**Cap 8. Sepsisul și tratamentul infecțiilor bacteriene**

1. Parametri de urmărit in sepsis:
2. febră
3. bradipnee(semn cheie al deteriorării clinice)
4. bradicardie
5. hipertensiune
6. hiperoxie (poate sugera infecţia tractului respirator inferior)
7. Termenul de „şoc septic" este rezervat:
8. pacienţilor cu sepsis al căror risc de deces este semnificativ scăzut prin prezenţa disfuncţiilor circulatorie şi metabolică.
9. pacienţii care nu necesită suport vaso­presor pentru menţinerea unei tensiuni arteriale medii de cel puţin 65 mmHg sau mai mare,
10. pacienții care prezintă o concentraţie scăzută a lactatului seric ( <2 mmol/L) în pofida resuscitării volemice adecvate.
11. pacienţii care necesită suport vaso­presor pentru menţinerea unei tensiuni arteriale medii de cel puţin 65 mmHg sau mai mare, şi care prezintă o concentraţie ridicată a lactatului seric (>2 mmol/L) în pofida resuscitării volemice adecvate.
12. pacienții care au tensiunea arteriala medie peste 70 mm/după resuscitarea volemică adecvată
13. Sepsisul asociat asistenţei medicale, un subgrup al sepsisului dobândit comunitar, se defineşte ca sepsis instalat la:
14. pacienţi externaţi în ultimele 7 zile
15. pacienţi externaţi în ultimele 30 de zile
16. pacienţi din unităţi de îngrijiri cronice si cei care locuiesc în comunităţi închise
17. pacienţii care nu accesează tratament medical ambulator (ex. pacien­ţii care necesită hemodializă).
18. pacienţi externaţi în ultimele 10 zile
19. Alegeți enunțul fals:Când un pacient acuză o alergie la antibiotic, este necesară obţinerea următoarelor informaţii:
	1. culoarea antibioticului(celor) la care pacienţii sunt alergici
	2. timpul dintre începutul administrării antibioticului şi apariţia semnelor şi a simptomelor
	3. natura semnelor şi simptomelor, cu accent pe erupţie, respiraţie şuierătoare, edem şi pierderea conştienţei
	4. timpul până la încetarea simptomelor
	5. dacă au mai luat antibioticul respectiv sau antibiotice similare.

