

CZU 616.8(079)

G26

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF *Nicolae Testemițanu*,
proces-verbal nr. 2 din 15 februarie 2007

Autor: *Mihail Gavriiliuc*, dr. hab. med., conferențiar universitar

Redactor: *Sofia Fleștor*

Machetare computerizată: *Veronica Istrati, Natalia Dorogan*

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Gavriiliuc, M.

Teste de autoevaluare și autocontrol la neurologie și neurochirurgie / M. Gavriiliuc; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova, Inst. de Neurologie și Neurochirurgie. – Ch.: CEP "Medicina", 2008 – 432 p.

100 ex.

ISBN 978-9975-915-40-3

616.8(079)

INTRODUCERE

Lucrarea a fost elaborată în corespundere cu cerințele actuale privind procesul de instruire și perfecționare a studenților, rezidenților și medicilor practicieni în domeniul neurologiei și neurochirurgiei.

Studiul individual, cel din auditoriu și de la patul bolnavului, sub conducerea unui dascăl experimentat, necesită o verificare permanentă a cunoștințelor obținute. Pe de o parte, testarea permite fiecărui cititor să se documenteze despre lacunele pe care le are la fiecare temă, pe de altă parte, îi oferă pedagogului posibilitatea de a aprecia obiectiv cunoștințele celui instruit.

La alcătuirea testelor am insistat asupra următoarelor exigențe unificate:

1) să fie adecvate; 2) să fie simple; 3) să fie concordante cu materialul din manual.

Lucrarea cuprinde patru tipuri de teste:

- complement simplu (din cinci răspunsuri doar unul este corect);
- complement multiplu (din cinci răspunsuri sunt corecte două, trei sau patru);
- asociere simplă (afirmațiile notate cu litere trebuie asociate cu afirmațiile notate cu cifre);
- relație cauză–efect, răspunsurile cărora se vor nota cu:
 - A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație de tip cauză–efect între ele;
 - B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație de tip cauză–efect între ele;
 - C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
 - D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
 - E – dacă ambele afirmații sunt false.

Ultimul capitol se numește „Cazuri clinice” și conține 120 de probleme de sinteză, a căror construcție ierarhică presupune stabilirea diagnosticului clinic, de localizare a maladiei și indicarea măsurilor principale de diagnostic și tratament, pe parcurs menținându-se vigilența continuă în simptomatologia neurologică.

Răspunsurile corecte la teste și întrebările din cazurile clinice se află în capitolele și paginile concrete ale manualului “Neurologie și neurochirurgie” (D. Gherman, I. Moldovanu, Gr. Zapuhlăh; Chișinău, 2003). Autorii, în calitate de experți, au contribuit esențial la formularea și revizuirea întrebărilor, fapt pentru care le aduc sincere mulțumiri și le sunt recunoscător.

Sperăm că această lucrare va fi un instrument util în procesul de cunoaștere, examinare, orientare și actualizare a cunoștințelor în patologia sistemului nervos. În același timp, nu ne facem iluzia că ea nu are neajunsuri. De aceea, vom ține cont de toate observațiile și sugestiile cititorului.

