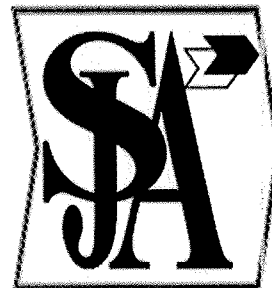




**CONSILIUL JUDEȚEAN TELEORMAN
SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ
ALEXANDRIA**

Alexandria, Str. Libertății nr. 1, jud.
Teleorman

Cod fiscal: 4253650 Cont:
RO21TREZ6065006XXX007310
Tel./Fax: 0247/314.873,0247/306767



VARIANTA 1

1. Sediul posibil al sarcinii extrauterine.
2. Apoplexia- simptomatologie.
3. Eclampsia- semne.
4. Ocluzia intestinala mecanica-cauze.
5. Hemoragiile digestive- conduita de urgenta.
6. Perforatiile de organe- enumerati elemente ale tabloului clinic.
7. Retentia acuta de urina- simptomatologie.
8. Pancreatita- simptomatologie.
9. Ce categorii de deseuri se incadreaza la codul 18 01 03*? Enumerati.
10. Care sunt procedurile aplicate pentru igiena mainilor in cazul nivelului de risc inalt?

Tomu *Muc* *[Signature]*

3.3.1. Cauzele — ocluziei intestinale mecanice

Ocluzia intestinală mecanică poate să survină fie prin obstrucție, fie prin strangulare.

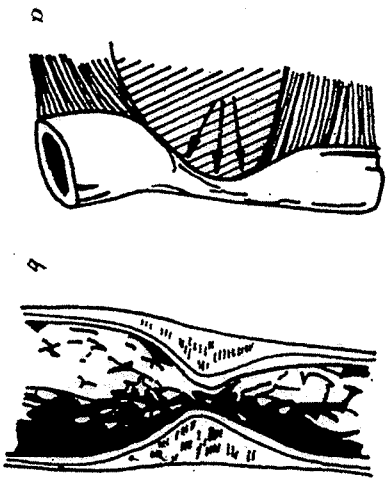


Fig. 3.2 - Ocluzie intestinală
a = prin tumoare extrinsecă
b = prin tumoare parietală

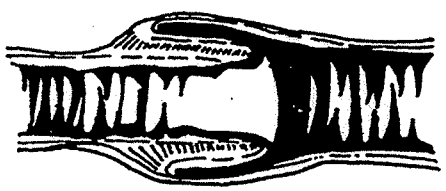


Fig. 3.3 - Ocuzie intestinală prin invaginație

- *Un corp străin* [ghem de ascariți, fecaloame (formate din materii fecale întărite)].
- *Stenoze* (inflamatorii în procese tuberculoase, care în stadiul de cicatrizare retracțază pereții, stenozaând lumenul intestinal, sau stenoze cicatriciale posttraumatice sau postoperatorii).
- *Invaginație intestinală*, cauză frecventă de ocluzie intestinală la copii foarte mici, survine prin întubarea (telescoperă) unei porțiuni de intestin în altul, ca un deget de mână (fig. 3.3).
- *Volvulusul* (torsione), răsucirea ansei intestinale în jurul axului său mezenteric sau în jurul unei bride (fig. 3.4 a și b).
- *Bride* - (bride de neoformație) urmarea unui proces inflamator apărut după intervenții chirurgicale sau după peritonite și care comprimă intestinul (fig. 3.5).
- *Diferite hernii* externe și strangulări interne (un inel de hernie în care intră o ansă intestinală și nu poate să revină. Cu timpul se mărește conținutul ansei și începe strangularea, cu ischemie, a ansei). Ocluziile prin strangulare pot să survină și în cadrul

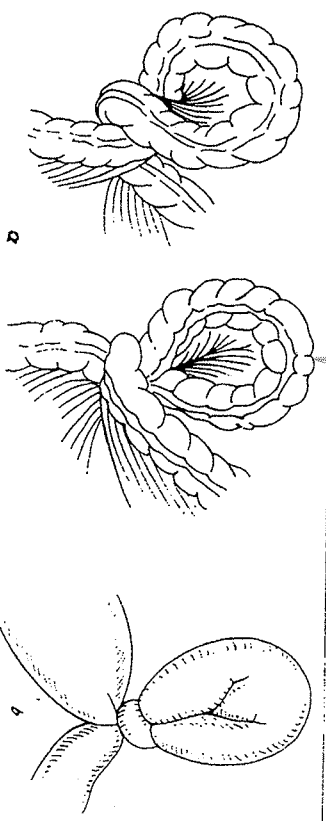


Fig. 3.4. a - Modalități prin care se instalează volvulusul de sigmoid
b - Ocluzie prin răsucirea intestinului.