5.Clindamicina

1. este utilizată pe scară largă, din cauza asocierii sale cu infecţia cu C. difficile.
2. este inactivă împotriva cocilor Gram-pozitivi, inclusiv a stafilococilor rezistenţi la penicilină s
3. este un agent util în celulita severă streptococică sau stafilococică.
4. este inactivă împo­triva anaerobilor .
5. asigură concentraţie scăzută la nivel osos şi nu este folosită în tratamentul osteomielitei.
6. Gru­pele aflate la risc crescut de a dezvolta sepsis includ:
7. vârstnicii (>65 de ani) şi pacienţii foarte tineri (nou-născuţi)
8. pacienţii care au prezentat în antecedente sepsis
9. pacienţii fara afecţiuni medicale imunosupresoare
10. pacienţii cu dispozitive medicale permanente, mai ales dacă ace­ stea traversează barierele normale împotriva infecţiilor
11. gravidele
12. Tratamentul sepsisului implica:
	* + 1. administraţi oxigen pentru a menţine Sp02>96%
			2. recoltaţi hemoculturi
			3. incepeţi tratament cu antibiotic cu spectru larg
			4. administraţi lichide rapid
			5. nu se tine cont de nivelul lactatului
13. Resuscitarea inițiala in sepsis implica:
14. începeţi resuscitarea volemică intravenoasă cu soluţii coloide 30ml/kgîn primele 3 ore
15. începeţi resuscitarea volemică intravenoasă cu soluţii coloide 60ml/kgîn prima ora
16. continuaţi administrarea de lichide în funcţie de evaluarea hemodinamică si utilizaţi variabile dinamice pentru a stabili răspunsul
17. menţineţi tensiunea arterială medie la 65 mmHg
18. ghidaţi resuscitarea pentru normalizarea valorii lactatului la pacienţii cu valori ridicate ale acestuia
19. Terapia lichidiana in sepsis:
20. Administraţi solide rapid când e nevoie
21. Utilizaţi soluţii coloide, fluidul de primă intenţie recomandat
22. Luaţi în calcul albumina umană când sunt necesare volume mari de lichid
23. Luaţi în calcul soluțiile cristaloide când sunt necesare volume mari de lichid
24. Evitaţi soluţiile de hidroxietil amidon
25. ”Controlul sursei” in sepsis necesita:
26. Obstrucţia tracturilor biliare şi urinare este cauză frecventă de sepsis, prin urmare poate fi necesară recurgerea la stent biliar, cateter urinar sau nefrostomă.
27. Colecţiile intrabdominale, empiemul şi colecţiile paraspinale nu necesită drenare.
28. Dacă există infecţie intraarticulară, este necesar un lavaj artro­scopic iar în cazul unei proteze articulare sunt necesare debridare şi ablaţia endoprotezei.
29. Valvectomia este utilizată tot mai mult pentru optimizarea trata­ mentului endocarditei infecţioase, mai ales în infecţiile acute cau­ zate de S. aureus.
30. Debridarea chirurgicală a ţesutului infectat nu reprezinta un pas al tratamentului fasceitei necrozante monomicrobiene cauzată de S. pyo­ genes sau al gangrenei Fournier.
31. Parametrii care trebuie evaluaţi la alegerea iniţială a regimului antibiotic in sepsis includ:
32. calea de administrare
33. frecvenţa administrării
34. durata tratamentului
35. toxicitatea nu este un parametru care trebuie monitorizat
36. nu este nevoie de terapie adjuvantă
37. Parametrii care trebuie evaluaţi la alegerea iniţială a regimului antibiotic in sepsis includ, cu excepția:
38. nevoia de terapie adjuvantă (ex. rifampicină sau acid fusidic în infecţia severă cu S. aureus)
39. antibioterapie alternativă pentru alergiile la penicilină, severe sau nu.
40. ajustarea dozelor în insuficienţa hepatică/renală nu este necesara
41. monitorizarea posibilei toxicităţi nu este necesara
42. frecvenţa administrării
	1. La 72 de ore, când majoritatea culturilor devin disponibile, trebuie luată una dintre următoarele cinci decizii:
43. oprirea tratamentului antibiotic
44. dezescaladarea antibioterapiei către tratament per os.
45. schimbarea tratamentului
46. continuarea tratamentului intravenos.
47. externarea pacientului cu tratament antibiotic per os.
	1. Reacţiile de hipersensibilitate imediată sunt asociate cu:
48. anafilaxia
49. sunt mediate de imunoglobulina F
50. debutează clasic într-o oră de la prima doză
51. edem facial, erupție
52. dispnee ușoară
	1. Reacțiile întârziate sunt asociate cu:
53. apar adeseori după o doza de de tratament
54. sunt asociate cu anafilaxia
55. nu sunt mediate imun
