copilul în vârstă de 12 ani cu gripă. În ziua a 3-a a bolii au apărut frisoane, durere, senzație de arsură pe cutia toracică din dreaptă. La examinare: eritem, edem cutanat în forma de semicentură. Pe acest fond – erupții, macule, papule, vezicule cu conținut clar, polimorfe, în grupuri. A fost stabilit diagnosticul Herpes zoster.

Aprecierea corectă va fi:

- A. Acest bolnav este sursă de infecție pentru varicelă
- B. Sursă de Herpes simplex genital
- C. Nu este sursă de varicelă
- D. Sursă de infecție Herpes simplex
- E. Nu este sursă de Herpes zoster

29. Copilul în vârstă de 8 ani acuză brusc dureri în gât, cefalee, febră. Obiectiv: hiperemia faringelui, pe pilierii anteriori – 3 eroziuni și o veziculă.

Diagnosticul clinic în acest caz poate fi:

- A. Angina streptococică
- B. Herpangina enterovirală
- C. Stomatita
- D. Varicela
- E. Trauma mucoasei amigdalelor

30. Copilul în vârstă de 1 an și 6 luni s-a îmbolnăvit: are febră (39°C), diaree, refuză hrana. Scaunele repetate (4–5 ori/zi) conțineau mucus și sânge (striuri și picături). Din materiile fecale s-a izolat *Campilobacter coli*.

Conduita corectă va fi:

- A. Prescrierea tratamentului cu antibiotice la domiciliu, rehidratarea orală
- B. Spitalizarea, tratamentul cu antibiotice, rehidratarea orală
- C. Spitalizarea, tratamentul cu antibiotice, perfuzii endovenoase
- D. Tratamentul la domiciliu prin metoda de rehidratare orală, continuarea alimentației
- E. Spitalizarea, rehidratarea orală, alimentația corectă

31. Copilul în vârstă de 1 an și 2 luni a fost spitalizat la a 8-a zi a bolii cu diagnosticul „Dizenterie acută”. Acasă a avut febră, scaune lichide, cu mucus și sânge. I s-a administrat cu cotrimoxazol 5 zile. Temperatura s-a normalizat. Scaunele acum sunt păstoase, de 4–5 ori pe zi, nedigerate. Din materiile fecale s-a izolat în cantități mari *Klebsiella pneumoniae*.

Conduita corectă va fi:

- A. Alimentația conform vârstei
- B. Corticoterapia
- C. Eubiotice
- D. Antibioticoterapia
- E. Furazolidon

32. Copilul în vârstă de 8 ani s-a îmbolnăvit acut: febră (40°C), vome repetate, cefalee, dureri în gât. La examinare – hiperemia tegumentelor, sclerită, hiperemia mucoasei peretelui posterior al faringelui; pe pilierii anteriori se observă 3 afte și o veziculă cu o areolă de hiperemie. Semnele meningiene – pozitive.

Diagnosticul preventiv va fi:

- A. Gripa, neurotoxicoza
- B. Infecția meningococică
- C. Infecția enterovirală, meningită, herpangină
- D. Scarlatina
- E. Pseudotuberculoza

33. Copilul în vârstă de 3 ani are febră moderată, dureri în abdomen, tenesme, scaune lichide cu mucus și striuri de sânge. La examinare: abdomenul exavat, intestinul sigmoid spasmatic.

Diagnosticul prezumtiv va fi:

- A. Salmoneloza
- B. Dizenteria
- C. Holera
- D. Infecția stafilococică
- E. Escherichioza cu Esch. enterotoxigenă

34. Copilul în vârstă de 10 ani acuză brusc cefalee pronunțată, vome repetate, febră. Obiectiv: hiperemia tegumentelor, sclerită, redoarea cefei, semnul Kernig pozitiv. LCR: transparent, pleiocitoză – $277/\text{mm}^3$, 70% limfocite, 30% neutrofile, albuminorahie – 0,33%, glucoză – 2,7 mmoli/l, clorizii în normă.

