

FEBRA REUMATISMALĂ ACUTĂ  
COMPLIMENT SIMPLU

1. Indicați modificarea morfologică specifică în febra reumatică acută:
  - A. Nodulii reumatoizi
  - B. Nodulii Aschoff
  - C. Nodulii Osler
  - D. Nodulii Heberden
  - E. Nodulii tofacei
  
2. Alegeți durata perioadei de latență în febra reumatică acută:
  - A. 1-2 luni
  - B. 1-2 săptămâni
  - C. 2-4 săptămâni
  - D. 2-4 luni
  - E. 2-4 zile
  
3. Indicați grupul de vârstă, mai frecvent afectat de febra reumatică acută?
  - A. 3-5 ani
  - B. 5-6 ani
  - C. 6-7 ani
  - D. 7-15 ani
  - E. 15-20 ani
  
4. Selectați teoria patogenică de bază recunoscută actualmente în dezvoltarea febrei reumatismale acute:
  - A. Infecțioasă
  - B. Toxică
  - C. Autoimună
  - D. Infecțios-alergică
  - E. Prin complexe imune circulante
  
5. Indicați cauza cea mai frecventă a insuficienței cardiace din cadrul febrei reumatismale acute:
  - A. Pericardita fibrinoasă
  - B. Pericardita exsudativă
  - C. Miocardita parcelară
  - D. Miocardita difuză
  - E. Endocardita
  
6. Cel mai sensibil indice al activității procesului reumatic este:
  - A. Anemia
  - B. Viteza de sedimentare a hematiilor
  - C. Leucocitoza
  - D. Creșterea fibrinogenului
  - E. Disproteinemia inflamatorie
  
7. Selectați grupul de elecție utilizat în tratamentul antibacterian al febrei reumatismale acute:
  - A. Macrolidele
  - B. Tetracilinele
  - C. Penicilinele
  - D. Cefazolinele
  - E. Aminoglicozidele

8. Marcați durata medie recomandată a terapiei antiinflamatorii în cadrul febrei reumatismale acute:
- A. 1-2 săptămâni
  - B. 6-8 săptămâni
  - C. 2-3 luni
  - D. 3-4 săptămâni
  - E. 3-4 luni
9. Indicați cu ce se face profilaxia secundară în febra reumatică acută:
- A. Benzatin benzilpenicilină G
  - B. Lincomicină
  - C. Trimetoprim
  - D. Nitrofurantoină
  - E. Norfloxacin
10. Durata profilaxiei secundare în febra reumatică acută cu cardită și fără valvulopatie este:
- A. 3 ani de la ultimul atac reumatic
  - B. 5 ani de la ultimul atac reumatic
  - C. Cel puțin 10 ani de la ultimul atac reumatic
  - D. Până la atingerea vârstei de 18 ani
  - E. Toată viața
11. Durata maximă a artritei în cadrul febrei reumatismale acute constituie:
- A. 1-2 luni
  - B. 1-2 săptămâni
  - C. 2-3 săptămâni
  - D. 2-3 luni
  - E. 2-3 zile
12. Insuficiența mitrală reumatică se dezvoltă în termen de:
- A. 2-3 luni
  - B. 2-3 săptămâni
  - C. 3-6 luni
  - D. 3-6 săptămâni
  - E. Mai mult de 6 luni
13. Stenoza mitrală reumatică se dezvoltă în termen de:
- A. 3-6 luni
  - B. 3-6 săptămâni
  - C. 2-3 săptămâni
  - D. 2-3 luni
  - E. Mai mult de 6 luni
14. Durata coreei reumatice este de:
- A. 1-2 luni
  - B. 8-15 zile
  - C. 8-15 săptămâni
  - D. 3-4 luni
  - E. 3-4 săptămâni
15. Titrele ASLO în cadrul febrei reumatismale acute au o valoare maximă la:
- A. 1-2 săptămâni după debutul bolii

- B. 1-2 săptămâni după infecție streptococică
- C. 4-6 săptămâni după debutul bolii
- D. 4-6 săptămâni după infecție streptococică
- E. 6-8 săptămâni după infecție streptococică

16. Care din cercetările instrumentale permite diagnosticul afectărilor valvulare în febra reumatică acută?

- A. ECG
- B. EcoCG-2D
- C. Radiografia cutiei toracice
- D. Tomografia computerizată a cutiei toracice
- E. Radiografia articulațiilor periferice

17. Durata profilaxiei secundare în febra reumatică acută fără cardită este:

- A. 3 ani de la ultimul atac reumatic
- B. Cel puțin 5 ani de la ultimul atac reumatic
- C. 10 ani de la ultimul atac reumatic
- D. Până la atingerea vârstei de 18 ani
- E. Până la atingerea vârstei de 40 ani

18. Profilaxia secundară în febra reumatică acută se face cu:

- A. Benzatin benzilpenicilina G
- B. Lincomicină
- C. Trimetoprim
- D. Nitrofurantoină
- E. Norfloxacin

19. În caz de alergie la peniciline profilaxia secundară a febrei reumatismale se face cu:

- A. Cefalosporine
- B. Macrolide
- C. Fluorochinolone
- D. Nitrofurane
- E. Tetraciline

20. Contraindicație în tratamentul febrei reumatismale acute cu acidul acetilsalicilic este:

- A. Ulcerația gastro-intestinală în faza acută
- B. Angina pectorală
- C. Pneumonia interstițială
- D. Tromboflebită acută
- E. Vârsta până la 12 ani

#### COMPLIMENT MULTIPLU

21. Proprietățile patogene ale streptococului hemolitic grupa A în FRA se datorează:

- A. Proteinei M pe membrana streptococului
- B. Eliberării de toxine și enzime (streptokinaza, streptohialuronidaza etc.)
- C. Expresiei moleculelor de aderență către epiteliu pe membrana bacteriei
- D. Proteinei A pe membrana streptococului
- E. Proteinei N pe membrana streptococului

22. Care sunt fazele evolutive ale leziunii morfopatologice reumatice?

- A. Faza exsudativ-degenerativă
- B. Faza granulomatoasă
- C. Faza fibroasă
- D. Faza ulcero-necrotică
- E. Faza proliferativă