1. PRINCIPII FUNCȚIONALE DE ORGANIZARE A SISTEMULUI NERVOS

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Sunt numite aferențe semnalele care:
 - A. Pornesc de la SNC spre periferie.
 - B. Ajung la SNC.
 - C. Efectuează mișcarea.
 - D. Realizează secreția glandulară.
 - E. Nici un răspuns nu este corect.
2. Toate celulele corpului uman sunt capabile de reproducere, cu excepția:
 - A. Eritrocitelor.
 - B. Limfocitelor.
 - C. Celulelor nervoase.
 - D. Hepatocitelor.
 - E. Trombocitelor.
3. Teaca de mielină a axonului contribuie la:
 - A. Creșterea vitezei de conducere a impulsurilor de-a lungul axonului.
 - B. Menținerea integrității axonului.
 - C. Menținerea transportului axonal anterograd.
 - D. Eliberarea neurotransmițătorilor.
 - E. Menținerea transportului axonal retrograd.
4. Fibrele nervoase care au toate învelișurile, adică teaca de mielină, teaca Schwann, se găsesc în:
 - A. Substanța cenușie.
 - B. Sistemul nervos vegetativ simpatic.
 - C. Substanța albă din sistemul nervos central.
 - D. Nervul optic.
 - E. Structura nervilor periferici.
5. Mielina este:
 - A. O masă semifluidă, în continuă scurgere de la celulă spre periferie.
 - B. Un fascicul de neurofibrile.
 - C. Un complex axonal proteic ce conține tubulină.
 - D. Un fosfoaminolipoid.
 - E. O membrană cu o compoziție trilamelară: două straturi monomoleculare de proteină și un strat bimolecular cu lipide, situat între ele.
6. Neuroblastul este:
 - A. Celula care realizează legăturile dintre neuroni.
 - B. Unitatea genetică din care derivă neuronul.
 - C. O unitate funcțională cu capacitatea de propagare a influxului nervos.
 - D. O unitate trofică, care, în caz de lezare axonală, induce o serie de modificări biologice în corpul neuronului și în prelungirea lui axonală.
 - E. O unitate patologică, independentă de celelalte celule nervoase.

7. Indicați definiția corectă a sinapsei:
- A. Joncțiunea dintre terminațiile axonale și alți neuroni, celule musculare, celule glandulare.
 - B. Locul unde teaca Schwann vine în contact direct cu neuritul.
 - C. Un fascicul de fibre nervoase, separate între ele prin țesut conjunctiv interstițial.
 - D. O teacă conjunctivă care înconjoară nervul periferic.
 - E. Nici un răspuns nu este corect.
8. Elementul-cheie al structurii moleculare, care participă la decodarea mesajului sinaptic, este constituit din:
- A. Endonerv.
 - B. Epinerv.
 - C. Axolemă.
 - D. Receptori.
 - E. Unitate neurală.
9. O caracteristică fiziologică importantă a sinapsei este polarizarea, ceea ce înseamnă că:
- A. Are capacitatea funcțională de propagare a impulsului electric.
 - B. Fenomenele bioelectrice se produc numai în sinapsa respectivă și nu se transmit altor sinapse.
 - C. Primind impulsul electric, membrana postsinaptică își schimbă potențialul electric.
 - D. Participă la traducerea spre fața internă a membranei celulare a informațiilor primite.
 - E. Impulsul este direcționat întotdeauna de la axon spre următorul neuron din circuit sau spre mușchii și glandele deservite de axon.
10. Cele mai numeroase celule la nivelul sistemului nervos central sunt:
- A. Oligodendrocitele.
 - B. Astrocitele.
 - C. Neuronii.
 - D. Celulele Schwann.
 - E. Celulele alfa.
11. Cel mai important factor neurotrof este:
- A. Factorul postsinaptic excitator.
 - B. Factorul postsinaptic inhibitor.
 - C. Factorul de creștere nervoasă.
 - D. Factorul de regenerare axonală.
 - E. Factorul de transport axonal.
12. Alegeți descrierea corectă a celulelor capsulare:
- A. Sunt elemente gliale ce înconjoară corpii neuronali la nivelul ganglionilor senzoriali și autonomi.
 - B. Reprezintă corespondentul oligodendrocitelor la nivelul sistemului nervos periferic (SNP).
 - C. Sunt celule gliale mici, cu un număr mic de procese.
 - D. Reprezintă unitatea funcțională de bază a sistemului nervos.
 - E. Sunt fagocite, ce iau naștere din macrofage și înglobează resturile rezultate din lezarea, infecțiile sau bolile SNC.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Indicați structurile care formează sistemul nervos central:
 - A. Creierul.
 - B. Măduva spinării.
 - C. Nervii cranieni.
 - D. Nervii spinali.
 - E. Nervii autonomi și ganglionii acestora.
2. Repartizarea spațială a neuronilor sistemului nervos formează următoarele tipuri de circuite:
 - A. Funcțional.
 - B. Muscular.
 - C. Reflex.
 - D. De releu.
 - E. Conductiv.
3. Funcția de recepție senzitivo-senzorială a sistemului nervos este compusă din următoarele structuri:
 - A. Un receptor specific dispus periferic.
 - B. Un neuron senzitiv așezat în afara sistemului nervos central.
 - C. Analizator cortical.
 - D. Postură (tonus).
 - E. Mișcare.
4. Indicați proprietățile și funcțiile neuronului:
 - A. Reprezintă unitatea funcțională secundară a sistemului nervos.
 - B. Exerciță recepția, prelucrarea primară și transmiterea informației în sistemul nervos.
 - C. Îndeplinește funcția de conexiune între periferie (receptori sau sinapse) și creier.
 - D. Îndeplinește funcția de conexiune între creier și mușchi.
 - E. Îndeplinește funcția de conexiune între creier și glandele secretoare.
5. Din punct de vedere morfologic, neuronii se clasifică în:
 - A. Dendritici.
 - B. Axonali.
 - C. Unipolari.
 - D. Bipolari.
 - E. Multipolari.
6. Ramon Y Cajal arată că structura microscopică care alcătuiește sistemul nervos are următoarele proprietăți fundamentale (teoria neuronală):
 - A. Fiecare celulă este o unitate independentă, din punct de vedere morfologic; legăturile dintre neuroni se realizează prin contact – sinapsă.
 - B. Fiecare neuron este o unitate genetică derivată dintr-o singură celulă – neuroblastul.
 - C. Neuronul este o unitate funcțională cu capacitatea de propagare a influxului nervos.
 - D. Neuronul nu poate fi o unitate trofică.
 - E. Neuronul este o unitate patologică.