Diagnosticul etiologic în acest caz poate fi confirmat prin:

- A. Metoda bacteriologică
- B. Investigații biochimice
- C. Metoda serologică
- D. Electroencefalogramă
- E. Tomografie computerizată

35. Copilul în vârstă de 6 luni prezintă $t^{\circ} 37,5^{\circ}\text{C}$, vomă, diaree cu scaune de 3–5 ori/zi, abundente, cu mucus. Activ, vioi, ochii nu sunt înfundați. Plica cutanată se reface imediat.

Terapia corectă este:

- A. Antibiotice
- B. Pauză hidrică de 6–8 ore
- C. Pauză alimentară de 6–8 ore
- D. Rehidratare orală
- E. Rehidratare perfuzională

36. Copilul în vârstă de 1 an și 6 luni cu salmoneloză a avut vomă, diaree, febră. La examinare este vioi, activ, însă bea cu sete, plica cutanată se reface lent.

Apreciați gradul de deshidratare:

- A. Deshidratare negativ
- B. Deshidratare moderată
- C. Deshidratare severă

37. Copilul în vârstă de 1 an și 6 luni cu varicelă a fost tratat la domiciliu. Boala a avut o evoluție ușoară, spre însănătoșire. În ziua a 8-a a bolii starea copilului s-a agravat: au apărut vome repetate, slăbiciune, somnolență, ataxie, mers nestabil.

Pentru stabilirea diagnosticului clinic este necesar în primul rând:

- A. Examenul virusologic
- B. Examenul serologic
- C. Consultația medicului neurochirurg
- D. Puncția lombară cu examinarea lichidului cefalorahidian
- E. Radiografia craniană

38. La un copil în vârstă de 6 luni, din scaun s-a izolat Sh. sonnei. Acuze nu prezintă. Starea generală satisfăcătoare. Afebril, poftă de mâncare bună. Abdomenul moale, indolor. Scaunul normal. Reacția de hemaglutinare indirectă cu diagnosticul sonnei pozitivă 1:200 și în dinamică – 1:800.

Indicați forma clinică a schigeloziei sonnei:

- A. Dispeptică
- B. Frustă
- C. Inaparentă
- D. Portaj
- E. De tip toxiinfecție alimentară

39. Copilul în vârstă de 3 luni a fost internat în ziua a 9-a a bolii cu diagnosticul „Hepatita virală B, forma malignă, precomă. IRA, bronhopneumonie bilaterală”.

Tratamentul corect va fi:

A. Terapia de detoxicare e.v (sol. glucoză 5–10%), sol albumină 10%, dextran 40) + antibiotice

B. Terapia de detoxicare e.v (sol. glucoză 5–10%), sol albumină 10%, dextran 40)+ antibiotice + inhibitori de proteaze (contrical, hordox), inhibitori ai fibrinolizei (ac. aminocapronic sol. 5%)

C. Terapia de detoxicare e/v (sol. glucoză 5–10%, sol albumină 10%, dextran 40)+ antibiotice + inhibitori de proteaze (contrical, hordox), inhibitori ai fibrinolizei (ac. aminocapronic sol. 5%) + terapia antivirală cu preparate de interferon alfa

D. Terapia de detoxicare e/v (sol. glucoză 5–10%, sol albumină 10%, dextran 40) + antibiotice + inhibitori de proteaze (contrical, hordox), inhibitori ai fibrinolizei (ac. aminocapronic sol. 5%) + corticoterapia (prednisolon 5–10 mg/kg/24 ore)

E. Antibiotice, interferon alfa

40. Copilul în vârstă de 10 ani acuză brusc cefalee pronunțată, vome repetate, febră.

Semnele meningiene – pozitive. Leucocitoză. Conduita corectă va fi:

A. Examenul ultrasonor al organelor abdominale

B. Observație la domiciliu

C. Spitalizare și puncția lombară

D. Tratament antibacterian la domiciliu

E. Spălătura gastrică

41. Un copil în vârstă de 1 an din centrul de plasament s-a îmbolnăvit acut: febră (39,5°C) și erupții cutanate veziculare. La examinare s-a constatat varicelă.