23. Alegeți afirmațiile adevărate despre Coreea Sydenham:
- A. Este o manifestare rară a febrei reumatismale
  - B. Afectează preponderent sexul masculin
  - C. Afectează preponderent fetițele de 6-15 ani
  - D. Lasă frecvent sechele neurologice
  - E. Nu afectează starea psihoemoțională
24. În cadrul febrei reumatismale acute pot fi înregistrate următoarele manifestări renale:
- A. Proteinurie mică
  - B. Hematurie macroscopică
  - C. Hematurie microscopică
  - D. Leucociturie
  - E. Cilindrurie
25. Care indici de laborator certifică etiologia streptococică în febra reumatismală acută?
- A. Titrul antistreptokinazei
  - B. Titrul antistreptolizinei-O
  - C. Fibrinogenul
  - D. Gama-globulinele
  - E. Albuminele serice
26. Alegeți afirmațiile corecte despre anemia din febra reumatismală acută:
- A. Este de obicei moderată
  - B. Este fierodeficientă
  - C. Corelează cu intensitatea procesului inflamator
  - D. Poate fi hemolitică
  - E. Poate fi secundară afectării renale din febra reumatismală acută
27. Alegeți afirmațiile corecte privind regimul pacientului cu febra reumatismală acută:
- A. Spitalizarea este indicată în cazuri cu activitate mare cu poliartrită și cardită
  - B. Depinde de vârsta pacientului
  - C. Se recomandă repaus la pat pacienților cu cardită cel puțin 4 săptămâni
  - D. Nu sunt restricții de activitate la afectarea articulară, cardiacă și neurologică
  - E. Depinde de activitatea procesului inflamator
28. Tratamentul febrei reumatismale acute include:
- A. Tratament antiagregant
  - B. Tratament antiinflamator
  - C. Tratament antibacterian
  - D. Tratament anticoagulant
  - E. Tratament simptomatic
29. În tratamentul febrei reumatismale acute pot fi indicate următoarele preparate antibacteriene:
- A. Azitromicina
  - B. Benzilpenicilina
  - C. Doxiciclina
  - D. Ciprofloxacina
  - E. Claritromicina
30. Alegeți afirmațiile corecte privind dieta pacientului cu febră reumatismală acută complicată cu insuficiență cardiacă:
- A. Normoproteică
  - B. Hiperproteică
  - C. Normocalorică

- D. Hiposodată
- E. Hidrică în caz de afectare cardiacă

31. Marcați factorii care contribuie la apariția febrei reumatismale acute:

- A. Suprarăceala
- B. Faringita cu streptococ  $\beta$ -hemolitic grupul A
- C. Predispoziția genetică
- D. Vârsta
- E. Sexul

32. Alegeți, din cele propuse, criteriile MAJORE de diagnostic al febrei reumatismale:

- A. Cardita
- B. Febra
- C. Coreea Sydenham
- D. Eritemul marginat
- E. Artralgia

33. Selectați criteriile doveditoare ale infecției cu streptococ din grupul A în diagnosticul FRA:

- A. Scarlatina recentă
- B. Febra
- C. Prezența sindromului inflamator
- D. Cultura faringiană pozitivă pentru streptococ  $\beta$ -hemolitic
- E. Creșterea titrelor anticorpilor antistreptococici

34. Indicați trăsăturile specifice artritei din cadrul febrei reumatismale acute:

- A. Afectarea simetrică
- B. Caracterul migrator
- C. Caracterul deformant
- D. Fără sechele în evoluție
- E. Caracterul eroziv (radiologic)

35. Selectați valvele cel mai frecvent afectate în endocardita reumatică?

- A. Mitrală
- B. Tricuspidă
- C. Aortică
- D. Mitrală și tricuspidă
- E. Aortică și pulmonara

36. Indicați fenomenele auscultative remarcate în endocardita reumatică:

- A. Modificarea suflurilor preexistente
- B. Suflu sistolic apical
- C. Frecătura pericardică
- D. Apariția suflurilor de dilatație
- E. Alterarea zgomotelor cardiace

37. Selectați tipurile de sufluri prezente în endocardita reumatică:

- A. Sistolic funcțional
- B. Sistolic apical organic
- C. Protodiastolic
- D. Mezodiastolic apical

E. Diastolic în punctul Erb

38. Alegeți fenomenele auscultative observate în miocardita reumatică:

- A. Suflul sistolic
- B. Suflul diastolic
- C. Atenuarea zgomotului I
- D. Atenuarea zgomotului II
- E. Frecătura pericardică

39. La stabilirea diagnosticului de pericardită exsudativă contribuie:

- A. Examenul auscultativ
- B. Electrocardiografia
- C. Echocardiografia
- D. Radiografia cutiei toracice
- E. Puncția pericardului

40. Selectați enunțurile corecte privind mișcările coreice:

- A. Sunt coordonate
- B. Se afectează mișcările fine
- C. Pot apărea în timpul somnului
- D. Se poate afecta vorbirea
- E. Se afectează mișcările membrelor

41. Marcați enunțurile corecte privind eritemul marginat:

- A. Se înregistrează frecvent în cadrul febrei reumatismale
- B. Este tranzitoriu
- C. Este pruriginos
- D. Este migrator
- E. Este circular

42. Alegeți enunțurile corecte despre nodulii reumatici:

- A. Sunt localizați în hipoderm
- B. Sunt nedureroși la palpare
- C. Pielea este mobilă
- D. Au diametru de 0,1-2 cm
- E. Prezența lor semnifică afectarea cardiacă concomitentă și este un indicator de severitate a bolii

43. Confirmarea infecției streptococice poate fi efectuată prin:

- A. Examen obiectiv
- B. Examen ORL endoscopic
- C. Însămânțarea exsudatului faringian
- D. Cercetarea anticorpilor antistreptococici
- E. Biopsia țesuturilor afectate

44. În cadrul FRA pot fi înregistrate următoarele modificări ECG:

- A. Prelungirea intervalului PR>0.20
- B. Dereglările de ritm
- C. Dereglările de conducere
- D. Absența undei P
- E. Unda Q patologică (adâncă și largă)