Fig. 3.5 - Strangulare intestinală prin bandă.

herniilor interne (angajarea peretelui intestinal sau a unui segment de intestin într-un orificiu normal sau anormal al cavității abdominale).

De reținut: în ocluziile prin strangulare (volvulus, bride, hernii invaginații) este interesată și circulația mezenterică, astfel că în afară de obstrucție, se dezvoltă și un proces de ischemie a peretelui intestinal, care duce la devitalizarea ansei intestinale, la necroza și perforația acesteia.

De aceea, ocluziile prin strangulare sunt mai grave ca cele prin obstrucție.

SUBIECTUL Nr. 5

100

3.4.4. Conduita de urgență

- Repaus strict la pat în decubit dorsal, fără pernă (în hemoragiile masive poziția Trendelenburg, pentru menținerea unei circulații cerebrale coreșpunzătoare).
- Se interzice orice efort fizic (efortul fizic poate accentua hemoragia sau poate agrava tabloul clinic).
- Asistența medicală va liniști bolnavii și aparținătorii, recomandându-le calm și convingându-i în același timp și de necesitatea repausului.
- *Atenție!* Această măsură terapeutică trebuie aplicată atât la domiciliul bolnavului, în timpul transportului către spital, cât și în spital. Repausul la pat durează cel puțin 3 zile după oprirea hemoragiei.
- Asistența medicală va colecta într-un vas sângele eliminat de bolnav și-l va prezenta medicului.
- Va curăța gura bolnavului, cu capul așezat într-o parte, fără să deplaseze bolnavul.
- Prevenirea șocului hemoragic trebuie să se facă imediat la orice eșalon al asistenței medicale, fie că este vorba de dispensar rural, de dispensar comunal, de dispensar policlinic, cameră de gardă de spital etc. Evoluția unei H.D.S. fiind imprevizibilă, se recomandă ca medicul care vede prima dată bolnavul să pună o perfuzie cu soluții cristaloidice, fie glucoză 5%, fie ser fiziologic. Indicația de transfuzie se face mai târziu, la aprecierea medicului.
- Bolnavul cu H.D.S. trebuie în mod obligatoriu să fie internat, tocmai pentru a evita evoluția fatală în caz de agravare a hemoragiei, eventualitate care este imprevizibilă.

3.5.2. Tablou clinic

Perforațiile de organe dau tabloul clinic al peritonitelor acute, caracterizate prin:

— Durere abdominală violentă, brutală, cu sediul și iradierea în funcție de organul perforat.

Astfel:

a) În ulcerul gastric și duodenal perforat:
— sediul durerii inițial epigastric, iradiere dorsală, intensitate deosebită, până la starea de șoc,
— durerea, "ca o lovitură de pumnal", urmată de "abdomen de lemn" (rigiditatea abdominală nu apare în nici o altă afecțiune atât de brusc și atât de intens).

b) În apendicita acută perforată:
— durerea este simțită de bolnav inițial în fosa iliacă dreaptă (se generalizează mai târziu)

c) În perforația intestinului mezenterial și a colonului:
— sediul durerii este juxtapubian (în apropierea regiunii pubiene)

d) În perforația veziculei biliare durerea este inițial în hipocondrul drept.

Când procesul inflamator determină perforația veziculei biliare, intensitatea durerii din hipocondrul drept scade (prin dispariția distensiei veziculare), durerea generalizându-se în tot abdomenul datorită peritonitei biliare.

e) În sarcină ectopică, piosalpinx rupt, chist ovarian rupt, durerea abdominală, localizată în abdomenul inferior (în flancuri), se generalizează pe măsură ce peritoneul este invadat de sânge (hemoperitoneu în sarcina ectopică ruptă, corp galben rupt, chist ovarian rupt) sau de puroi în caz de piosalpinx rupt.

— Contractură abdominală

— la inspecție: abdomen retractat și imobil sau cu mobilitate redusă la mișcările respiratorii,

— la palpare: rigiditatea musculară generalizată „abdomen de lemn“

— Vărsături

— Oprirea tranzitului intestinal pentru fecale și gaze (uneori există diaree)

Observație. În ruptura de anexe, nu este suprimat tranzitul.