56. pot conduce la afecţiuni severe sau ameninţătoare de viaţă precum sindromul Stevens-Johnson
57. pot conduce la afecţiuni severe sau ameninţătoare de viaţă precum necroliza epidermică toxică
	1. Când un pacient acuză o alergie la antibiotic, este necesară obţinerea următoarelor informaţii:
58. mirosul antibioticului(celor) la care pacienţii sunt alergici
59. timpul dintre începutul administrării antibioticului şi apariţia semnelor şi a simptomelor
60. natura semnelor şi simptomelor, far a pune accent pe erupţie, respiraţie şuierătoare, edem şi pierderea conştienţei
61. timpul până la încetarea simptomelor
62. dacă au mai luat antibioticul respectiv sau antibiotice similare.
	1. Chemoprofilaxia antibiotică in Splenectomie/disfuncţie splenică:
63. Are ca scop prevenirea sepsisului sever meningococic
64. Regim de administrare Fenoximetilpenicilina 500 mg doză dublă zilnică
65. Regim de administrare meropenem 1g pe zi
66. Regim de administrare imipenem 1000 mg pe zi
67. Regim de administrare azitromicina 500 mg la 7 zile
	1. Chemoprofilaxia antibiotică in meningita datorata meningococilor:
68. are ca scop prevenirea infecției la contacti
69. regim de administrare Adulţi: rifampicină 600 mg doză dublă zilnică pentru 2 zile
70. regim de administrare Adulţi: rifampicină 600 mg doză dublă zilnică pentru 5 zile
71. regim de administrare Copii: <1 an: 5 mg/kg; >1 an: 10 mg/kg
72. regim de administrare Copii: <1 an: 10 mg/kg; >1 an: 15 mg/kg
	1. Chemoprofilaxia antibiotică in tuberculoza:
73. Are ca scop prevenirea infecţiilor la indivizii negativi la tuberculină
74. Are ca scop prevenirea infecţiilor la copiii cu mame neinfectate
75. Are ca scop prevenirea infecţiilor la pacienţii imunosuprimaţi
76. Regimul de administrare Adulţi: lzoniazidă oral 300 mg zilnic pentru 6 luni
77. Regimul de administrare Adulţi: lzoniazidă oral 3000 mg zilnic pentru 6 luni
	1. Alegeți enunțurile false din chemoprofilaxia antibiotică in tuberculoza:
	2. Are ca scop prevenirea infecţiilor la copiii cu mame infectate
	3. Are ca scop prevenirea infecţiilor la indivizii pozitivi la tuberculină
	4. Regimul de administrare Adulţi: rifampicină 600 mg zilnic 7 zile
	5. Regimul de administrare Copii: 5-10 mg/kg zilnic
	6. Regimul de administrare Copii: 15-20 mg/kg zilnic
	7. Chemoprofilaxia antibiotică in meningita datorata Haemophilus influenzae tip B :
78. Are ca scop reeducerea portajului nazofaringian şi prevenirea infecţiei contacţilor
79. Regimul de administrare Adulţi: rifampicină 600 mg zilnic 4 zile
80. Regimul de administrare Adulţi: rifampicină 600 mg zilnic 7 zile
81. Regimul de administrare Copii: 5-10 mg/kg zilnic
82. Regimul de administrare Copii: 20-25 mg/kg zilnic
	1. Care enunțuri sunt adevărate din chemoprofilaxia antibiotică in endocardita?
83. Profilaxia antibiotică şi gargara cu clorhexidină sunt recomandate pentru prevenirea endocarditei la pacienţii care urmează proceduri dentare
84. Dacă pacienţii cu risc de endocardită urmează proceduri ale tractului gastrointestinal sau genitourinar la un sediu în care infecţia este suspectată, trebuie să primească terapie antibacteriană corespunzătoare, care acoperă organismele ce cauzează endocardită
85. Pacienţii cu risc de endocardită trebuie sfătuiţi să menţină o bună igienă orală
86. Pacienţii cu risc de endocardită trebuie instruiţi cum să recunoască semnele endocarditei infecţioase şi sfătuiţi să ceară ajutor medical
87. Orice infecţie la pacienţii aflaţi la risc de endocardită trebuie investigată prompt şi tratată corect, pentru a reduce riscul de endocardită
	1. Care dintre următoarele antibiotice nu sunt carbapeneme?
88. imi­penem
89. temocilina
90. meropenem
91. amoxicilina
92. aztreonam
	1. Care dintre următoarele antibiotice fac parte din clasa chinolenelor?
93. levofloxacina
94. ciprofloxacina
95. vancomicina
96. moxifloxacina
97. gentamicina
	1. Doze ale Amikacină - medicament utilizat frecvent în tratamentul sepsis-ului
98. Doza standard 20 mg/kgx 1i.v.
99. Doza maxima 30 mg/kgx 1i.v.
100. Pentru Acinetobacter spp: doar doza maximă
101. Pentru Pseudomonas spp.: doar doza maximă
102. Niciuna din cele de mai sus