45. Indicați semnele echocardiografice ale endocarditei reumatice:
- A. Îngroșarea bazală a valvelor
  - B. Îngroșarea marginală a valvelor
  - C. Regurgitarea
  - D. Hipochinezia valvelor
  - E. Vegetațiile flotante valvulare
46. Selectați durata terapiei antibacteriene în caz de febră reumatică acută:
- A. Benzatin benzilpenicilină - 7 zile
  - B. Azitromicină - 5 zile
  - C. Claritromicină - 14 zile
  - D. Fenoximetilpenicilină - 10 zile
  - E. Amoxicilină - 21 zile
47. Indicațiile pentru AINS în febra reumatică acută sunt:
- A. Cardita cu activitate minimă
  - B. Pancardita severă
  - C. Artrita fără cardită
  - D. Coreea Sydenham
  - E. Insuficiența cardiacă
48. Selectați indicațiile pentru utilizarea corticosteroizilor în febra reumatică acută:
- A. Pancardita
  - B. Febra
  - C. Poliartrita
  - D. Activitatea înaltă a procesului reumatic cu risc major de afectare valvulară
  - E. Manifestările pulmonare ale febrei reumatismale acute
49. Tratamentul simptomatic în coreea Sydenham include:
- A. Prednisolon
  - B. Carbamazepin
  - C. Anticonvulsivante
  - D. Fenobarbital
  - E. Aminazin
50. Durata profilaxiei secundare în febra reumatică acută cu cardită și valvulopatie reumatică reziduală este:
- A. 3 ani de la ultimul atac reumatic
  - B. 5 ani de la ultimul atac reumatic
  - C. Cel puțin 10 ani de la ultimul atac reumatic
  - D. Până la atingerea vârstei de 21 ani
  - E. Până la atingerea vârstei de 40 ani

## SCLERODERMIA SISTEMICĂ COMPLIMENT SIMPLU

1. Care dintre următorii factori NU favorizează apariția sclerodermiei:

- A. Policlorura de vinil
- B. Hidrocarburile aromate
- C. Uleurile toxice
- D. Bleomicina
- E. Prostaciclina

2. Sindromul CREST este o variantă a:

- A. Sclerodermiei sistemice
- B. Artritei reumatoide
- C. Lupusului eritematos sistemic
- D. Spondilitei anchilozante
- E. Polimiozitei

3. Criteriile de diagnostic al sclerodermiei conform ACR/EULAR (2013) sunt următoarele, cu excepția:

- A. Sindromului Raynaud
- B. "Edemului dur", indurației tegumentelor
- C. Pneumopatiei interstițiale
- D. Ulcerelor digitale
- E. Disfagiei

4. Clinic, afectarea renală acută în sclerodermie se manifestă prin:

- A. Hipertensiune arterială malignă
- B. Calculi renali
- C. Pielonefrită acută
- D. Polichistoză renală
- E. Nefroptoza

#### COMPLIMENT MULTIPLU

5. Care dintre următoarele sunt elemente ale definiției sclerodermiei:

- A. Boală a țesutului conjunctiv
- B. Afectează numai pielea
- C. Caracterizată prin obliterări ale arterelor mari
- D. Caracterizată prin obliterări ale arterelor mici și capilarelor
- E. Evoluează cu producție exagerată de colagen

6. Afectarea tegumentară în sclerodermie se manifestă prin:

- A. Edemațierea tegumentelor
- B. Indurația tegumentelor
- C. Teleangiectazii
- D. Eritem cutanat
- E. Tofusuri

7. Care dintre cele enumerate constituie sindromul CREST:

- A. Calcinoză subcutanată
- B. Esofagopatie
- C. Sclerodactilie
- D. Rash facial
- E. Teleangiectazii

8. Ce aspecte radiologice ale degetelor pot fi prezente la bolnavii cu sclerodermie:

- A. Calcinoza țesuturilor moi
- B. Osteoliza falangelor distale
- C. Contracturi
- D. Osteofite
- E. Periostită



9. Ce aspecte radiologice pulmonare pot fi prezente la bolnavii cu sclerodermie:

- A. Fibroza interstițială difuză
- B. Imagine hidro-aerică
- C. Benzi reticulare de la hil spre bază
- D. Plămân în „fagure de miere”
- E. Opacități mari rotunde

10. Sindromul Raynaud se întâlnește la pacienții cu:

- A. Gută
- B. Osteoartroză
- C. Sclerodermie
- D. Lupus eritematos sistemic
- E. Artrita reumatoidă

11. Care dintre următoarele semne corespund afectării renale în sclerodermie:

- A. Nefroptoza
- B. Proteinurie
- C. Leucociturie marcată
- D. Hipertensiune arterială
- E. Edeme palpebrale

12. Care dintre următorii autoanticorpi pot fi depistați în sclerodermie:

- A. Antinucleari
- B. Anti topoizomeraza
- C. Anti ADNc
- D. Anti centromer
- E. Anti Jo1

13. Probele funcționale respiratorii la bolnavii cu sclerodermie pot exprima:

- A. Sindrom restrictiv
- B. Tulburări de difuziune a gazelor
- C. Desaturare la efort
- D. Sindrom obstructiv
- E. Proba Tiffeneau  $\leq 70\%$

14. În tratamentul sindromului Raynaud se pot utiliza:

- A. Nifedipina
- B. Drotaverina
- C. Reopoliglucina
- D. Propranololul
- E. Prostaciclina

15. Tratamentul imunosupresant în Sclerodermie include administrarea de:

- A. Metotrexat
- B. Colchicină
- C. Ciclofosamidă
- D. Propranolol
- E. Interferon