Conduita corectă va fi:

A. Izolarea copilului. Antipiretice

B. Corticosteroizi

C. Antihistamine

D. Antibiotice

E. Izolarea bolnavului în boxă, antipiretice prelucrarea elementelor eruptive cu substanțe dezinfectante, observare

RĂSPUNSURI

Difteria

Complement simplu

1. B
2. B
3. C
4. D
5. D
6. A
7. C
8. E
9. B
10. A
11. E
12. D
13. B
14. D
15. D
16. A
17. D
18. A
19. D
20. B

Complement multiplu

1. ABC
2. BDE
3. ABE
4. ACE
5. BDE
6. ABC
7. ABC
8. ACD
9. ACD
10. BCD
11. BCD
12. ABD
13. CDE
14. BCD
15. BDE
16. BCE
17. BDE
18. BDE
19. ABE
20. ABD

Angina

Complement simplu

1. E
2. B
3. C
4. A
5. E
6. C
7. B
8. B
9. C
10. D
11. D
12. E
13. E
14. C

Complement multiplu

1. ABC
2. ABC
3. ABC
4. BCD
5. ACD
6. BCD
7. BCE
8. ABC
9. CDE
10. BCD
11. CDE
12. ABC
13. ADE
14. BDE
15. BCE
16. BCE
17. ACE
18. ABC
19. ADE
20. CDE
21. ADE
22. ABE
23. ABD
24. ADE
25. ABC
26. ABC

Scarlatina

Complement simplu

1. D
2. B
3. D
4. C
5. D
6. B
7. B
8. E
9. D
10. B
11. D
12. B
13. C
14. D
15. B
16. B
17. B
18. B
19. C
20. D
21. B
22. B

Complement multiplu

1. BCD
2. CDE
3. BDE
4. ABC
5. ACD
6. BDE
7. BDE
8. ACE
9. BDE
10. BDE
11. BCD
12. ABC
13. ABC
14. ABC
15. ACD
16. CDE
17. BCE
18. BCD
19. BCE
20. BDE
21. ACE
22. BCE
23. ACD
24. BDE
25. ACE
26. ACD
27. BCE
28. ACE
29. BCE
30. ABD
31. BDE

Rujeola

Complement simplu

1. B
2. D
3. B
4. B
5. D
6. D
7. D
8. D
9. D
10. D
11. E
12. D
13. A
14. D
15. D
16. B
17. E
18. D
19. A
20. C
21. C

Complement multiplu

1. BCD
2. ABE
3. ACE
4. BCD
5. BCE
6. ABC
7. BCD
8. ABD
9. ACE
10. BCE
11. CDE
12. ABE
13. BDE
14. ABE
15. BCE
16. ABC
17. BCD
18. CDE
19. ABC
20. ABC
21. ABE
22. ACD
23. BDE
24. ADE
25. ABE
26. BCD
27. BCE
28. ACE
29. CDE
30. ADE
31. ABD
32. ACE
33. ABE
34. CDE
35. ABE

Rubeola

Complement simplu

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

Complement multiplu

1. ABE
2. ABC
3. ABD
4. BCD
5. ABC
6. ADE
7. ACD
8. BCD
9. ACDB
10. ABD
11. CDE
12. ABD
13. ACD
14. ACE
15. BDE
16. ABD
17. ADE
18. BCD
19. ACD
20. ADE
21. ABC
22. BCE
23. ABC
24. ABD
25. CDE
26. ACD
27. ACD
28. BCE

Infecția herpetică

Complement simplu

1. B
2. E
3. E
4. B
5. C
6. E
7. B
8. B
9. D
10. E
11. E
12. C
13. C
14. D
15. E
16. B

Complement multiplu

1. ABC
2. ABE
3. ABC
4. ABC
5. CDE
6. ABC
7. ABD
8. CDE
9. BDE
10. ABC
11. ABC
12. BCE
13. ACD
14. ABC
15. BDE
16. BCD
17. BDE
18. BCE
19. ACE
20. BCE
21. BCD
22. ACD
23. ABD
24. BCE
25. ACD
26. ADE
27. ACD