**CAP 9 ECHILIBRUL HIDROELECTROLITIC SI ACIDO-BAZIC**

1. Factori majori reglatori ai trans­portului la nivelul tubilor proximali,:
2. Angiotensina II
3. efedrina
4. adrenalina
5. epinefrina
6. aldosteronul
7. Care este funcția tubului contort distal?
8. Secreţia medicamen­ telor (diuretice de ansă şi tiazidice) şi a metaboliţilor medica­ mentelor
9. Reabsorbţia solviţilor: glucoză, aminoacizi, bicarbonat, fosfat, proteine cu masa moleculară mica
10. Implicarea transportului sodiului şi clorului, şi a reabsorbţiei calciu­ lui şi magneziului
11. Loc al concentrăriiîn contracurent, care reglează funcţia ansei, permiţând con­ trolul concentraţiei finale a urinei
12. Secreţie/absorbţie de uraţi
13. Numeroase medicamente pot cauza retenţie de sodiu ,cu excepția:
14. Estrogenii
15. Mineralocorticoizii şi lemnul dulce (liquorice)
16. Medicamentele antiinflamatorii nonsteroidiene (AINS)
17. Tiazolidindionele (TZD);
18. Diureticele de ansa
19. Care dintre următoarele medicamente este diuretic de ansa?
20. bendroflumetiazidă
21. clortalidona
22. bumetanidă
23. amilorid
24. triamteren
25. Pierderi crescute de bicarbonat la nivel renal cu excepția:
26. Tratament cu acetazolamida
27. Catabolism accentuat al lizinei, argininei
28. Acidoză tubulară renală proximală (tip2)
29. Hiperparatiroidism
30. Leziuni tubulare, ex. me dicamente, metale grele, paraproteine
31. Analiza gazometriei sângelui arterial sau venos se efectuează rapid în majoritatea spitalelor cu ajutorul analizoarelor compacte care măsoară:
32. presiunileparţialealedioxiduluidecarbon(PCO2}şioxigenului(PO2)
33. excesul de baze calculat (BE, base excess) şi bicarbonatul (HCO3
34. pH-ul sanguin
35. transaminaze serice
36. creatinina serica
37. Bolile asociate tubilor contort distali:
38. Sindromul Gitelman
39. Sindromul Liddle
40. Diabet insipid nefrogen:rezistenţă la acţiunile vasopresinei.
41. Sindromul Gordon
42. Sindromul secreţiei inadecvate de hormon antidiuretic hipofizar (SIADH);
43. Efectele nedorite ale diureticilor de ansa ,sunt:
44. retenţie de uraţi, care determină guta
45. hiperpotasemie
46. hipercalciurie care determină creşterea riscului formării calculilor pe bază de calciu
47. hipermagneziemia
48. scăderea toleranţei la glucoză
49. Efectele nedorite ale diureticelor de ansa sunt,cu exceptia:
50. tubulonefrită alergică şi alte reacţii alergice
51. mialgii - mai ales la utilizarea dozelor mari de bumetanidă
52. creșterea toleranţei la glucoză
53. hiperpotasemie
54. ototoxicitate (datorată acţiunii asupra activităţii pompei de sodiu din urechea internă) - mai ales la furosemid
55. Diuretice cu efect de economisire a potasiului :
56. Eplerenona
57. Amilorid
58. Clortalidona
59. Triamteren
60. Spironolactona,
61. Câteva cauze de scădere a tensiuni arteriale la trecerea din decubit in ortostatism:
62. Interferenţa medicaţiei cu vasoconstricţia periferică
63. Volum circulant diminuat (hipovolemie)
64. Interferenţa medicaţiei cu funcţia autonomă
65. Medicamente care blochează ß-adrenoreceptorii
66. Blocanţii canalelor de sodiu
67. Cauzele depleţiei volumului extracelular (hlpovolemla)
68. Hemoragie