#### POLIMIOZITĂ/DERMATOMIOZITĂ COMPLIMENT SIMPLU

1. Diagnosticul pozitiv al dermatomiozitei necesită următoarele criterii, cu excepția:

- A. Slăbiciune musculară simetrică

- B. Creșterea enzimelor serice de origine musculară
  - C. Distrucție osoasă
  - D. Anomalii electromiografice
  - E. Necroză musculară histologic
2. Pacienții ce pozitivează autoanticorpi anti-Jo-1 sunt diagnosticați cu:
- A. Miozită asociată cu fibroză pulmonară interstițială
  - B. Boală mixtă a țesutului conjunctiv
  - C. Lupus eritematos sistemic
  - D. Sindromul Sjögren
  - E. Sindromul CREST
3. Simptoamele de reflux gastroesofagian în miopatiile inflamatorii sunt cauzate de:
- A. Afectarea musculaturii striate faringiene
  - B. Disfuncția sfincterului esofagian inferior
  - C. Colecistita
  - D. Disfuncția sfincterului esofagian superior
  - E. Fermentopatie
4. Pentru diagnosticul polimiozitei explorarea esențială este:
- A. Rezonanța magnetică nucleară
  - B. Scintigrafia scheletului
  - C. Biopsia musculară
  - D. Tomografia computerizată
  - E. Aprecierea enzimelor pancreatice
- COMPLIMENT MULTIPLU
5. Criteriile principale de diagnostic ale dermatomiozitei sunt următoarele:
- A. Slăbiciunea musculară simetrică
  - B. Rash-ul cutanat heliotrop
  - C. Creșterea Creatinfosfokinazei în ser
  - D. Nivelul crescut de antistreptolizina-O în ser
  - E. Anomaliile electroneuromiografice de tip neuropatic
6. Următoarele caracteristici definesc dermatomiozita:
- A. Proces cronic supurativ
  - B. Proces difuz
  - C. Afectarea musculaturii extremităților
  - D. Afectarea pielii
  - E. Afectarea organelor interne
7. Care dintre următorii factori se presupune a fi implicați în apariția dermatomiozitei:
- A. Picornavirusii
  - B. Tabagismul
  - C. Predispunerea genetică
  - D. Administrarea de corticosteroizi
  - E. Abuzul de etanol
8. Manifestările musculare întâlnite în miopatiile inflamatorii sunt:
- A. Durere musculară spontană
  - B. Dizartrie
  - C. Atrofie musculară
  - D. Calcinoză
  - E. Flegmon intramuscular

9. Aspectele anatomopatologice ale fibrei musculare striate în miopatiile inflamatorii sunt:
- A. Atrofie musculară
  - B. Infiltrație musculară cu limfocite
  - C. Necroză a fibrelor musculare
  - D. Vasculită cu tromboze plachetare
  - E. Microabcese musculare
10. Care dintre următoarele leziuni tegumentare sunt prezente în dermatomiozita?
- A. Rash heliotrop
  - B. Eruptii eritemo-papulare
  - C. Semnul Gottron
  - D. Eritem nodular
  - E. Alopecie
11. În fazele tardive ale dermatomiozitei, explorarea morfologică a mușchilor poate relatea:
- A. Fibrozare musculară
  - B. Atrofie perifasciculară
  - C. Calcinoză
  - D. Miocite Anichcov (celule cu nucleu alungit)
  - E. Celule Aschoff
12. Ce manifestări cardiovasculare prezintă bolnavii cu miopatii inflamatorii?
- A. Stenoză aortică
  - B. Insuficiență cardiacă congestivă
  - C. Miocardită
  - D. Vasculită cutanată
  - E. Sindrom Raynaud
13. În polimiozită imunosupresia se utilizează împreună cu corticoterapia în caz de:
- A. Apariție a pneumopatiei interstițiale
  - B. Intoleranță de megadoze de prednison
  - C. Forme refractare la corticoterapie
  - D. Afectarea cordului
  - E. Insuficiență renală
14. Enzimele musculare, nivelul seric al cărora crește în miopatii inflamatorii idiopatice sunt:
- A. Amilaza
  - B. Creatinkinaza
  - C. Aldolaza
  - D. Fosfataza acidă
  - E. Transaminazele
15. Manifestări cutanate patognomonice în dermatomiozită sunt:
- A. Rash malar
  - B. Rash facial heliotrop
  - C. Eritem marginat
  - D. Papule Gottron
  - E. Eritem nodos

#### BOALA MIXTĂ A ȚESUTULUI CONJUNCTIV COMPLIMENT SIMPLU

1. Boala mixtă a țesutului conjunctiv este definită drept:
- A. Asocierea a 2 și mai multe maladii difuze ale țesutului conjunctiv
  - B. Asocierea a 2 și mai multe maladii difuze ale țesutului conjunctiv și prezența anti-U1-RNP

- C. Asocierea unor simptome a 2 și mai multe maladii difuze ale țesutului conjunctiv
  - D. Asocierea unor simptome a 2 și mai multe maladii difuze ale țesutului conjunctiv și prezența anti-U1-RNP
  - E. Orice asociere de maladii autoimune și prezența anti-U1-RNP
2. Criteriile bolii mixte a țesutului conjunctiv includ următoarele, cu excepția:
- A. Fenomenul Raynaud
  - B. Ulcere digitale
  - C. Sinovita
  - D. Sclerodactilia
  - E. Prezența anticorpilor anti-U1-RNP
3. Prezența anticorpilor anti-U1-RNP se asociază cu:
- A. Afectare renală severă
  - B. Pneumopatie interstițială
  - C. Prognostic relativ favorabil pentru afectări ale organelor
  - D. Prognostic nefavorabil pentru afectări ale organelor
  - E. Prognostic rezervat din cauza afectărilor musculoscheletale severe
4. Alegeți manifestarea clinică specifică bolii mixte a țesutului conjunctiv:
- A. Ulcere digitale
  - B. Fenomen Raynaud
  - C. Papule Gottron
  - D. Noduli subcutanați
  - E. Artropatie Jacoud

#### COMPLIMENT MULTIPLU

5. Alegeți manifestările cutanate întâlnite în cadrul bolii mixte a țesutului conjunctiv:
- A. Noduli Meynet
  - B. Ulcere trofice
  - C. Sclerodactilie
  - D. Eritem marginat
  - E. Rash fotosensibil
6. Alegeți afirmațiile corecte privind afectarea renală în cadrul bolii mixte a țesutului conjunctiv:
- A. Este considerată manifestare rară a bolii
  - B. Frecvent se manifestă prin glomerulonefrită subacută
  - C. Are un prognostic mai bun comparativ cu nefrita lupică
  - D. Se manifestă prin pielonefrită cronică
  - E. Înregistrează o rată înaltă a evoluției spre stadiul terminal al bolii cronice renale
7. Anomaliile imune înregistrate la pacienții cu boala mixtă a țesutului conjunctiv sunt:
- A. Anticorpilor antinucleari
  - B. Factorul reumatoid
  - C. Anticorpilor anti-mușchi neted
  - D. Anticorpilor antipeptida ciclică citrulinată
  - E. Anticorpilor antihistone
8. Alegerea tratamentului patogenetic la pacienții cu boala mixtă a țesutului conjunctiv depinde de:
- A. Severitatea manifestărilor renale
  - B. Activitatea bolii
  - C. Titrul autoanticorpilor
  - D. Simptomele prezente
  - E. Starea funcțională a organelor afectate

