**Rectocolită ulcero-hemoragică şi boala Crohn la copii.**

1. Cs Indicaţi factorul decisiv în realizarea rectocolitei ulcero-hemoragice la copii:
2. Factorul infecţioşi
3. Factorul psihologic
4. Disfuncţia neuro-vegetativă
5. Predispunerea ereditară
6. Consumul alimentelor alergene
7. Cs În patogenia rectocolitei ulcero-hemoragice la copii sunt stabilite următoarele verigi, în afară de:
8. Implicarea sistemului imun al mucoasei intestinale
9. Efectele citotoxice limfocitare
10. Lezarea autoimună şi nespecifică a celulei ţintă
11. Acţiunea amilazei pancreatice
12. Implicarea sistemului neuropeptidic
13. Cs Factorii de protecţie a mucoasei intestinului gros sînt următorii, cu excepţia:
14. IgA secretorie
15. IgG stimulată
16. pH-ul alcalin al conţinutului intestinal
17. Migrarea macrofagelor
18. Sistemul limfoid local
19. Cs Precizaţi colonul unde este localizat procesul inflamator în forma uşoară a rectocolitei ulcero-hemoragice la copii:
20. Transvers
21. Sigmoid
22. Rect
23. Sigmoid şi col transvers
24. Cec

 5. Cs Rectocolita ulcero-hemoragică se caracterizează prin următoarele semne, în afară de:

1. Tendinţa de extindere spre sectoarele proximale la întregul colon
2. Congestia mucoasei
3. Sunt posibili polipi inflamatorii sau pseudopolipi
4. Se evidenţiază sectoare afectate şi neafectate ale mucoasei intestinale
5. Mucoasa este fragedă, uşor sîngerează
6. Cs Precizaţi investigaţia în baza căreia se poate stabili diagnosticul clinic definitiv de rectocolită ulcero-hemoragică la copii:
7. Modificări în hemogramă
8. Prezenţa proteinei C reactive în ser
9. Prezenţa sîngelui în scaun
10. Rezultatul endoscopiei
11. Radiografia panoramică abdominală
12. Cs Notaţi afecţiunea care are mai multe semne comune clinico-patogenice cu rectocolita ulcero-hemoragică la copii:
13. Dizenteria acută
14. Amebiaza şi balantidiaza
15. Campilobacterioza
16. Boala Crohn
17. Papiloza rectocolonică
18. Cs Marcaţi prin ce se caracterizează boala Crohn spre deosebire de rectocolita ulcero-hemoragică:
19. Nu este asociată cu un risc crescut de cancer de colon
20. Se manifestă frecvent prin hematochezie zilnică
21. Posedă risc scăzut de apariţie a fistulelor perianale
22. Afectarea intestinală este de obicei mai mult segmentară, decât continuă
23. Se include dezvoltarea megacolonului toxic

 9. Cs Evidenţiaţi grupa de preparatele cel mai frecvent utilizate pentru tratamentul rectocolitei ulcero-hemoragice la copii:

1. Antibiotice
2. Antraglicozide
3. Aminoglicozide
4. Aminosalicilaţi
5. Antiinflamatoare nesteroidiene

 10. Cs Boala Crohn şi rectocolita ulcero-hemoragică sunt patologii intestinale cronice inflamatorii, având un şir de similitudini. Totuşi există diferenţe patofiziologie esenţiale. Precizaţi unde se iniţiază procesul în boala Crohn:

1. Regiunea rectosigmoidiană cu progresie proximală
2. Regiunea rectosigmoidiană cu progresie distal
3. Regiunea colonului ascendent/ ileonul terminal, cu progresie până la afectare transmurală
4. Regiunea colonului ascendent/ ileonul terminal, cu progresie până la regiunea ileocecală
5. Regiunea colonului ascendent/ ileonul terminal, cu afectare limitată la nivelul mucoasei.