69. Arsuri
70. Pierderi gastrointestinale
71. Repaus la pat prelungit
72. Utilizarea diureticelor
73. Evaluarea statusului volemic se realizează prin:
74. Presiunea venoasă centrală atât bazală cât şi după proba de încărcare cu lichide
75. Modificările posturale ale tensiunii arteriale
76. Radiografia bazinului
77. Presiunea venoasa carotidiana
78. Măsurarea debitului urinar la intervale regulate
79. Cauzele hiponatremiei cu scăderea volumului extracelular (hipovolemie) :
80. Hemoragie
81. Tratament antidepresiv
82. Depleţie severă de potasiu
83. Arsuri
84. Pancreatită
85. Cauzele hiponatremiei cu scăderea volumului extracelular (hipovolemie) ,cu exceptia:
86. Vărsături
87. Diaree
88. Neuropatie vagală (insuficienţa inhibiţiei eliberării de ADH)
89. Utilizarea cronica eronata a alcoolului
90. Polidipsia psihogenă'
91. Cauze de hiponatremie cu volum extracelular normal (euvolemie) :
92. Creşterea sensibilităţii la ADH
93. Eliberare anormală de hormon antidiuretic {ADH)
94. Boli psihice
95. Boală renală tubulointerstiţială
96. Faza de recuperare a necrozei tubulare acute
97. Cauze de eliberare anormală de hormon antidiuretic (ADH)
98. Hipotiroidism
99. Depleţie severă de potasiu
100. Diureză osmotică
101. Pancreatită
102. Diuretice
103. Cauze ale hipernatremiei :
104. Status hipoosmolar hipoglicemic
105. Utilizarea soluţiei de 8,4% de bicarbonat de sodiu după oprirea cardiacă
106. Diabetul insipid hipofizar
107. Deficit de aport hidric: senzaţie de sete sau stare de conştienţă afectate
108. Pierderi excesive de apă prin tegumente sau plămâni
109. Cauze ale hiponatremiei cu creşterea volumului extracelular (hipervolemia):
110. Insuficienţa cardiacă
111. Necroza tubulară acută
112. Diureza osmotica
113. Insuficienţa hepatică
114. Injuria renală oligurică
115. Intrarea potasiului în celulă este stimulată de:
116. insulină
117. stimulare ß-adrenergică
118. teofilină.
119. stimulare *a*-adrenergică
120. lezarea sau moartea celulară
121. Cauzele hiperkaliemiei :
122. Alcaloza metabolica
123. Efort fizic redus
124. Transfuzia sângelui conservat
125. Intoxicaţia cu digoxin
126. Rabdomioliză/leziuni tisulare
127. Cauzele acidozei metabolice cu gauri anionica normala:
128. Pierderi crescute de bicarbonat la nivel gastrointestinal
129. Pierderi crescute de bicarbonat la nivel renal
130. Scăderea producţiei de HCI
131. Creșterea excreţiei renale de ioni de hidrogen
132. Diaree
133. Cauzele acidozei tubulare renale distale de tip1:
134. Amfotericina B
135. Carbonat de litiu
136. AINS
137. Hipocalcemia cronică
138. Boală hepatică acuta
139. Cauzele alcalozei metabolice :
140. Hipocalcemia din bolile maligne
141. Status diareic: adenom vilos, cloridoreeacongenitală
142. Fibroză chistică
143. Depleție de clor
144. Ingestie de bicarbonat: ingestie masivă sau în cantitate redusă cu boală renală
145. Cauze ale acidozei metabolice cu gaura anionică crescuta:
146. Cetoacidoză: diabetică, alcool
147. Supraalimentare
148. Aspirină: supradozaj de salicilaţi
149. Insuficienţă renală:acumularede acizi organici
150. D-lactat: proliferare bacteriană la nivelul intestinului subţire