9. Tratamentul pacienților cu boala mixtă a țesutului conjunctiv include:
- A. Corticoterapie
  - B. Preparate antibacteriene
  - C. Terapie biologică
  - D. Antiinflamatoare nesteroidiene
  - E. Imunosupresori/citostatici
10. Alegeți afirmațiile corecte despre prognosticul pacienților cu boala mixtă a țesutului conjunctiv:
- A. Depinde de sexul pacientului
  - B. Depinde de afectarea cutanată prezentă
  - C. Depinde de complianța pacientului
  - D. Este, de obicei, favorabil
  - E. Este, de obicei, nefavorabil

#### SINDROMUL SJOGREN COMPLIMENT SIMPLU

1. Sindromul Sjögren secundar poate fi întâlnit în cadrul următoarelor boli, cu excepția:
- A. Hepatite cronice virale
  - B. Pancreatită cronică
  - C. Infecția cu HIV
  - D. Sarcoidoză
  - E. Ciroză biliară primitivă
2. Modificarea oculară specifică sindromului Sjögren este:
- A. Nevrita nervului optic
  - B. Retinopatia
  - C. Anomaliile ductului lacrimal
  - D. Xeroftalmia
  - E. Uveita anterioară
3. Modificarea bucală specifică sindromului Sjögren este:
- A. Limba saburată
  - B. Paradontopatia
  - C. Xerostomia
  - D. Gingivita
  - E. Ulcerele palatului dur
4. Manifestarea cutanată întâlnită în sindromului Sjögren este:
- A. Nodulii subcutanați
  - B. Rash-ul malar
  - C. Eritemul nodular
  - D. Purpura palpabilă
  - E. Paniculita
5. Manifestări sistemice ale sindromului Sjögren sunt următoarele, cu excepția:
- A. Artrite neerozive
  - B. Pneumopatii interstițiale
  - C. Acidoză renală tubulară
  - D. Purpură palpabilă
  - E. Endocardită neinfecțioasă

#### COMPLIMENT MULTIPLU

6. Criteriile diagnostice ale sindromului Sjögren includ:
  - A. Semnele ochiului uscat
  - B. Biopsia pozitivă a glandei salivare minore
  - C. Acidoza renală tubulară
  - D. Creșterea VSH și proteinei C reactive
  - E. Prezența anticorpilor anti-Sm
  
7. Testele pentru confirmarea ochiului uscat sunt următoarele:
  - A. Testul Schober
  - B. Testul Schirmer
  - C. Colorarea cu roz bengal
  - D. Colorarea cu albastru de metilen
  - E. Colorarea cu verde lisamin
  
8. Biopsia glandei salivare minore în sindromul Sjögren demonstrează:
  - A. Sialoadenită focală
  - B. Infiltrat eozinofilic
  - C. Infiltrat limfocitar
  - D. Limfom non-Hodgkin
  - E. Necroză fibrinoidă
  
9. Următoarele glande pot fi afectate în cadrul sindromului Sjögren:
  - A. Sudorifice
  - B. Gastrice
  - C. Pancreatice
  - D. Timusul
  - E. Suprarenale
  
10. Următoarele modificări imune pot fi frecvent observate în cadrul sindromului Sjögren:
  - A. Anticorpii ANCA
  - B. Factorul reumatoid
  - C. Anticorpii anti-ADN
  - D. Anticorpii antifosfolipidici
  - E. Anticorpii antinucleari
  
11. Următoarele modificări imune specifice pot fi observate în cadrul sindromului Sjögren:
  - A. Anticorpii antinucleari
  - B. Anticorpii anticentromer
  - C. Anticorpii anti-SS-A
  - D. Anticorpii histone
  - E. Anticorpii anti-SS-B
  
12. Tratamentul local manifestărilor glandulare în sindromul Sjögren include:
  - A. Unguente antiinflamatorii
  - B. Corticosteroizi per os
  - C. Lacrimi artificiale
  - D. Saliva artificială
  - E. Citostatice
  
13. Tratamentul sistemic al manifestărilor glandulare în sindromul Sjögren include:
  - A. Pilocarpina
  - B. Papaverina
  - C. Cevimelina
  - D. Cimetidina
  - E. Acetylcisteina

14. Tratamentul patogenetic al sindromul Sjögren include:

- A. Corticosteroizi
- B. Preparate antibacteriene
- C. Rituximab
- D. Citostatice
- E. Anticoagulante

15. Complicațiile sindromului Sjögren sunt următoarele:

- A. Litiiza renală
- B. Ulcerele cutanate
- C. Adintia
- D. Ulcerul gastric
- E. Candidoza orală

#### TESTE VASCULITE COMPLIMENT SIMPLU

1. Care din următoarele afirmații este corectă pentru vasculite?

- A. Tabloul clinic nu este determinat de calibrul vaselor afectate
- B. De regulă debutează cu un proces de fibroză excesivă a vaselor
- C. Sunt maladii autoimune cu evoluție cronică
- D. Au un factor etiologic comun
- E. Sunt niște maladii ce poartă în exclusivitate caracter secundar.

2. Care din următoarele vasculite face parte din vasculitele cu afectarea vaselor de calibru mare?

- A. Poliarterita nodoasă
- B. Arterita Takayasu
- C. Granulomatoza cu poliangeită (Wegener)
- D. Vasculita cu IgA (Henoch-Schönlein)
- E. Vasculita crioglobulinemică asociată cu infecția cu virusul hepatitei C.

3. Care criteriu este esențial în clasificarea vasculitelor?

- A. Factorul etiologic suspectat
- B. Vârsta de debut a maladiei
- C. Organele și sistemele afectate preferențial
- D. Caracterul evolutiv al maladiei
- E. Calibrul vaselor afectate.