Varicela

Complement simplu

1. E
2. B
3. A
4. B
5. B
6. E
7. C
8. E
9. A
10. C
11. E
12. D
13. E
14. A
15. E
16. B
17. D
18. D
19. E
20. D
21. C
22. C

Complement multiplu

1. ADE
2. ADE
3. BCE
4. ACD
5. ABC
6. CDE
7. ABE
8. ABE
9. ACD
10. ACE
11. ABC
12. BCD
13. ACE
14. BDE
15. CDE
16. ACE
17. ACD
18. ABD
19. ABE
20. ABE
21. ADE
22. ADE
23. ABE

Oreionul

Complement simplu

1. D
2. E
3. C
4. E
5. E
6. D
7. B
8. D
9. E
10. D
11. E
12. C
13. A
14. E
15. C
16. E
17. E
18. B

Complement multiplu

1. BCD
2. BCD
3. BCD
4. ACD
5. CDE
6. BDE
7. BCD
8. BCD
9. ABE
10. BCD
11. ABC
12. BCE
13. ACD
14. CDE
15. ACB
16. ABC
17. ADE
18. CDE
19. ABC
20. ADC
21. ACD
22. ABC
23. ABC
24. ABD
25. ABD
26. BDE
27. ADE

Pertussis

Complement simplu

1. D
2. E
3. A
4. B
5. E
6. D
7. C
8. E
9. B
10. D
11. B
12. C
13. B
14. C
15. C
16. C
17. D

Complement multiplu

1. BDE
2. ABE
3. CDE
4. ADE
5. BCD
6. ACD
7. ABD
8. BCD
9. ABC
10. ABD
11. BCD
12. ABD
13. ADE
14. BDE
15. ACE
16. ABD
17. ACE
18. BDE
19. ABE
20. ACD
21. BDE
22. ACE
23. BCD
24. ACE
25. BCE
26. ABC
27. BDE
28. ABD
29. BCE
30. ABD
31. BCD

Infecția meningococică

Complement simplu

1. D
2. C
3. C
4. B
5. B
6. A
7. C
8. C
9. E
10. D
11. B
12. B
13. C
14. C
15. E
16. C
17. A
18. B
19. B
20. C

Complement multiplu

1. ACD
2. ADE
3. ABC
4. ACD
5. ABC
6. ABD
7. ABD
8. CDE
9. CDE
10. ACE
11. ACD
12. ACD
13. BCD
14. ACE
15. BCE
16. ACE
17. ACE
18. BCD
19. CDE
20. ACD
21. ABD
22. ABC
23. BDE
24. ABE
25. ABD
26. ABC
27. BCD
28. BDE
29. ABC
30. BDE
31. ABD
32. ABE

Gripa

Complement simplu

1. B
2. B
3. D
4. C
5. D
6. C
7. D
8. C
9. A
10. E
11. B
12. B
13. C
14. B
15. B
16. B
17. B

Complement multiplu

1. ABC
2. ABC
3. ABD
4. BCD
5. ABE
6. ABC
7. ABD
8. ACE
9. ACE
10. ABE
11. ABC
12. ABC
13. ADE
14. BCD
15. BCE
16. ABD
17. BCE
18. ABD
19. ACD
20. ABC
21. ACD
22. BCD
23. ADE
24. ABE
25. ABD
26. ACD
27. BDE
28. BCE
29. ACE