 11. Cs Unui copil de 11 ani i s-a stabilit diagnosticul de boala Crohn. Indicaţi care din următoarele manifestări este caracteristică pentru patologia respectivă:

1. Existenţa unei mase palpabile în regiunea hipogastrică stângă
2. Se urmăresc scaune semioformate – lichide, fără elemente hemoragice
3. Sunt prezente crampe în hipogastrul stâng ameliorate de actul defecaţiei
4. Se urmăresc scaune lichide, frecvente cu mucus şi sânge
5. Au loc chemări imperative la defecaţie

 12. Cs Conform clasificarii Montreal, 2005, se consideră a fi rectocolită ulcero-hemoragică de severitate medie, în cazul existenţei a mai mult de:

1. un scaun/zi
2. 2 scaune/zi
3. 3 scaune/zi
4. 4 scaune/zi
5. 5 scaune/zi

 13. Cs Marcaţi care din următoarele afirmaţii cu referire la epidemiologia bolii Crohn este adevărată:

1. Băieții sunt cu mult mai des afectaţi, decât fetițele
2. Prevalenţa cea mai mare e în zonele rurale, comparativ cu cele industriale
3. Al doilea pic al incidenţei este de obicei la 40-50 ani de viaţă
4. Comparativ este mai frecventă la rasa albă, nord-europeni, evrei, în special Ashkenazi şi Sepharzi
5. Nu se asociază cu patologiile reumatologice.

 14. Cs Precizaţi preparatul cu cea mai demonstrată eficacitate în tratamentul bolii Crohn fistulizante la copii:

1. Mesalazina
2. Amoxacilina
3. Metotrexatul
4. Loperamida
5. Infliximabul

 15. Cs Stabiliţi ce este mai caracteristic pentru colita ulcero-hemoragică, faţă de boala Crohn:

1. Fistulizarea
2. Extensia inflamaţiei sub mucoasa intestinală cu afectarea stratului muscular
3. Inflamaţia discontinuă, aspect de „piatră de pavaj”
4. Afectarea oricărei structuri a tubului digestiv
5. Limitarea inflamaţiei de obicei la nivelul colonului şi a rectului

 16. Cs Indicaţi care din următoarele reprezintă o complicaţie locală, din cadrul bolii Crohn la copii:

1. Fisura anală
2. Hemoroizii
3. Fistulizare
4. Abcesele perirectale
5. Colangita sclerozantă

 17. Cs Stabiliţi care este strategia prioritară, în primele zile de spitalizare, în cazul acutizării rectocolitei ulcero-hemoragice:

1. Promovarea capacităţii de auto-deservire a pacientului
2. Menţinerea gradului adecvat de nutriţie
3. Managementul diareei
4. Managementul durerii
5. Corecţia malabsorbţiei

 18. Cs În cazul existenţei a semnelor şi simptomelor caracteristice rectocolitei ulcero-hemoragice, mai mult de o săptămână, este nevoie de a monitoriza riscul de instalare a:

1. Insuficienţei cardiace
2. Trombozei venoase profunde
3. Hipokaliemiei şi a hiponatriemiei
4. Malabsorbţiei
5. Hipocloremiei

 19. Cs Pentru inducerea remisiei la un copil cu rectocolita ulcero-hemoragică, pacientului i s-a prescris sulfasalazina. Luând în consideraţie reacţiile adverse ale preparatului, atunci care din cele ce urmează reprezintă o recomandare adecvată:

1. Administrarea unimomentană a dozei zilnice
2. Administrarea preparatului pe nemâncate, cu cca 1 oră înaintea mesei
3. Sistarea preparatului în cazul virării culorii urinei în portocaliu
4. Administrarea preparatului cu o cantitate suficientă de apă (250ml, risc de nefrolitiaza)
5. Nu este nevoie de suplinire lichidiană în cazul utilizării sulfasalazinei.