4. Care din următoarele vasculite este o vasculită *ANCA asociată*

- A. Arterita Takayasu
- B. Poliarterita nodoasă
- C. Granulomatoza cu poliangeita (Wegener)
- D. Vasculita cu IgA (Henoch-Schönlein)
- E. Lupus - Vasculita

5. Care din următoarele mecanisme patogenetice NU este caracteristic pentru vasculitele sistemice?

- A. Formarea complexelor imune circulante și depozitarea lor în peretele vascular
- B. Dezvoltarea unui proces inflamator cronic în peretele vasului
- C. Tulburări ischemice în țesuturile adiacente vasului afectat
- D. Formarea de granuloame

E. Degenerescenta progresivă a țesutului conjunctiv.

6. Care din următoarele manifestări clinice NU este propriu vasculitelor sistemice?

- A. Absența pulsului sau deficitul de puls
- B. Purpura palpabilă
- C. Mononevrita multiplă
- D. Rash-ul malar
- E. Pierderea ponderală

7. Care infecție virală este mai frecvent depistată la pacienții cu poliarterită nodoasă?

- A. Virusul Epstein-Barr
- B. Cytomegalovirusul
- C. HCV- infecția
- D. HBV- infecția
- E. Infecția herpetică

8. Care din următoarele afirmații este corectă pentru tabloul clinic al vasculitelor vaselor de calibrul mic?

- A. Purpura palpabilă este o expresie rar întâlnită în vasculitele vaselor de calibrul mic
- B. Un semn clinic specific este deficitul sau chiar lipsa pulsului
- C. Pe traseul vaselor de calibrul mic pot fi depistați noduli, ce reprezintă anevrisme ale peretelui vascular
- D. Este caracteristică mononevrita multiplă
- E. Afectarea vaselor nu este însoțită de manifestări ischemice tisulare

9. Care manifestare clinică este considerată patognomonică pentru poliarterita nodoasă?

- A. Livedo reticularis
- B. Artritele
- C. Nodulii subcutanați
- D. Glomerulonefrita
- E. Iridociclita

10. Care este afectarea renală caracteristică pentru poliarterita nodoasă?

- A. Afectarea tubulo-interstițială
- B. Glomerulonefrita prin IgA
- C. Rinichiul polichistic
- D. Afectarea arterelor interlobare
- E. Glomerulonefrita membrano-proliferativă

11. Care din următoarele manifestări clinice NU fac parte din criteriile ACR pentru granulomatoza cu poliangeită (Wegener)?

- A. Modificări inflamatorii ale cavității bucale și nazale (ulcere dureroase, eliminări purulente sau hemoragice)
- B. Mialgii difuze, astenie musculară, dureri ale membrelor inferioare
- C. Modificări în sedimentul urinar (hematurie sau cilindri hematici)
- D. Modificări radiologice în plămâni (noduli, infiltrații, cavități)
- E. Rezultatul biopsiei cu depistarea granuloamelor, a vasculitei leucocitoclastice și necrozei.

12. Care din următoarele teste imunologice posedă cea mai înaltă specificitate pentru granulomatoza cu poliangeită (Wegener)?

- A. Prezența anticorpilor anti-CCP
- B. Prezența anticorpilor ANCA către proteinaza 3
- C. Prezența anticorpilor ANCA către mieloperoxidază
- D. Prezența anticorpilor antinucleari
- E. Titrul crescut al complexelor imune circulante



13. Care din următoarele investigații imunologice sunt deosebit de importante în diagnosticul poliangeitei microscopice?

- A. Anticorpul antinuclear
- B. Complexele imune circulante
- C. Anticorpul anti-ADN dublu catenar
- D. Anticorpul ANCA către mieloperoxidază
- E. Anticorpul ANCA către proteinaza 3

14. În tabloul clinic al vasculitei prin depozite de IgA (Henoch-Schönlein) predomină:

- A. Manifestările bronhopulmonare
- B. Afectările renale
- C. Manifestările cutanate sub formă de purpură palpabilă peteșială, hemoragică
- D. Ulcerațiile nazale și bucale
- E. Necrozele digitale

15. Vasculita prin depozite de IgA (Henoch-Schönlein) face parte din:

- A. Vasculitele vaselor de calibr mare
- B. Vasculitele de calibr mediu
- C. Vasculitele de calibr mic
- D. Vasculitele cu afectarea vaselor de calibr variat
- E. Vasculitele ANCA - pozitive

16. Manifestările cutanate și gastrointestinale la pacienții cu vasculita IgA (Henoch-Schönlein) sunt consecința:

- A. Acțiunii nemijlocite a toxinelor microbiene la nivel tisular
- B. Acțiunii complexelor imune circulante ce induc inflamație în peretele vascular
- C. Leziunilor induse de către expunerea excesivă la razele ultraviolete
- D. Acțiunii lezionale a anticorpilor către celula endotelială
- E. Acțiunii nemijlocite a unor medicamente, vaccine

17. Care din următoarele modificări imunologice este caracteristică pentru vasculita IgA (Henoch-Schönlein)?

- A. Prezența antigenului HBsAg
- B. Creșterea nivelului complexelor imune circulante
- C. Prezența anticorpilor anti-fosfolipidici
- D. Prezența anticorpilor ANCA
- E. Creșterea nivelului Imunoglobulinei G.

18. Care din medicamentele enumerate mai jos NU sunt utilizate în tratamentul vasculitei prin IgA (Henoch-Schönlein)?

- A. Corticosteroizii
- B. Antibioticele
- C. Dezagregantele (dipiridamolul, pentoxifilina)
- D. Alopurinolul
- E. Ciclofosfamida

19. Care modificare a parametrilor hemoleucogramei este deosebit de caracteristică pentru granulomatoza eozinofilică cu poliangeită (Churg – Strauss)?

- A. Leucocitoza
- B. Trombocitopenia
- C. Limfopenia
- D. Eozinofilia
- E. Monocitoza

20. Care din următoarele constatări permite diagnosticul diferențial între granulomatoza eozinofilică cu poliangeită (Churg-Strauss) și granulomatoza cu poliangeită (Wegener)?