7. Legătura dintre complexul receptor și molecula activă este:
- A. Saturabilă.
 - B. Stereospecifică.
 - C. Ireversibilă.
 - D. Reversibilă.
 - E. Ionică.
8. Neuromediatorii pot cuprinde:
- A. Electrocul celular propriu-zis (de obicei, o enzimă).
 - B. Kinazele membranare, cu fosforilarea proteinelor.
 - C. Canalele ionice.
 - D. Filamentul axial.
 - E. Microtubulii.
9. Glia exercită următoarele funcții:
- A. De izolare a fibrei nervoase față de stimulii conduși de fibrele vecine.
 - B. De susținere.
 - C. Metabolică.
 - D. Trofică.
 - E. De multiplicare neuronală.
10. Există următoarele tipuri de celule de susținere:
- A. Ranvier.
 - B. Remack.
 - C. Ependimale.
 - D. Microgliale.
 - E. Macrogliale.
11. Macroglia este compusă din:
- A. Astrocite.
 - B. Oligodendrocite.
 - C. Celule Schwann.
 - D. Celule Purkinje.
 - E. Celule capsulare.
12. Astrocitele au un rol important în:
- A. Formarea și menținerea mielinei la nivelul sistemului nervos central.
 - B. Regenerarea axonilor distruși prin ischemie, traumatism, iradiere.
 - C. Producerea factorilor neurotrofici necesari supraviețuirii neuronale.
 - D. Menținerea echilibrului electrolitic în sistemul nervos central.
 - E. Menținerea echilibrului neurotransmițătorilor din fanta sinaptică.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

- Asociați cifrele cu literele:
 - a. Axonul.
 - 1. Este singurul proces al neuronului unipolar.
 - 2. Este scurtă.
 - 3. Transportă impulsul către corpul celular.
 - 4. Poate regenera.
 - 5. Variază în lungime – de la microni până la metri.
 - 6. Poate fi mielinizat sau nemielinizat.
 - b. Dendrita.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

Atunci când depolarizarea neuronului atinge un anumit nivel critic, are loc o „penetrare” electrică a membranei și începe un proces electrochimic de răspândire a excitației în fibra nervoasă – potențial de acțiune.

RĂSPUNSURI

I.

1. B, p. 6.
2. C, p. 6.
3. A, p. 7.
4. E, p. 8.
5. D, p. 8.
6. B, p. 9.
7. A, p. 9.
8. D, p. 9.
9. E, p. 9.
10. B, p. 10.
11. C, p. 11.
12. A, p. 11.

II.

1. A, B, p. 6.
2. C, D, p. 6.
3. A, B, C, p. 6.
4. B, C, D, E, p. 6.
5. C, D, E, p. 7.
6. A, B, C, E, p. 9.
7. A, B, D, p. 9.
8. A, B, C, p. 9.
9. B, C, D, p. 10.
10. C, D, E, p. 10.
11. A, B, C, E, p. 10.
12. C, D, E, p. 11.

