

## **BAREM EXAMEN OCUPARE POST MEDIC SPECIALIST – CHIRURGIE GENERALA, 09.09.2019**

### **1. ORIFICIILE DIAFRAGMATICE : ENUMERARE SI RAPORTURI (10p)**

- Hiatul esofagian (0.5 p)
- Este situate intre fibrele stalpului drept (0.5 p)
- Prin el trec esofagul (0.5 p) si ramurile esofagiene ale vaselor gastrice stangi (0.5 p)
- Hiatul aortic (0.5 p)
- Asezat postero-inferior fata de hiatul esofagian (0.5 p)
- Este delimitat intre coloana vertebrală (0.5 p), cei doi stalpi ai portiunii lombare (0.5 p) si ligamentul arcuate median (0.5 p)
- Prin el trec artera aorta (0.5 p) si ductul thoracic (0.5 p)
- Orificiul venei cave (0.5 p)
- Situat in centrul tendinos (0.5 p)
- Prin el trece vena cava (0.5 p)
- In afara de aceste orificii mari printre fibrele musculare ale diafragmei mai trec o serie de elemente vasculo-nervoase (0.5 p), trunchiul simpaticului (0.5 p), nervii splahnici (0.5 p), vene lombare ascendente (0.5 p) pentru a devein venele azygos (0.5 p) si respectiv hemiazygos (0.5 p)

### **2. CANALUL INGHINAL : PERETI SI CONTINUT (10p)**

- Are directia oblica (0.25 p), de sus in jos (0.25 p) si din afara inauntru (0.25 p), deasupra arcadei inghinal (0.25 p);
- Are un orificiu intern (1 p), un orificiu extern (1 p) si patru pereti (1 p): anterior, posterior, superior si inferior (1 p);
- Are un continut format din cordonul spermatic la barbat (0.5 p) alcătuit din canalul deferent, vasele aferente si eferente ale testicului (0.5 p) si ligamentul rotund la femeie (0.5 p);
- Orificiul extern este superficial (1 p) si este situat in aponevroza oblicului mare (0.5 p), deasupra spinei pubelui (0.5 p); prin acest orificiu cordonul spermatic se exteriorizeaza din canalul inghinal si coboara in bursa scrotala (0.5 p);
- Orificiul intern este tapetat de peritoneul parietal abdominal (0.75 p) si corespunde fosetei inghinal externe (0.25 p);

### **3. STRUCTURA PERINEULUI ANTERIOR (10p)**

- **Perineul anterior**
  - Pielea si stratul celular subcutanat (0.25 p)
  - Fascia perineala superficiala (0.25 p)
  - Loja peniana sau spatial superficial al perineului (0.25 p)
  - Diafragma urogenitala (0.25 p)
  - Prelungirile anterioare ale foselor ischio-rectale (0.25 p)
  - Diafragma pelvina (0.25 p)
- **Muschii perineului anterior barbat** (0.25 p)
  - Muschiul ischio-cavernos (0.5 p) inveleste radacina corpului cavernos (0.25 p), isi are originea pe fata medial a tuberozitatii ischiadice si a ramurii ischiopubiene (0.25 p).
  - Muschiul bulbospongios (0.5 p) -Este un muschi pereche (0.15 p) care inveleste ca o jumataate de cilindru bulbul penisului (0.15 p), isi are originea pe centrul tendinos al perineului (0.15 p) si pe rafeul median de pe fata inferioara a bulbului penisului (0.15 p). Se imparte in 3 grupe de fibre (0.25 p) : cele posterioare , cele mijlocii si cele anterioare (0.25 p)

- Muschiul transvers superficial (0.5 p) – pleaca de pe fata mediala a tuberozitatii ischiadice (0.15 p)
- Muschiul transvers profund al perineului (0.5 p) – este un muschi pereche , se insera pe fata mediala a ramurii ischio-pubiene (0.25 p). Face parte din diafragma urogenitala (0.25 p).
- Muschiul sfincter al uretrei (0.5 p) – I se descriu 2 portiuni (0.25 p) , o portiune membranoasa si o portiune prostatica (0.25 p)
- **Muschii perineului anterior la femeie** (0.25 p)
  - Muschiul ischiocavernos (0.5 p)
  - Muschiul bulbospongios (0.5 p) – este un muschi pereche care inconjura orificiul vaginalului si uretra (0.25 p)
  - Muschiul transvers superficial (0.5 p)
  - Muschiul transvers profund (0.5 p)
  - Muschiul sphincter al uretrei (0.5 p)