— Hipersensibilitatea abdominală se pune în evidență prin durere de decompresiune bruscă a peretelui abdominal, după o apăsare progresivă a acestuia (semnul Blumberg).

— Dispariția reflexelor cutanate abdominale.

— Dispariția matității hepatice (numai când există pneumoperitoneu) se pune în evidență prin percuzie (mai sigur și mai evidențiable prin examen radiologic).

Observație: în perforația veziculei biliare nu apare pneumoperitoneu.

— Hiperestezie cutanată (durerea pielii la cea mai mică atingere)

— Hiperestezia fundului de sac Douglas și uneori bombarea acestuia.

Punerea în evidență se face prin tact vaginal și rectal (la femei), iar la bărbați prin tact rectal; durerea vie declanșată de palparea chiar blândă a peritoneului prin intermediul tactului vaginal sau rectal arată prezența unei peritonite generalizate, cu lichid în peritoneu, care a ajuns până în fundul de sac Douglas.

— Semne generale (în peritonita avansată):

— facies caracteristic (suferind), facies „peritoneal“: paloare, cearcăne, ochi înfundați în orbite, cu subțierea aripilor nasului, înspăimântat, transpirat;

— respirații scurte, rapide și superficiale,

— tahicardie,

— hipotensiune arterială.


SUBIECTUL Nr. 7

10P

<p>4.3.2. Simptomatologie</p> <p>✓ 10P</p>	<p>— Durere sub formă de teneșme: (senzație imperioasă de micțiune și imposibilitatea de a urina), cu localizare în hipogastriu.</p> <p>— Paloare, transpirații.</p> <p>— Stare de neliniște, anxietate.</p>
<p>✓ 10P</p>	<p>— Glob vezical (tumoare ovală elastică cu localizare hipogastrică deasupra pubelui). Tumoarea se poate pune în evidență prin palpare bimanuală la femeie folosindu-se tactul vaginal, la bărbați tactul rectal.</p> <p><i>De reținut:</i> retenția acută de urină poate fi confundată cu anuria (în anurie este suprimată formarea urinei în rinichi). Diferențiere: în cazul anuriei lipsește globul vezical și nu se obține urină la sondajul vezical.</p>

SUBIECTUL N. 2.

10P

3.2.2. Simptomatologie	
	<p>Simptomele și semnele sunt fruste în pancreatiitele acute, edematoase și deosebit de intense, <i>dramatice</i> în pancreatiitele necrotic-hemoragice.</p> <p>Debutul bolii este brusc.</p> <ul style="list-style-type: none">● Durerea abdominală, cu localizare în etajul superior "în bară", cu iradiere în spate și mai rar în umeri, simulând ulcerul perforat, este simptomul principal. Este continuă, de intensitate mare. Uneori bolnavul ia poziții antalgice (flexiunea trunchiului, antebrațele pe abdomen apăsând regiunea dureroasă).● <i>Vărsături</i> (alimentare, biliase sau hemoragice).● <i>Meteorism</i>.● <i>Tulburări de tranzit</i> (constipație sau ileus dinamic).● <i>Stare de șoc</i> în formele grave (paloare, puls mic și rapid, tensiune arterială scăzută, transpirații, extremități reci, anxietate, tahipnee). <p>Semnele locale sunt sărace:</p> <ul style="list-style-type: none">— nu există contractură musculară,— uneori o ușoară apărare epigastrică,— pe abdomen apar în unele cazuri pete cianotice (în formele necrotice).

SUBIECTUL Nr. 3.

2P x 5 = 10P

<p>8.3.1. Semnele preclampsiei</p>	<p>Premiergător eclampsiei apare adesea un sindrom neuromuscular de alarmă, care constă în:</p> <ul style="list-style-type: none">• cefalee persistentă și intensă,• dureri epigastrice sub formă de bară,• vărsături,• tulburări senzoriale: amețeli, văjăituri în urechi, diplopie (vedere dublă), uneori amareoză tranzitorie (pierderea vederii prin spasme vasculare), astenic cu stare de somnolență, alteori stări de agitație, polipnee. <p><i>Precizare:</i> Aceste simptome apar pe lângă triada de bază a disgravidiilor (gestozelor):</p> <ol style="list-style-type: none">1) edemele,2) hipertensiunea arterială (care în această fază poate ajunge la 150 mmHg minima și peste 200 mmHg maxima),3) proteinuria (albuminuria).
------------------------------------	---

Uneori manifestările preclampsice sunt atât de mici, încât nu le observăm. În mecanismul fiziopatologic elementele de bază sunt vasoconstricția generalizată și edemul cerebral. Eclampsia poate surveni în cursul sarcinii, mai frecvent în travaliu.