III.

- a. 1, 4, 5, 6.
- b. 2, 3, p. 7.

IV.

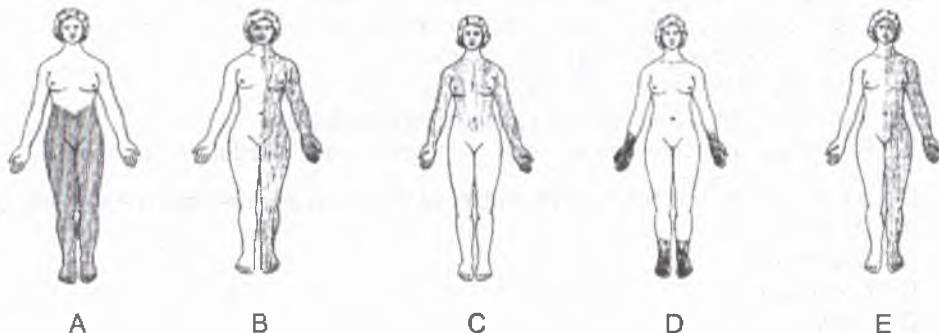
- A, p.10.

2. SENSIBILITATEA

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Corpii neuronilor primari ai sensibilității sunt situați:
 - A. La baza cornului posterior al măduvei spinării.
 - B. În ganglionii spinali.
 - C. În nervul spinal.
 - D. În plexul regional.
 - E. În trunchiul nervului periferic.
2. Dermatomul reprezintă:
 - A. Un reflex segmentar al măduvei spinării.
 - B. Zona inervației cutanate a unui ganglion intervertebral.
 - C. Zona inervației unui sector de mușchi corespunzătoare unui ganglion intervertebral.
 - D. Senzațiile care provin de la excitarea receptorilor externi.
 - E. O coloană de celule nervoase de-a lungul măduvei spinării.
3. Indicați destinația finală a tractului spino-talamic:
 - A. Nucleii ventro-laterali ai talamusului.
 - B. Puntea Varolio.
 - C. Lemniscul medial.
 - D. Brațul posterior al capsulei interne.
 - E. Corona radiata.
4. Tractul talamo-cortical ajunge la:
 - A. Circumvoluțiunea precentrală a lobului cerebral frontal.
 - B. Complexul limbico-reticular.
 - C. Circumvoluțiunea postcentrală a lobului parietal.
 - D. Fața orbito-bazală a lobului frontal.
 - E. Lobul lingual al lobului cerebral occipital.
5. Paresteziile sunt:
 - A. O senzație ce se definește prin ea însăși și apare spontan, atunci când există un factor iritant pe zonele de recepție sau pe teritoriul căii sensibile la durere.
 - B. O senzație descrisă de pacienți ca arsură, înțepătură, junghi, senzație de presiune, torsiune etc.
 - C. Senzații subiective anormale, pe care bolnavul le descrie drept furnicăături, amorțeli, înțepături, senzații de cârcel, de constricție, de căldură sau răceală etc.
 - D. Dureri penibile spontane, sâcâitoare, apariția lor fiind provocată de inițierea mișcărilor propriu-zise ori de palpările executate de medic în timpul examenului clinic.
 - E. O senzație subiectivă cu caractere foarte diferite ca durată, intensitate, topografie, iradiere, timp de apariție etc.
6. Alegeți afirmația corectă referitoare la hiperestezie:
 - A. Bolnavul simte iritarea mult mai intens decât este într-adevăr.