Paragripa

Complement simplu

1. D
2. B
3. C
4. B
5. D

Complement multiplu

1. ACD
2. ABC
3. ABC
4. CDE
5. ADE
6. ABC
7. ABC

Adenovirozele

Complement simplu

1. C
2. D
3. B
4. E
5. E
6. E

Complement multiplu

1. BCE
2. ABC
3. ACD
4. ACD
5. BCD
6. ACD
7. ABE
8. ABC
9. BCE
10. ABC

Infecția cu virusul sincițial respirator

Complement simplu

1. A
2. B
3. C
4. B
5. D
6. C
7. B

Complement multiplu

1. BCD
2. BDE
3. ABC
4. BCE
5. BDE
6. CDE
7. ACD
8. ACD
9. ABD
10. ABC
11. ADE

Enterovirozele

Complement simplu

1. D
2. C
3. C
4. B
5. C
6. B
7. C
8. A
9. E
10. D
11. D
12. E
13. D
14. A
15. C
16. E
17. A
18. E
19. C

Complement multiplu

1. ABC
2. ABE
3. BDE
4. ACE
5. BDE
6. BCD
7. CDE
8. CDE
9. BCD
10. BDE
11. ABC
12. BDE
13. ABC
14. ABC
15. ABE
16. BCE
17. ABC
18. ABC
19. ACD
20. ABC
21. ABC
22. BCD
23. ABC
24. BCD
25. ABC
26. ADE
27. CDE
28. ABC
29. BCD

Poliomielita

Complement simplu

1. E
2. B
3. E
4. D
5. D
6. E
7. B
8. C
9. B
10. C
11. D
12. D
13. E
14. C
15. D
16. A

Complement multiplu

1. ACE
2. ABD
3. ACE
4. CDE
5. ACD
6. BCD
7. ABC
8. ABC
9. ABD
10. ABC
11. ABC
12. BCD
13. ACD
14. BCE
15. ACD
16. ABC
17. ABC
18. ABC
19. ABC
20. ACD
21. BCD
22. ABC

Shigeloza

Complement simplu

1. A
2. C
3. B
4. C
5. C
6. A
7. D
8. D
9. C
10. E
11. C
12. B
13. A
14. A
15. B
16. B
17. D
18. E
19. C
20. A

Complement multiplu

1. BCD
2. BCD
3. ABE
4. BCE
5. CDE
6. ABD
7. BCD
8. BCD
9. ABC
10. BCE
11. CDE
12. CDE
13. ABC
14. BCD
15. ACD
16. BCE
17. ABD
18. CDE
19. BCD
20. ACE
21. BCD
22. ABD
23. ABD
24. ABE
25. ABC
26. BCE
27. ABE
28. BCD
29. ADE
30. CDE

Salmonelozele

Complement simplu

1. D
2. C
3. A
4. B
5. B
6. B
7. B
8. C
9. B
10. E
11. E
12. E
13. E
14. A
15. E
16. E
17. A
18. B
19. E
20. C

Complement multiplu

1. ABC
2. BDE
3. ABC
4. ABD
5. CDE
6. BCD
7. ABC
8. ABE
9. CDE
10. ABD
11. ADE
12. ABC
13. ABC
14. ACD
15. ABC
16. CDE
17. ACD
18. BCE
19. BCD
20. ABD
21. ABC
22. ADE
23. ABC
24. CDE
25. ABC
26. BCE
27. ABC
28. ABC
29. CDE
30. ABC

Escherichiozele

Complement simplu

1. B
2. B
3. E
4. A
5. E
6. B
7. D
8. C
9. D
10. A
11. C
12. A
13. B
14. D
15. E
16. C
17. C
18. D
19. E
20. B

Complement multiplu

1. ACD
2. ABE
3. BDE
4. ACE
5. ABE
6. BCE
7. ABC
8. CDE
9. ABC
10. CDE
11. BCD
12. ABD
13. ABC
14. ACD
15. ACE
16. CDE
17. BCD
18. BCD
19. ABC
20. ACD
21. ABC
22. ABD
23. BCD
24. CDE
25. ADE
26. ABC
27. ABC
28. ABD
29. ABC