- A. Prezența infiltratelor pulmonare
- B. Manifestările de ordin constituțional (febră, astenie, mialgii)
- C. Prezența la pacient timp mai îndelungat în antecedentă a astmului bronșic, rinitei alergice, polinozei
- D. Prezența anticorpilor ANA
- E. Prezența microanevrismelor în vasele pulmonare depistate prin RMN - angiografie

#### COMPLEMENT MULTIPLU

1. Care din următorii factori sunt implicați în dezvoltarea vasculitelor sistemice?

- A. Administrarea unor medicamente
- B. Prezența în antecedentă a infecției virale hepatice cronice (HBV, HCV)
- C. Tulburări ale metabolismului lipidic
- D. Consumul cronic de alcool
- E. Dezechilibrul nivelului vitaminei D.

2. Prezența căror markeri imunologici determină divizarea vasculitelor de calibr mic în 2 categorii?

- A. Anticorpi antinucleari (ANA)
- B. Anticorpi anti ADN dublu catenari
- C. Anticorpi către citoplasma neutrofilică (ANCA)
- D. Markerii imuni ai prezenței infecției cu virusurile hepatice B și C
- E. Complexele imune circulante (CIC)

3. Din care categorii de vasculite face parte granulomatoza cu poliangeită (Wegener)?

- A. Vasculitele ce afectează vasele de calibr mare
- B. Vasculitele ANCA pozitive
- C. Vasculitele ce afectează vasele de calibr mic
- D. Vasculitele prin complexe imune
- E. Vasculite secundare

4. Care din următoarele vasculite sistemice NU fac parte din categoria celor ANCA pozitive?

- A. Granulomatoza cu poliangeită (Wegener)
- B. Granulomatoza eozinofilică cu poliangeită (Churg-Strauss)
- C. Poliangeita microscopică
- D. Poliarterita nodoasă
- E. Vasculita cu IgA (Henoch-Schönlein)

5. Care din următoarele vasculite sunt idiopatice, primare?

- A. Granulomatoza eozinofilică cu poliangeită (Wegener)
- B. Vasculita medicamentoasă ANCA -asociată
- C. Poliangeita microscopică
- D. Lupus vasculita
- E. Poliarterita nodoasă

6. Care din următoarele vasculite sistemice fac parte din categoria celor ANCA pozitive?

- A. Vasculita crioglobulinemică
- B. Granulomatoza eozinofilică cu poliangeită (Churg-Strauss)
- C. Poliangeita microscopică
- D. Granulomatoza cu poliangeită (Wegener)
- E. Vasculita cu IgA (Henoch-Schönlein)

7. Peretele vascular la pacienții cu vasculite sistemice este afectat prin următoarele căi:

- A. Prin intermediul anticorpilor specifici cum ar fi ANCA, anticorpii către celula endotelială
- B. În consecința expunerii excesive la razele ultraviolete
- C. Prin afectarea directă a peretelui vascular de către anumiți agenți infecțioși

- D. Prin intermediul unui proces vasospastic primar  
E. Prin intermediul citokinelor proinflamatorii și a celulelor de adeziune
8. Care din următoarele evenimente patogenetice survin în mecanismul dezvoltării vasculitelor sistemice?  
A. Lezarea țesuturilor moi de către infiltrate limfocitare  
B. Afectarea peretelui vascular prin intermediul complexelor imune circulante  
C. Fibrozarea excesivă a peretelui vascular  
D. Tulburările ischemice ale țesuturilor adiacente vaselor afectate  
E. Formarea granuloamelor
9. Care din următoarele manifestări clinice sunt caracteristice pentru vasculitele vaselor de calibrul mare?  
A. Mononevrita multiplex  
B. Suflurile patologice la nivelul vaselor  
C. Deficitul sau absența pulsului  
D. Purpura palpabilă  
E. Pierderea văzului (cecitare)
10. Tratamentul etiologic în vasculitele sistemice este posibil în următoarele cazuri:  
A. Vasculita crioglobulinemică HCV-asociată  
B. Poliarterita nodoasă  
C. Poliangeita microscopică  
D. Granulomatoza eozinofilică cu poliangeită  
E. Vasculita reumatoidă
11. Care din următoarele investigații instrumentale sunt utile în diagnosticul vasculitelor sistemice?  
A. Osteodensitometria DXA  
B. Ultrasonografia Doppler a vaselor magistrale  
C. RMN – angiografia  
D. Bronhoscopia cu lavajul bronhoalveolar  
E. Scintigrafia scheletului
12. Care din următoarele medicamente NU au aplicație în tratamentul vasculitelor sistemice?  
A. Rituximabul  
B. Corticosteroizii  
C. Sulfasalazina  
D. Condroitin sulfatul  
E. Ciclofosfamidă
14. Poliarterita nodoasă face parte din:  
A. Vasculitele vaselor de calibrul mare  
B. Vasculitele vaselor de calibrul mic  
C. Vasculitele ANCA – pozitive  
D. Vasculitele vaselor de calibrul mediu  
E. Vasculitele asociate frecvent cu HBV- infecția
14. În patogenia poliarteritei nodoase se presupune că ar avea importanță următorii factori:  
A. Dezechilibrul nivelului estrogenilor  
B. Prezența infecției HBV  
C. Predispoziția genetică și asocierea cu unele antigene ale HLA  
D. Prezența citomegalovirusului și a Parvovirusului B19  
E. Administrarea preparatelor tuberculostatice
15. Care din următoarele manifestări clinice NU se întâlnesc la bolnavii cu poliarterită nodoasă?  
A. Durerile abdominale uneori pronunțate, ce pot simula abdomenul acut