- B. Lipsa sensibilității.
 - C. Au loc denaturarea percepției, modificarea pragului de recepție.
 - D. Perceperea senzațiilor de căldură de către bolnav are loc printr-o senzație de rece, și invers.
 - E. Au loc micșorarea pragului de recepție, diminuarea sensibilității.
7. Selectați descrierea corectă a poliesteziei:
- A. O singură excitație algică înglobează mai multe senzații-excitații.
 - B. Senzații anormale percepute de bolnav sub formă de amorțeli, înțepături, furnicături etc.
 - C. Durere cu caracter special, spontan, însoțită de hiperpatie; ea crește la orice excitație în jumătatea corpului opusă leziunii.
 - D. Dureri în mână sau în piciorul amputat, ce apar în legătură cu excitația talamusului optic.
 - E. Dureri difuze vegetative cu cauze necunoscute.
8. Cel mai des, cauzalgia apare în:
- A. Polinevrită.
 - B. Consecința unui proces patologic cunoscut.
 - C. Leziunea nervului periferic, cauzată de factori necunoscuți.
 - D. Leziunile traumatice ale nervilor periferici.
 - E. Leziunile scoarței parietale.
9. Indicați procesul patologic care provoacă cel mai des sindromul senzitiv de hemisecțiune medulară (sindromul Brown-Sequard):
- A. Scleroza în plăci.
 - B. Mielitele.
 - C. Traumatismele vertebro-medulare.
 - D. Tumorile intramedulare.
 - E. Tumorile extramedulare.
10. Care figură reprezintă tipul altern de dereglare a sensibilității?



II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Indicați tipurile de sensibilitate superficială (exteroreceptivă):
- A. Doloră.
 - B. Termică.
 - C. Tactilă.

- D. Vibratorie.
 - E. De poziție și mișcare a membrelor.
2. Se referă la sensibilitatea profundă simțul:
- A. Mioartrokinetic.
 - B. Presional.
 - C. Vibrator.
 - D. Kinestetic.
 - E. De localizare.
3. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la calea sensibilității superficiale:
- A. Trei neuroni transmit impulsurile tactile, termice și algice către capsula internă, unde sunt percepute senzațiile.
 - B. Neuronii primari sunt situați în ganglionii spinali.
 - C. Axonii primilor neuroni pătrund în măduva spinării prin rădăcinile posterioare.
 - D. Celulele neuronilor de gradul doi se află la baza cornului posterior al măduvei spinării.
 - E. Axonul neuronului doi trece prin comisura anterioară, pe partea opusă, în cordoanul lateral.
4. Indicați proprietățile căii sensibilității profunde:
- A. Primul neuron este reprezentat de celulele pseudounipolare ale ganglionilor intervertebrali.
 - B. Dendritele pornesc la periferie spre receptorii spiralați ai tendoanelor.
 - C. Axonii neuronilor de gradul întâi, prin radiculele posterioare, intră în cordoanele posterioare ale măduvei spinării de aceeași parte a ei și se ridică în sus, în componența fasciculelor Goll și Burdach, până la bulbul rahidian.
 - D. Neuronii de gradul doi sunt localizați în coarnele medulare posterioare.
 - E. Axonii neuronilor de gradul doi trec pe partea opusă, se ridică mai sus, la nivelul punții, și se asociază cu fibrele sensibilității superficiale, ajungând ulterior la talamus și la cortexul parietal.
5. Localizarea tulburărilor de sensibilitate depinde de:
- A. Distribuția topografică a teritoriilor nervilor periferici.
 - B. Distribuția topografică a dermatoamelor.
 - C. Particularitățile încrucișării căilor sensibilității.
 - D. Vascularizația lobului parietal al scoarței cerebrale.
 - E. Repartiția diverselor forme de sensibilitate la nivel medular și cortical.
6. Din punct de vedere topografic, deosebim câteva tipuri de dereglare a sensibilității:
- A. Periferic.
 - B. Segmentar.
 - C. Conductor.
 - D. Isteric.
 - E. Astenic.
7. Indicați subtipurile dereglării segmentare a sensibilității:
- A. Polinevritic.
 - B. Ganglionar.
 - C. Radicular.
 - D. Siringomielic.
 - E. Comisural.