**CAP10 TERAPIE INTENSIVA**

1. Complicațiile canularii arterei radiale cu excepția:
2. Ischemie distală, ex. necroză digitală (rar)
3. Pierderea pulsaţiilor venoase
4. Infecţie
5. Injectarea de medicamente accidental - poate produce ocluzie vasculară
6. Deconectarea - pierdere rapidă de sânge
7. Tehnica SELDINGER, este descrisa de următoarea succesiune de evenimente:
8. Puncţia vasculară cu un ac. - Avansarea ghidului.-Îndepărtarea acului.- Dilatarea vasului. - Avansarea cateterului pe ghid- Îndepărtarea ghidului.-Cateter in situ.
9. Puncţia vasculară cu un ac. - Îndepărtarea acului -Avansarea ghidului.- Dilatarea vasului. - Îndepărtarea ghidului- Avansarea cateterului pe ghid- Îndepărtarea ghidului.-Cateter in situ.
10. Cateter in situ -Puncţia vasculară cu un ac. - Avansarea ghidului.-Îndepărtarea acului.- Dilatarea vasului. -Avansarea ghidului - Avansarea cateterului pe ghid- Îndepărtarea ghidului.-Cateter in situ.
11. Cateter in situ. - Avansarea ghidului.-Îndepărtarea acului.- Dilatarea vasului. - Avansarea cateterului pe ghid- Îndepărtarea ghidului.- Puncţia vasculară cu un ac.
12. Avansarea ghidului.-Puncţia vasculară cu un ac. - Dilatarea vasului. - Avansarea cateterului pe ghid- Îndepărtarea ghidului.-Cateter in situ. -Îndepărtarea acului
13. Cauzele şocului :
14. Hipovolemic -Insuficienţă miocardică (ex. leziune miocardică ischemică)
15. Distributiv-anafilaxie
16. Distributiv-Arsuri
17. Cardiogen -Obstrucţia fluxului cardiac (ex. embolie pulmonară)
18. Cardiogen - Restricţie a umplerii cardiace (ex. tamponada cardiacă, pneumotorace în tensiune)
19. Elemente caracteristice socului hipovolemic:
20. Tegumente calde ,uscate
21. Poliurie
22. Tonus simpatic scăzut
23. Acidoza lactica cu bradipnee compensatorie
24. Confuzie si iritabilitate
25. Semnele si simptomele sepsisului includ:
26. Vasoconstricție, cu periferie rece
27. Greața ,vărsături
28. Puls regulat
29. Reumplere capilara lenta
30. Hipertensiune arteriala
31. Răspunsul metabolic la traume, intervenţii·chirurgicale majore şi infecţii severe:
32. Consum de energetic scăzut
33. Gluconeogeneză crescuta
34. Mobilizarea glucozei din glicogen scăzută
35. Sinteza de acizi grași liberi crescuta
36. Catabolism proteic crescut
37. Care dintre următoarele medicamente reprezintă agenți vasopresori/inotrop pozitiv?:
38. Norepinefrina
39. Albumina
40. Dopamina
41. Noradrenalina
42. Alanina
43. Pacienții cu risc de a dezvolta insuficienta multipla de organ:
44. Pacienţii cu co-morbidităţi, în special rezervă cardiorespiratorie funcţională limitată
45. Pacienţi cu traumatisme în două cavităţi ale corpului şi care necesită transfuzii multiple de sânge
46. Pacienţiisupuşiuneiintervenţiichirurgicalecareimplicăodisecţieextensivăa ţesuturilor, ex. esofagectomie, pancreatectomie, chirurgia anevrismului de aortă
47. Pacienţii supuşi unei intervenţii chirurgicale de urgenţă pentru afecţiuni foarte grave intra- abdominale sau intratoracice, ex. peritonite fecaloide, perforaţii de esofag
48. In special tinerii
49. Evaluare clinică a tulburărilor respiratorii va fi făcută pe următoarele criterii:
50. Bradipnee
51. Bradicardie
52. Tegumente uscate
53. Respirația paradoxala
54. Alternanta respiratorie
55. Complicaţiile intubaţiei traheale :
56. Traumatism al căii aeriene superioare