- B. Purpura hemoragică palpabilă la nivelul membrelor inferioare
  - C. Orhita
  - D. Cecitatea (orbire)
  - E. Artrita
16. Care din următorii parametri clinici fac parte din criteriile poliarteritei nodoase?
- A. Pierderea progresivă a masei corporale
  - B. Artrita simetrică, erozivă la nivelul articulației mâinii
  - C. Astenia musculară, mialgiile la nivelul membrelor inferioare
  - D. Hipertensiunea arterială diastolică mai mare de 90 mmHg
  - E. Ulcerațiile bucale
17. Granulomatoza cu poliangeită (Wegener) face parte din:
- A. Vasculitele vaselor de calibru mediu
  - B. Vasculitele ANCA – asociate
  - C. Vasculitele CIC – asociate
  - D. Vasculitele vaselor de calibru mic
  - E. Vasculitele vaselor de divers calibru
18. Care din următoarele manifestări clinice și paraclinice fac parte din criteriile ACR de diagnostic al granulomatozei cu poliangeită (Wegener)
- A. Ulcerațiile corneei și keratita
  - B. Modificările inflamatorii ale cavității nazale și bucale (ulcerații, eliminări purulente și/sau hemoragice)
  - C. Sindromul nefrotic
  - D. Modificările radiologice pulmonare sub formă de noduli, infiltrate, cavități
  - E. Hematuria sau cilindrii hematici
19. Care din următoarele tactici terapeutice sunt considerate eficiente în tratamentul granulomatozei cu poliangeită (Wegener)?
- A. Corticoterapia în doze de 0,5mg/kg/zi per os în monoterapie până la obținerea remisiei cu reducerea ulterioară a dozei
  - B. Prednisolon 1mg/kg/zi + Ciclofosfamidă 2-3 mg/kg/zi până la obținerea efectului cu reducerea ulterioară a dozei
  - C. Antiinflamatoarele nesteroidiene în asociere cu Metotrexat 10 mg/săptămână
  - D. Antiinflamatoare nesteroidiene + corticosteroizi 0,5 mg/kg/zi per os 3-5 zile cu reducerea treptată a dozelor
  - E. Rituximab săptămânal 4 săptămâni în asociere cu doze mari de corticosteroizi
20. Care din următoarele manifestări clinice sunt proprii poliangeitei microscopice?
- A. Microhematurie, proteinurie
  - B. Stenoze ureterale
  - C. Mononevrita multiplex
  - D. Leziuni ale mucoasei nazale cu perforarea septului nazal
  - E. Hepato- și splenomegalie.
21. Puls terapia în tratamentul vasculitelor sistemice se efectuează cu:
- A. Prednisolon 0,5-1 mg/kg/zi per os + Tab. Plaquenil 200 mg/zi
  - B. Sol. Methylprednisolon 1000 mg/zi i/v 3 zile + Sol. Ciclofosfamidă 1000 mg lunar – 6 luni.
  - C. Sol. Methylprednisolon 500 mg/zi 5 zile + Sol. Ciclofosfamidă 1000mg/zi lunar – 6 luni.
  - D. Tab. Azatioprină 1,5-2 mg/kg/zi + Tab. Prednisolon 1mg/kg/zi
  - E. Mofetil micofenolat 2 gr/zi + tratament extracorporal (plasmafereză)
22. Care din următoarele afirmații sunt corecte pentru vasculita prin IgA (Henoch-Schönlein)
- A. Este una din cele mai rare vasculite sistemice
  - B. Afectează de regulă vasele de calibru mic (capilare, venule, arteriole)

- C. Este mai frecventă în rândul persoanelor de vârstă tânără și la copii decât la vârstnici.  
 D. Face parte din vasculitele CIC - asociate  
 E. Are de regulă un prognostic nefavorabil pentru viață
23. Factorii etiologici suspecți în etiologia vasculitei prin IgA (Henoch-Schönlein) sunt:  
 A. Factorul bacterian (Streptococi, stafilococi, Micoplasme, Legionella al.)  
 B. Factorul viral (Virusul Epstein-Barr, Parvovirusul B19 et al.)  
 C. Tulburările endocrine (disfuncție tiroidiană, dezechilibru estrogenic, androgenic)  
 D. Corelația cu antigenul HLA-B27  
 E. Administrarea unor medicamente, vaccinări
24. Care din manifestările clinice enumerate pot marca debutul vasculitei prin IgA (Henoch-Schönlein)?  
 A. Mononeurita multiplex  
 B. Apariția artritei la nivelul articulațiilor interfalangiene ale mâinii  
 C. Eruptiile cutanate sub formă de peteșii palpabile hemoragice la nivelul membrelor inferioare  
 D. Durerea abdominală, uneori colicativă  
 E. Tusea cu expectorații mucopurulente
25. Ce NU este adevărat pentru manifestările cutanate din vasculita prin depozite de IgA (Henoch-Schönlein) ?  
 A. Eruptiile debutează preferențial la nivelul membrelor inferioare  
 B. Eruptiile au de regulă caracter necrotizant  
 C. Manifestările cutanate sunt frecvente la nivelul feței, gâtului  
 D. Frecvent purpura este asociată cu artrite la nivelul membrelor inferioare  
 E. De regulă, erupțiile cutanate se intensifică în ortostatism
26. Care din organele viscerale pot fi frecvent afectate la pacienții cu vasculita prin depozite de IgA (Henoch-Schönlein)?  
 A. Tractul gastrointestinal  
 B. Sistemul hepatobiliar  
 C. Rinichii  
 D. Cordul  
 E. Plămâni
27. Care din următoarele afirmații despre granulomatoza eozinofilică cu poliangeită (Churg-Strauss) sunt adevărate?  
 A. Face parte din vasculitele ANCA – pozitive  
 B. Este o vasculită indusă de prezența complexelor imune circulante  
 C. Face parte din vasculitele granulomatoase  
 D. Nu este asociată cu afectări ale tractului respirator  
 E. Pacienții frecvent suferă de astm bronșic
28. Care din următoarele situații patologice preced timp mai îndelungat dezvoltarea granulomatozei eozinofilice cu poliangeită (Churg-Strauss)?  
 A. Afectarea aparatului valvular cardiac  
 B. Astmul bronșic  
 C. Hepatopatiile cronice  
 D. Hematuria persistentă  
 E. Rinită alergică, polinoză
29. În care din următoarele vasculite sistemice este mai sever afectat sistemul respirator?  
 A. vasculita prin depozite IgA (Henoch-Schönlein)  
 B. granulomatoza eozinofilică cu poliangeită (Churg-Strauss)  
 C. poliarterita nodoasă HBV- asociată

- D. granulomatoza cu poliangeită (Wegener)
- E. poliarterita nodoasă neasociată cu infecția HBV.