 20. Precizaţi care vitamină este indicată pentru terapia de susţinere în cazul bolii Crohn rezistente la tratament:

1. Vit B5
2. Vit B6
3. Vit B7
4. Vit B8
5. Vit B9 (acidul folic)

**Complement multiplu**

1. Cm Marcaţi factorii imunopatologici în cazul patogenezei rectocolitei ulcero-hemoragice la copii:
2. Deficitul de fracţii ale complementului seric
3. Cantităţile mari de fracţii ale complementului în ser
4. Scăderea sintezei interferonului
5. Scăderea activităţii fagocitare a leucocitelor
6. Prezenţa în exces a limfocitelor citotoxice şi a anticorpilor antimucoasă intestinului gros

 2. Cm Selectaţi semnele caracteristice procesului inflamator distructiv în rectocolita ulcero-hemoragică la copii:

1. Debutul este localizat în rect
2. Răspîndirea procesului în direcţia proximală
3. Poate fi afectat numai segmentul rectal
4. Este afectată mucoasa intestinului subţire
5. Este posibilă afectarea întregului intestinului gros

 3. Cm Evidenţiaţi semnele patomorfologice prezente la biopsie în rectocolita ulcero-hemoragică la copii:

1. Formarea granuloamelor limfoide
2. Infiltraţia limfoido-celulară a mucoasei şi submucoasei intestinului gros
3. Dilatarea vaselor, inflamaţia criptelor
4. Formarea cript-abceselor şi a sectoarelor de necroză a epiteliului
5. Fibroza difuză, transmurală

 4. Cm Indicaţi simptoamele clinice caracteristice ale rectocolitei ulcero-hemoragice la copii:

1. Afebrilitate
2. Subfebrilitate, deficit ponderal
3. Dureri abdominale după defecaţie
4. Diaree sanguinolentă
5. Astenie, stare depresivă, labilitate emoţională
6. Cm Enumeraţi modificările caracteristice în hemograma şi analizele biochimice la copii cu rectocolita ulcero-hemoragică:
7. Anemie, leucocitoză, VSH mărit
8. Disproteinemie
9. Hipoalbuminemie
10. Bilirubină crescută
11. Proteina С reactivă crescută
12. Cm Precizaţi complicaţiile intestinale locale posibile în rectocolita ulcero-hemoragică la copii:
13. Hemoragia intestinală
14. Megacolonul toxic
15. Perforaţia intestinului
16. Fisurile anale, paraproctită
17. Piodermia gangrenoasă, sepsis

 7. Cm Indicaţi ce sunt caracteristice pentru boala Crohn la copii:

1. Afectarea diferitor sectoare ale tractului intestinal
2. Afectarea numai a intestinului gros
3. Poate fi afectat cecum
4. Se poate dezvolta sindromul de malabsorbţie
5. Se exclude artrita, eritemul nodos, piodermia gangrenoasă

8. Cm Marcaţi semnele endoscopice caracteristice pentru boala Crohn la copii:

1. La debutul bolii mucoasa intestinală este mată, cu eroziune, mucus purulent
2. În perioada de stare sunt posibile fistele, semnul "Pietre de pavaj"
3. Lumenul intestinal este normal pe tot parcursul tractului
4. Se pot determina pseudopolipi
5. În faza de ameliorare se depistează stenoza intestinului

 9. Cm Marcaţi semnele histologice ale bolii Crohn la copii:

1. Intlamaţie nespecifică cu infiltiraţie celulară
2. Infiltratul celular este alcătuit din limfocite, celule plasmatice, hisliocite, eozinofile
3. Infiltratul celular este alcătuit din neutrofile, bazofile
4. Se depistează granuloame cazeiforme
5. Procesul inflamator nu afectează submucoasa intestinală

 10. Cm Notaţi semnele histologice ale rectocolitei ulcero-hemoragice la copii:

1. Hiperplazia şi infiltraţia limfoidă în mucoasa intestinului gros
2. Hiperplazia limfoidă pătrunde în toate păturile peretelui intestinal
3. Se formează abcese în cripte
4. Lipsesc abcese în cripte
5. Frecvent se depistează pseudo-polipi

 11. Cm Stabiliţi principiile de tratament ale rectocolitei ulcero-hemoragice la copii:

1. Aport caloric şi proteic crescut
2. Administrarea preparatelor pentru imunocorecţie
3. Folosirea antibioticelor din grupa penicilinei
4. Utilizarea preparatelor antiinflamatoare - derivate ale 5-aminosalicilatului şi corticosteroizi
5. Administrarea anticoagulantelor