#### 4. DIAGNOSTICUL PARACLINIC IN CANCERUL ESOFAGIAN (10p)

- **Explorarea radiologica :**
  - 1. radiografiile toraco-pulmonare** (0.25 p) depisteaza : invazia hilurilor pulmonare (0.25 p) , compresia sau devierea traheei (0.25 p) , complicatiile pulmonare (0.25 p) , metastazele pulmonare (0.25 p), osoase (0.25 p) , pleurezia (0.25 p) sau pericardita maligna (0.25 p); coexistenta cu alte patologii pulmonare (0.25 p) sau cardiace (0.25 p);
  - 2. Esofagograma** (0.25 p) ofera informatii despre localizarea si intinderea leziunii (0.25 p), gradul stenozei (0.25 p) si prezenta fistulei eso-traheo-bronsice (0.25 p).
  - 3. Tomografia computerizata** (0.25 p) este cea mai uzuala tehnica pentru stadializare (0.25 p); predictia pentru stadiile T2-T3 este limitata (0.25 p) ; apreciaza invazia esofagiana in majoritatea cazurilor (0.25 p); acuratetea in diagnosticul adenopatiei mediastinale este inferioara ecografiei endoscopice (0.25 p); este o metoda buna pentru evaluarea metastazelor sistemice (0.25 p);
  - 4. Rezonanta magnetica nucleara** (0.25 p) nu aduce beneficiu suplimentar CT in aprecierea invaziei aortei sau ganglionilor mediastinali (0.25 p) si stabilirea rezecabilitatii (0.25 p) ;
  - 5. Scintigrafia osoasa** (0.25 p);
- **Explorarea endoscopica** (0.25 p); este folosita pentru evaluarea finala inaintea rezectiei esofagiene (0.25 p); permite o buna vizualizare si recoltare bioptica (0.25 p) ; are limite in detectarea leziunilor minime ale mucoasei (0.25 p);
- **Explorarea ecografica** (0.25 p) : **ecografia de suprafata** (0.25 p) apreciaza insamantarea parenchimului hepatic (0.25 p) si metastazele limfatice abdominale (0.25 p); **ecografia endoscopică** (0.25 p) este utila pentru stabilirea stadialitatii (0.25 p) ;
- **Bronhoscopya** (0.25 p) ; este indicata la tumori mediotoracice (0.25 p) pentru excluderea invaziei traheale (0.25 p) si bronsice stangi (0.25 p) sau confirmarea fistulei eso-traheo-bronsice (0.25 p);
- **Explorarea miniinvaziva** (0.25 p)

#### 5. COMPLICATIILE HERNIILOR PERETELUI ABDOMINAL ANTERO-LATERAL (10p)

- Strangularea (1p) : cea mai grava complicatie a unei hernii (0.4p); hernia este ireductibila (0.4 p) visceral, hernia este ischemianta (0.4p); cel mai frecvent se stranguleaza herniile femurale (0.4p) ;
- Incarcerarea (1 p) : hernia este ireductibila dar cu vascularizatia organului hernia este pastrata (0.4 p);
- Peritonitele herniare (1 p) : sunt consecinta unui traumatism al herniei cu lezarea intestinului continut in sac (0.4 p) , fie a perforarii intestinului hernia printr-un corp strain migrat in tubul digestiv (0.4 p) ; mai pot fi secundare inflamatie unui organ herniat (0.4 p);
- Epiploita herniara (1 p): inflamatia unui epiploon voluminos (0.4 p)
- Tuberculoza herniara (1 p);
- Tumorile herniare (1 p) care pot fi tumori benigne sau maligne ale peretilor herniei sau ale organelor herniate (0.4 p);