Infecții intestinale cu ECP

Complement simplu

1. B
2. C
3. B
4. E
5. A
6. E
7. B
8. E
9. C
10. B
11. B

Complement multiplu

1. CDE
2. ABC
3. ABC
4. ABC
5. ACD
6. ABC
7. ABD
8. ABC
9. ABD
10. ADE
11. ACE
12. BCD
13. ABC
14. ABE
15. ACD
16. ACD
17. ABD
18. ACD
19. ACE
20. ACE
21. BCE
22. ACD
23. BCE
24. ABE
25. BCD
26. ACE
27. CDE
28. BDE
29. ACE
30. ACE
31. ABC
32. CDE
33. ABE
34. ABC

Infecția rotavirală

Complement simplu

1. A
2. B
3. A
4. C
5. E
6. C
7. D
8. B

Complement multiplu

1. BCE
2. BCD
3. ABD
4. ACD
5. ABD
6. ABD
7. ACD
8. ABD
9. ACE
10. ACD

Tratamentul BDA

Complement simplu

1. C
2. A
3. D
4. B
5. D
6. D
7. D
8. C
9. D
10. C
11. C
12. D
13. D
14. A

Complement multiplu

1. BCE
2. CDE
3. BCD
4. BDE
5. ACD
6. ABC
7. CDE
8. ABE
9. ACD
10. ACE
11. ABDE
12. ABD
13. ABC
14. ACD
15. ADE
16. ABD
17. ABCD
18. ABE
19. ADE
20. ACD
21. BCD
22. BDE
23. ABC
24. ABC

Dismicrobismul intestinal

Complement simplu

1. A
2. B
3. C
4. C
5. A
6. C
7. C

Complement multiplu

1. ABC
2. ABC
3. ACE
4. ABE
5. ACD
6. ABC
7. ABC
8. ACD
9. ABC
10. ABC
11. BCD
12. BCD
13. ABE
14. ADE

Hepatitele virale

Complement simplu

1. C
2. E
3. B
4. D
5. C
6. A
7. D
8. B
9. C
10. D

Complement multiplu

1. BCD
2. ABC
3. ABE
4. ACE
5. ABC
6. ABD
7. CDE
8. CDE
9. BDE
10. ACE
11. ACE
12. ABC
13. CDE
14. BCE
15. ACE
16. ACD
17. ABC
18. ACD
19. ABC
20. BDE
21. ABC
22. ABC
23. BCE
24. ABD
25. ADE
26. ABC
27. BCD
28. ABC
29. ABE
30. ACD
31. ACD
32. ABC
33. ABC

Mononucleoza infecțioasă

Complement simplu

1. C
2. D
3. C
4. D
5. D
6. D
7. E
8. D
9. B
10. E
11. A
12. B
13. E
14. B
15. C
16. D

Complement multiplu

1. BCE
2. BCE
3. ABC
4. ABD
5. ABD
6. ACE
7. ACD
8. ABC
9. BCE
10. ABC
11. ABE
12. ABC
13. BCD
14. BCE
15. BCD
16. ACD
17. ACD
18. ACD
19. BCE
20. ABC
21. ABC
22. ABE
23. ABC
24. ABC

Neurotoxicoza

Complement simplu

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

Complement multiplu

1. ABC
2. ABC
3. ABC
4. ABC
5. ABC
6. ABC
7. BDE
8. ABC
9. ABD
10. ACD
11. ACE
12. ABC
13. ABC
14. ABD
15. ACD
16. ABC
17. ABC
18. ABC
19. ABD
20. ABC
21. ADE
22. ABC