 12. Cm Selectaţi preparatele utilizate pentru tratamentul imunomosupresiv în rectocolita ulcero-hemoragică la copii:

1. 6 - mercaptopurina
2. Azatioprina
3. Ciclosporina
4. Gamaglobulină intramusculară
5. Imudonul

 13. Cm Indicaţi complicaţiile locale, posibile la copiii cu boala Crohn:

1. Perforaţie, hemoragie
2. Dermatită, artrită
3. Fistule, stricturi
4. Colelitiază, colangită sclerozantă
5. Irită, iridociclită

 14. Cm Marcaţi particularităţile procesului inflamator pentru boala Crohn:

1. Pătrunde tot peretele intestinului (mucoasa, submucoasa, musculoasa, seroasa)
2. Este localizat numai în submucoasă
3. Infiltratul este limfocitar
4. Infiltratul este format predominant din neutrofile
5. Se formează granuloame sarcoidale

 15. Cm Determinaţi de ce depind manifestările clinice şi evoluţia bolii Crohn la copii:

1. Localizarea şi destinderea procesului inflamator în tractul digestiv
2. Stadiul bolii
3. Vârsta copilului
4. Sexul copilului
5. Complicaţiile apărute

 16. Cm Precizaţi contraindicaţiile pentru efectuarea examenului endoscopic la copiii cu rectocolită ulcero-hemoragică:

1. Perioada de remisiune a bolii
2. Colita activă cu evoluţie severă
3. Colita activă cu evoluţie uşoară
4. Megacolonul toxic
5. Tendinţa la hemoragie şi perforaţii

 17. Indicaţi ce se evidenţiază în cadrul tabloului colonoscopic, al pacienţilor cu rectocolită ulcero-hemoragică:

1. Leziunile sunt difuze, simetrice, omogene;
2. Afectarea este continuă, lipsesc ariile „cruţate", excepţie - după aplicarea tratamentelor topice;
3. Nu există leziuni patognomonice în tabloul endoscopic pentru rectocolita ulcero-hemoragică ;
4. Dispersia leziunilor debutează din regiunea distală a rectului, cu extindere distală;
5. Ulcerele sunt secundare inflamaţiei şi nu sunt obligatorii pentru diagnostic;

 18. Cm Stabiliţi ce informaţii oferă examenul histologic, utilizat în cazul pacienţilor cu boală inflamatorie intestinală:

1. Permite stabilirea diagnosticului
2. Apreciază extinderea procesului inflamator şi gradul de severitate
3. Nu asigură aprecierea răspunsului la tratament
4. Permite stabilirea prezenţei complicaţiilor
5. Nu permite diferențierea între boala Crohn şi rectocolita ulcerohemoragică.

 19. Cm Evidenţiaţi prin ce se caracterizează tabloul radiologic baritat în colita ulceroasa la copil:

1. Edemaţierea şi îngroşarea mucoasei ce cauzează un aspect neregulat, fin granular;
2. Ulceraţiile aftoide (discrete colecţii de bariu înconjurate de un halou radiotransparent)
3. Inflamaţiile transmurale şi fibroza;
4. Stenozele lungi şi strînse la nivelul ileonului care alternează cu zone dilatate: „semnul sforii”
5. Ulcerele profunde, care penetrează mucoasa şi se extind în submucoasă sub formă de ulceraţii

în „buton de cămaşă”

 20. Cm Notaţi care sunt caracteristicile sau semnele majore pentru tratamentul chirurgical de urgenţă, în cazul pacienţilor cu rectocolită ulcero-hemoragică:

1. Perforaţia intestinală
2. Hemoragia persistentă
3. Megacolonul toxic
4. Starea psihică şi calitatea vieţii profund alterate
5. Forma fulminantă a bolii.