57. Canulă într-o bronhie principală (de obicei, stânga)
58. Obstrucţia canulei din cauza torsiunii sau a secreţiilor
59. Canula în esofag
60. Traheomalacie
61. Complicații tardive ale intubației traheale:
62. Migrarea canulei în afara traheei
63. Leziune laringiana
64. Sinuzită
65. Stenoză şi fibroză traheală
66. Canula în esofag
67. Complicaţiile *precoce* traheostomiei :
68. Hipoxie
69. Infecţii ale stomelor
70. Pneumonie
71. Aritmiicardiace
72. Hipotensiune
73. Complicaţiile *tardive* traheostomiei,cu excepția :
74. Ulceraţii alemucoaselor
75. Granulom traheal
76. Stenoza traheală la nivelul stomei,a balonului sau a vârfului canulei
77. Eroziune a arterei nenumite (uneori conduce la hemoragii fatale)
78. Infecţii ale stomelor
79. Indicaţii pentru utilizarea ventilaţiei non-invazive
80. Nivel scăzut al conştienţei
81. Apnee obtructivă de somn
82. Pneumonie severă
83. Edem pulmonar cardiogen
84. Deformităţi ale peretelui toracic/boală neuromusculară (insuficienţă respiratorie hipercapnică)
85. Afecţiuni asociate sindromului de detresă respiratorie acută -Leziuni pulmonare *directe*:
86. Sepsis
87. Aspiraţia conţinutului gastric
88. Traumatisme severe cu soc şi transfuzii multiple
89. Leziune pulmonară asociată transfuziei (TRALI)
90. Embolie grăsoasă
91. Afecţiuni asociate sindromului de detresă respiratorie acută -Leziuni pulmonare *indirecte:*
92. Bypass cardiopulmonar
93. Supradozaj de droguri (heroină, barbiturice)
94. Leziune pulmonară de reperfuzie după transplant pulmonar sau embolectomie pulmonară
95. Boală de altitudine
96. Înec
97. Sindromul de detresă respiratorie acută (ARDS)poate fi definit prin:
98. Detresă respiratorie.
99. Rigiditate pulmonară
100. Complianţă pulmonară crescuta rezultând presiuni mici de inflaţie.
101. presiune de ocluzie a arterei pulmonare >18 mmHg
102. Radiografia toracică: infiltrate pulmonare noi, neuniforme sau omo­gene, bilaterale, difuze.
103. Problemele speciale care pot apărea în urma transfuziei masive sunt:
104. Modificări de temperatură.
105. Hipercalcemia
106. Creşterea afinităţii oxigenului.
107. Hipopotasemia
108. Microembolismul.
109. Modificări hemodinamice în şocul hipovolemic:
110. Semne de insuficienţă miocardică
111. Rezistenţă vasculară sistemică crescută
112. Presiune venoasă centrală(PVC) şi presiune de ocluzie arteriala pulmonare(POAP)scăzute
113. PVC şi P0AP ridicate
114. Debit cardiac crescut
115. Modificări hemodinamice în şocul septic:
116. Debit cardiac scăzut
117. Rezistenţă vasculară sistemică crescută
118. Debitul cardiac de obicei crescut
119. Disfuncţie miocardică - fracţie de ejecţie scăzută
120. Volumul bătaie menţinut prin dilatare ventriculară

RĂSPUNSURI

**Cap 8. Sepsisul si tratamentul infecțiilor bacteriene**

1 A

2D

3B

4A

5C

6 ABDE

7 ABCD

8 CDE

9 CE

10 ACD

11 ABC

12 CD

13 ABCD

14 ACD

15 DE

16 BDE

17 A, B

18 ABD

19 ACD

20 BCE

21 ABD

22 BCDE

23 BDE

24 ABD

25 ABCD

**CAP 9 ECHILIBRUL HIDROELECTROLITIC SI ACIDO-BAZIC**

1 A

2 C

3 E

4 C

5B

6 ABC

7 AD

8 ACE

9 CD

10 ABDE

11 ABC

12 ABCE

13 ABE

14 ADE

15 CDE

16 ABC

17 AB

18 BCDE

19 ADE

20 ABC

21 CDE

22 ABE

23 ABC

24 BCDE

25 ACDE

**CAP10 TERAPIE INTENSIVA**

1 B

2 A

3 B

4 E

5 B

6 BDE

7 ACD

8 ABCD

9 D E

10 ACDE

11 BCD

12 ADE

13 ADE

14 BCDE

15 BE

16 ABD

17 ABE

18 ACE

19 BC

20 CDE