SUBIECTUL Nr. 2.

10p

8 p. 2.2. Simptomatologie

Dezlipirea prematură a placentei este un accident brutal, care survine în plină sănătate aparentă, spre sfârșitul sarcinii sau în cursul travaliului, spre în forma majoră gravă:

- durere violentă în abdomen cu instalare bruscă, cu iradierii lombo-sacrate,
- contractură tetaniformă a uterului ("uter de lemn"). Uter mărit mai mult decât vârsta reală a sarcinii.
- Creșterea înălțimii fundului uterului.
- hemoragie redusă: sânge a cărui culoare variază de la roșu la negricios (semn înconstant).
- Hemoragia este un semn inconstant. În cazurile așa-zise "interne" hemoragia poate lipsi complet, semnele disgravidiei prezente: hipertensiune, edem, albumină,
- zgomotele inimii fătului nu se mai aud,
- colul este închis sau dehiscent (deschis), iar segmentul inferior dureros și în tensiune lennoasă, semne generale:
- pierderea cunoștinței,
- agitație sau prostrație, anxietate,
- paloare extremă, transpirații reci,
- sete accentuată,
- tulburări de simț (Văz, auz),
- puls filiform, hipertensiune, apoi hipotensiune, oligo-anurie, stare de șoc.

SUBIECTUL Nr. 1.

- 10p. - 2 x 5p.

8.1.2.2. Localizarea sarcinii extraterine

Localizarea poate fi (fig. 8.2.):
— Tubară — cea mai frecventă poate fi: interstifială, istmică, ampulară, pavilionară (în partea cea mai externă a trompei)
— Ovariană

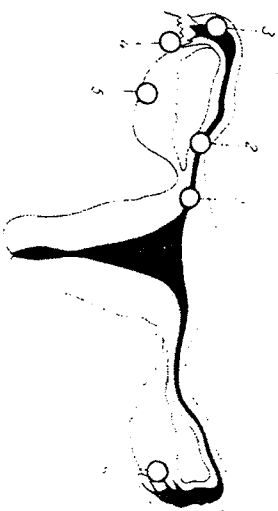


Fig. 8.2. Sediul posibil al sarcinii extraterine: 1. interstifială; 2. istmică; 3. ampulară; 4. în pavilion; 5. ovariană; 6. tubo-ovariană; 7. abdominală

Abdominală. Poate fi primitivă — oul se greșează de la început în cavitatea peritoneală; secundară — după expulzarea lui din trompă cu reimplantarea în peritoneu.

SUBIECTUL Nr. 9

109

<p>18.01.03* deșeurii ale căror colectare și eliminare fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor</p>	<p>Deșeurile infecțioase, respectiv deșeurile care conțin sau au venit în contact cu sânge ori cu alte fluide biologice, precum și cu virusuri, bacterii, paraziți și/sau toxinele microorganismelor, perfuzoare cu tubulatură, recipiente care au conținut sânge sau alte fluide biologice, câmpuri operatorii, mănuși, sonde și alte materiale de unică folosință, comprese, pansamente și alte materiale contaminate, membrane de dializă, pungi de material plastic pentru colectarea urinei, materiale de laborator folosite, scutece care provin de la pacienți internați în unități sanitare cu specific de boli infecțioase sau în secții de boli infecțioase ale unităților sanitare, cadavre de animale rezultate în urma activităților de cercetare și experimentare etc.</p>
---	--

SUBIECTUL Nr. 10

100

Final	<p>Dezinfecția chirurgicală a mâinilor prin frecare cu soluții hidroalcoolice*)</p> <p>*) Aplicarea alcoolului se va face pe mâna uscată.</p> <p>sau</p> <p>Dezinfecția chirurgicală a mâinilor prin spălare cu apă și săpun chirurgical (pe bază de povidoniodine sau clorhexidină), urmată de clătire cu apă filtrată și ștergere cu prosop steril</p>	<p>- înainte de orice intervenție chirurgicală; - înainte tuturor manevrelor care necesită o asepsie de tip chirurgical (minim invazive)</p>
-------	--	--