 21. Cm Precizați care sunt criteriile de spitalizare a copiilor cu rectocolită ulcero-hemoragică:

1. S0 – după scorul Montreal
2. Rectoragia cronică şi recurentă
3. Faza activă a bolii
4. Remisia paraclinică a bolii
5. Remisia clinică a bolii

 22. Cm Indicaţi care dintre reacţiile adverse sunt carcateristice pentru corticosteroizii administrate copiilor cu rectocolita ulcero-hemoragică:

1. Leucopenie
2. Hipotensiunea arterială până la colaps
3. Faciesul Cushingoid;
4. Rahitismul, osteopenia, inhihibarea creşterii
5. Semnele de deshidratare

 23. Cm Precizaţi obictivele tratamentului medicamentos în cazul rectocolitei ulcerohemoragice la copii sunt:

1. Atenuarea manifestărilor gastrointestinale şi sistemice cu cel mai mic grad posibil de efecte

adverse

1. Inducerea şi menţinerea remisiei clinice
2. Prevenirea complicaţiilor şi restabilirea densităţii osoase normale
3. Restabilirea şi menţinerea curbei ponderale normale/maturarea sexuală
4. Prevenirea sau corectarea deficienţelor mintale

 24. Cm Marcaţi manifestările extraintestinale cu afectare articulară în cazul pacienţilor cu boala Crohn:

1. Artropatiile seronegative
2. Spondilita anchilozantă
3. Spondilolisteza anterioară
4. Artrita reumatoidă
5. Sacroileita

 25. Cm Determinaţi în baza căror manifestări clinice se efectuează aprecierea gravităţii bolii Crohn la copii:

1. Frecvenţa scaunului
2. Temperatura corporală
3. Frecvenţa respiratorie
4. Deficitul ponderal
5. Formula leucocitară

 26. Cm Notaţi care dintre factorii infecţioşi, cel mai frecvent se consideră a fi complementari în inducerea bolii Crohn:

1. Coxiella burnetti
2. Mycobacteriumul paratuberculosis
3. Leptospira interrogans
4. Listeria monocytogenes
5. Bartonella hensellae

 27. Cm Stabiliţi prin ce se caracterizează tabloul histologic al rectocolitei ulcero-hemoragice la copii în perioada acută:

1. Edemul şi hiperemia a stratului mucos
2. Predominarea limfocitelor în lamina propria
3. Criptita - prezenţa PMN în lumenul criptei glandulare
4. Hipoproducerea de mucus
5. Hemoragia focală

 28. Cm Indicaţi ce grupe de preparate pot fi utilizate în cazul tratamentului bolii Crohn, la copii:

1. Derivatii acidului acetilsalicilic
2. Suplimentele de acid folic
3. Derivaţii acidului aminosalicilic
4. Antibioicele şi probioticele
5. Anticolinesterazicele

 29. Cm Selectaţi tipurile tratamentului medicamentos în cazul bolii Crohn la copii:

1. Tratamentul de bază
2. Tratamentul profilactic
3. Tratamentul deficientelor instalate
4. Tratamentul complicaţiilor
5. Exclusiv tratamentul nutriţional

 30. Cm Evidenţiaţi care sunt caracteristicile proctitei ulcerative:

1. Este o patologie de sine stătătoare
2. Reprezintă o formă particulară a colitei ulcero-hemoragice
3. Se caracterizează prin limitarea procesului inflamator şi un prognostic bun.
4. Poate progresa în forme generalizate de rectocolită ulcerohemoragică
5. Diagnosticul diferenţial cu boala Crohn (limitată rectal) - este imposibil.

 31. Cm Selectaţi care din patologiile listate mai jos se asociază cu malabsorbţie intestinală:

1. Boala Whipple (lipodistrofia intestinală)
2. Boala Crohn
3. Dischinezia intestinului gros
4. Boala celiacă
5. Rectocolita ulcerohemoragică

 32. Cm Marcaţi care produse alimentare sunt interzise pacienţilor cu boala Crohn:

1. care stimulează motilitatea intestinală
2. Bogate în potasiu
3. Bogate în grăsimi animale
4. Bogate în oxalaţi
5. Picante şi iritative

 33. Cm Coprocultura poate facilita diagnosticul diferenţiat al Bolii inflamatorii cornice intestinale cu următoarele maladii:

1. Campylobacterioza
2. Ankylostomidoza
3. Yersinioza
4. Strongyloidoza
5. Escherichioza

 34. Cm Enumerați modificările biochimuce - imunologice în cadrul rectocolitei ulcerohemoragice la copii:

1. Scăderea nivelului de proteina C reactivă
2. Creşterea titrului de complexe imune circulante
3. Hipoalbuminemie, crescute globulinele alfa ser
4. Creşterea Imunoglobulinelor G
5. Anticorpii antinucleari pot fi pozitivi.