## **6. TRATAMENTUL LITIAZEI BILIARE A CBP NECOMPLICATE (10p)**

- Se imparte in tratamentul litiazei CBP diagnosticata preoperator (0.5 p) si pentru litiaza de CBP descoperita intraoperator prin colangiografie sau ultrasonografie laparoscopica (0.5 p);
- Tratamenul litiazei de CBP diagnosticata preoperator este secvential , se executa in 2 etape (0.5 p) : extragerea calculilor coledocieni dupa practicarea sfincterotomiei endoscopice (0.5 p) , iar dupa 24-72 de ore (0.5 p) se practica colecistectomia laparoscopica (0.5 p).
- Pentru calculi CBP descoperiti intraoperator exista 2 posibilitati de rezolvare : extragerea pe cale transnistrica (0.75 p) sau prin coledocotomie (0.75 p)
- Conditiile pentru extragerea transnistrica : calculi coledocieni mici (0.25p) situati sub jonctiunea cistica-hepatica (0.25p), sa fie in numar de cel mult 4 (0.25p) ; ductul cistic sa fie dilatat (0.25p)
- Conditiile pentru extragerea calculilor prin coledocotomie : calculi coledocieni cu diametru ce depaseste diametrul canalului cistic (0.5 p); calculi coledocieni numerosi sau localizati deasupra jonctiunii cistica-hepatice (0.5 p) ; daca ductul cistic este ingustat (0.5 p); coledocul sa aiba un diametru de cel putin 7 mm (0.5 p) iar ligamentul hepato-duodenal sa nu fie afectat de procesul inflamator (0.5 p)
- Dupa extragerea calculilor , interventia chirurgicala se poate incheia : printr-un drenaj biliar extern cu un tub Kehr (1 p) sau mai rar , un drenaj trascistic (0.5 p); in cazul unui coledoc dilatat peste 15 mm se va prefera o anastomoza coledoco-duodenala (0.5 p).

## **7. SEMNE IRITATIVE SI OBSTRUCTIVE IN ADENOMUL DE PROSTATE (10p)**

- **Semne iritative :**
  - polakiuria nocturna (1 p) ,
  - polakiuria diurnal (1 p),
  - imperiozitatea mictionala (1 p),
  - disconfortul mictional (1 p) reprezentat de durere si arsura (1 p);
- **Semne obstructive :**
  - disurie initiala (1 p) ,
  - mictiune in doi timpi (1 p),
  - disurie finala (1 p),
  - scaderea calibrului si fortel jetului urinar (1 p),
  - senzatia de evacuare vezicala incompleta (1 p).

## **8. TIMPII OPERATORII AI APENDICECTOMIEI CLASICE (10p)**

- Deschiderea abdomenului cu incizie tip Mc Burney (1 p) ;
- Protejarea buzelor plagi parietale (1 p);
- Cautarea apendicelui (1 p);
- Exteriorizarea apendicelui (1 p);
- Legarea si sectionarea mezoappendicelui (1 p);
- Legarea apendicelui (1 p) ;
- Confectionarea bursei pentru infundarea bontului appendicular (1 p);
- Sectionarea apendicelui si infundarea bontului appendicular (1 p);
- Reintegrarea cecului in abdomen (1 p) ;
- Inchiderea abdomenului in straturi anatomici (1 p).

## **9. INDICATIILE OPERATIEI HARTMANN (10p)**

- Starea generala a bolnavului (3.5 p)
- Starea locala creata de leziune (3.5 p)
- Conditiile anatomici ale colonului (3 p)

## **10. TEHNICI CU MATERIAL ALLOPLASTIC PENTRU CURA CHIRURGICALA A**

### **EVENTRATIILOR (10p)**

- **Tehnica cu plasa de intarire (1 p) :**
  - se face o incizie cutanata eliptica cu excizia vechii cicatrci (0.5 p)
  - se trateaza sacul de eventratie , se reintegreaza viscerele si se rezeca sacul (0.75 p)
  - se pregeateste marginea musculo-aponevrotica prin decolarea tesutului grsos pe intreg conturul bresei , pe o latime de 2-3 cm (0.75 p);
  - se croieste o fasie de plasa care sa depaseasca marginile aponevrotice cu 2-3 cm in toate sensurile (0.5 p)
  - se aseaza plasa intraperitoneal si se fixeaza cu fire transixante prin perete la 2-3 cm de margine la interval de 1-1,5 cm (0.5 p);
  - se sutureaza deasupra plasei marginile musculoaponevrotice (0.5 p);
  - se face sutura tesutului cellular subcutanat si a tegumentelor (0.5 p) ;
  - drenaj aspirativ pentru 48 de ore (0.5 p);
- **Tehnica cu plasa de substitutie (1 p)**
  - Din sacul de eventratie , care nu se rezeca in totalitate, se pastreaza doua lambouri , cu care se separa plasa de tesutul subcutanat (0.75 p);
  - Se decoleaza tesutul grasos de pe aponevroza sanatoasa pe 2-3 cm (0.75 p);
  - Se fixeaza intraparietal plasa a carei margini sunt prinse prin fire trecute transfixiant prin perete (0.5 p);
  - Se sutureaza peste plasa lambourile rezultate din sacul de eventratie (0.25 p)
  - Se sutureaza planurile superficiale (0.25 p)
  - Variante: plasa asezata in spatial preperitoneal (1 p).

**TOTAL PUNCTAJ – 100 puncte**