Asociere simplă

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1. 1E 2D3A 4B 5C | 19. 1B 2A 3C 4D |
| 2. 1D 2A 3B 4C 5E | 20. YYY |
| 3. 1C 2B 3D 4E 5A | 21. 1E 2C 3B 4A 5D |
| 4. 1E 2A 3C 4B 5D | 22. 1B 2E 3C 4A 5D |
| 5. 1E 2A 3B 4D 5C | 23. 1C 2A 3E 4B 5D |
| 6. 1C 2A 3D 4E 5B | 24. 1BCE 2AD |
| 7. 1E 2D 3C 4B 5A | 25. 1B 2A 3C 4D 5E |
| 8. 1A 2D 3B 4E 5C | 26. 1A 2D 3C 4E 5B |
| 9. 1B 2C 3E 4A 5D | 27. 1E 2B 3A 4C 5D |
| 10. 1D 2C 3B 4A 5E | 28. 1B 2C 3D 4E 5A |
| 11. 1B 2A 3E 4D 5C | 29. 1D 2A 3C 4B |
| 12. 1B 2D 3C 4A 5E 6F | 30. 1E 2C 3B 4A 5D |
| 13. 1C 2A 3B 4E 5D | 31. 1D 2A 3E 4C 5B |
| 14. 1C 2D 3A 4E 5B | 32. 1C 2B 3D 4A |
| 15. 1B 2A 3C 4E 5D | 33. 1E 2D 3C 4B 5A |
| 16. 1C 2B 3D 4A 5E | 34. 1E 2B 3A 4C 5D |
| 17. 1C 2B 3A | 35. 1D 2A 3B 4C 5E |
| 18. 1C 2A 3B 4E 5D | 36. 1B 2E 3A 4D 5C |

Prezentare de caz simplu

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

BIBLIOGRAFIE

1. Galina Rusu (redacția). *Boli infecțioase la copii*. Chișinău, 2001.
2. Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин. *Инфекционные болезни у детей*. Медицина, Москва, 1990.
3. Marin G.R. Voiculescu. *Boli infecțioase*. Ed.med., București, 1989, vol.1, 2.
4. Ian Tansanu. *Pediatric*. Iași, 1995, vol. 1.
5. Șt.M. Dimitriu și coaut. *Boli infecțioase și epidemiologie*. Curs. Iași, 1986.
6. P. Galețchi cu coaut. *Ghid practic de microbiologie medicală*. Chișinău, București, 1977.
7. Mircea Chiotan. *Boli infecțioase*. București, 1998.
8. В.В. Иванова. *Инфекционные болезни у детей*. Москва, 2002, 929 с.
9. В.Ф. Учайкин. *Руководство по инфекционным болезням у детей*. ГЭОТАР, „Медицина”, Москва, 1999, 809 с.
10. E. Pilly. *Maladies infectieuses et tropicales*.
11. Г.А. Тимофеева, Л.А. Антипова. *Инфекционные заболевания детей первого года жизни*. М., 1985.
12. Г.А.Тимофеева. *Стафилококковая инфекция у детей*. Л., 1977.
13. C. Spânu, G. Rusu, L. Bârca. *Infecții clinico-epidemiologice, diagnostic, tratament, profilaxie*. Chișinău, 2005.
14. Л.В. Быстрыкова. *Инфекционные экзантемы у детей*. М., 1982.
15. А.П. Казанцев. *Эпидемический паротит*. М., 1988.
16. А.П. Зинченко. *Острые нейроинфекции у детей*. М., 1986.
17. А.И. Иванов. *Инфекционные болезни с экзантемами*. М., 1970.
18. Н.И. Нисевич, М.О. Гаспарян. *Инфекционный мононуклеоз у детей*. М., 1975.
19. В.И. Покровский, Л.А. Фаворова, Н.Н. Костюкова. *Менингококковая инфекция*. М., 1976.
20. А.И. Швалко. *Коклюш*. М., 1974.
21. Л.А. Фаворова и др. *Дифтерия*. М., 1986.
22. I. Iliciuc și coaut. *Encefalopatia toxiiinfecțioasă acută la sugari*. Chișinău, 1996.
23. А.С. Мартынкин. *Коклюш у детей*. Л., 1990.
24. Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин. *Тяжелые и злокачественные формы вирусного гепатита у детей*. М., Медицина, 1982.
25. Petru Galețchi, Galina Rusu și coant “Dismicrobismul intestinal la copii” Chișinău, 2008
26. Protocoale clinice naționale, 2008, 2009, 2010