 35. Cm Precizaţi ce se poate evidenţia în cadrul examenului ultrasonografic al pacienţilor cu rectocolită ulcerohemoragică:

1. Îngroşarea pereţilor intestinali pînă la 10-15mm în zonele inflamate
2. Pereţii intestinali hiperecogeni
3. Pereţii intestinali hipoecogeni
4. Ulceraţiile hiperecogene
5. Dispariţia stratificării parietale (direct proporţională cu avansarea bolii)

 36. Cm Marcaţi fazele evoluţiei morfopatologice a bolii Crohn:

1. Faza de incubaţie
2. Faza fisurilor
3. Faza preinfiltrativă
4. Faza infiltrativă
5. Faza de cicatrizare

 37. Cm Notaţi care dintre grupurile de antibiotice sunt cel mai frecvent asociate cu colita pseudomembranoasă care necesită a fi diferenţiată de rectocolita ulcero-hemoragică:

1. Glicopeptidele
2. Cefalosporinele
3. Streptograminele
4. Fluorchinolonele
5. Lincosamidele

 38. Cm Selectaţi caracteristicile bolii Crohn, care se include în definiţie:

1. Leziuni transmurale ce pot afecta orice segment al tubului digestiv
2. Maladie inflamatorie cu evoluţie acută
3. Maladie inflamatorie cu evoluţie cronică
4. Leziuni ulcerohemoragice, localizate la nivelul mucoasei colonului, preponderent al rectului.
5. Predilecţie pentru partea terminală a intestinelor subţire şi gros.

 39. Cm Marrcaţi caracteristicile patologiei intestinale inflamatorii cronice explicate de teoria igienii:

1. Riscul crescut de dezvoltare al patologiei intestinale cronice in zonele cu incidenţa sporită a helmintiazelor
2. Rata mai frecventă a patologiei intestinale inflamatorii cronice la afroamericani, comparativ cu caucazienii.
3. Riscul scăzut de dezvoltare al patologiei intestinale cronice in zonele cu incidenţa sporită a helmintiazelor
4. Incidenţa crescută a patologiei intestinale inflamatorii cronice în emisfera nordică, comparativ cu cea sudică.
5. Frecvenţa sporită a bolii Crohn şi a colitei ulceroase în mediul urban.

 40. Cm Selectaţi argumentele care demonstrează că tratamentul chirurgical este mai puţin eficient în cazul pacienţilor cu boala Crohn, comparativ cu colita ulceroasă:

1. Pentru că afectarea intesinală este continuă
2. Deoarece afectarea este neuniformă, cu zone intacte
3. Pentru că poate fi afectat orice segment al tubului digestiv, începând cu mucoasa bucală
4. Fiindcă se afectează doar rectul
5. Deoarece se poate asocia cu fistule multiple

**Rectocolită ulcero-hemoragică şi boala Crohn la copii. Raspunsuri.**

**Complement Simplu**

1. D

2. D

3. С

4. С

5. D

6. D

7. D

8.D

9.D

10.C

11.B

12.D

13.D

14.E

15.E

16.C

17.C

18.C

19.D

20.E

Complement multiplu

1. A,C,D,E

2. A,B,C,E

3. B,C.D

4. B,D,E

5. A,B,C,E

6. A,B.C,D

7. A,C,D

8. A,B,D,E

9. A,B,D

10. A,C,E

11. A,B,D

12. A,B,C

13. A,C

14. A,C,E

15. A,B,C,E

16. B,D,E

17.A,B,E

18.A,B,D

19. A,E

20. A,B,C,E

21. B,C

22. A, C, D

23.A,B,C,D

24.A,B,E

25.A,B,D

26.B,D

27.A,C,E

28.B,C,D

29.A,C,D

30.B,C

31.A,B,D

32.A,C,D,E

33.A,C,E

34.B,C,D,E

35.A,C,D,E

36.B,D,E

37.B,D,E

38.A,C,E

39.C,D,E

40.B,C,E