8. Indicați afirmațiile corecte referitoare la dereglarea isterică a sensibilității:
 - A. Ocupă un loc aparte printre celelalte tipuri de dereglare a sensibilității.
 - B. Se întâlnește la bolnavii afectați de isterie.
 - C. Se caracterizează, mai des, prin dereglări de sensibilitate (hemianestezie – strict pe linia medie; polinevritic – pe linia strictă de demarcare).
 - D. Teritoriul anestezic are o limită netă.
 - E. Cointereasează rădăcinile unui plex.
9. Selectați tulburările vegetativ-trofice asociative care apar în durerea cauzalgică:
 - A. Transpirații.
 - B. Ungheil curbate (bombate).
 - C. Degete îngroșate.
 - D. Piele lucioasă, roșie.
 - E. Piele subțiată.
10. Dereglările sensibilității de tip conductiv însoțesc, de obicei:
 - A. Boala Friedreich.
 - B. Monopareza membrului superior.
 - C. Monopareza membrului inferior.
 - D. O paraplegie.
 - E. O tetraplegie.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați literele cu cifrele:

a. Sensibilitatea superficială-exteroreceptivă. b. Sensibilitatea profundă. c. Sensibilitatea complexă.	1. Mioartrokinetică. 2. De durere. 3. Termică. 4. Stereognozia. 5. Schema corporală. 6. Tactilă. 7. Simțul greutateii. 8. Presiunea. 9. Vibrația.
---	---
2. Repartizați subtipurile în funcție de tipurile principale de dereglare a sensibilității:

Tipul: a. Periferic. b. Segmentar. c. Conductor.	Subtipul: 1. Brown-Sequard. 2. Mononevritic. 3. Multinevritic. 4. Ganglionar. 5. Radicular. 6. Tabet. 7. Altern. 8. Polinevritic. 9. Siringomielic. 10. Comisural. 11. Plexal. 12. Cortical.
--	---

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

Topografia tulburărilor de sensibilitate este determinată de sediul leziunii și are o valoare de localizare a procesului patologic.

RĂSPUNSURI

I.

1. B, p. 12.
2. B, p. 12.
3. A, p. 12.
4. C, p. 13.
5. C, p. 15.
6. A, p. 15.
7. A, p. 16.
8. D, p. 18.
9. E, p. 20.
10. B, p. 20.

II.

1. A, B, C, p.12
2. A, B, C, D, p.12.
3. B, C, D, E, p.12.
4. A, B, C, E, p.14.
5. A, B, C, E, p.15.
6. A, B, C, D, p.17.
7. B, C, D, E, p. 17.
8. A, B, C, D, p. 17–18.
9. A, B, D, E, p.19.
10. D, E, p. 20.

III.

1.
 - a. 2, 3, 6.
 - b. 1, 7, 8, 9, p. 16–17.
 - c. 4, 5.
- 2
 - a. 2, 3, 8, 11.
 - b. 4, 5, 9, 10.
 - c. 1, 6, 7, 12. p. 17.

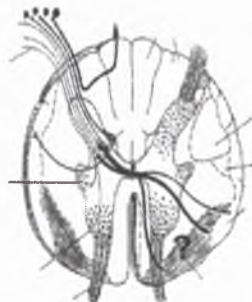
IV.

- A, p.17.

3. DUREREA

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicați fenomenul considerat cel mai precoce simptom natural al unei maladii:
 - A. Durerea.
 - B. Parestezia.
 - C. Hiperpatia.
 - D. Cefaleea.
 - E. Astenia.
2. Indicați fenomenul care este cel mai comun simptom în medicină:
 - A. Hipertermia.
 - B. Durerea.
 - C. Frisoanele.
 - D. Vertijul.
 - E. Slăbiciunea generală.
3. Indicați fenomenul clinic care servește drept semnal de alarmă, informându-l pe subiect de existența sau pericolul unei eventuale leziuni tisulare deteriorante:
 - A. Durerea.
 - B. Senzația.
 - C. Excitația.
 - D. Simțul.
 - E. Sensibilitatea.
4. Primul neuron de transmitere a durerii se află în:
 - A. Terminațiile senzitive ale nervilor periferici.
 - B. Discul intervertebral.
 - C. Ganglionul spinal.
 - D. Coarnele medulare posterioare.
 - E. Coarnele medulare anterioare.
5. Cercetările citoarhitectonice ale lui Rexed (1954) au constatat că neuronii din coarnele medulare posterioare sunt aranjați în:
 - A. Două straturi.
 - B. Trei straturi.
 - C. Patru straturi.
 - D. Cinci straturi.
 - E. Șase straturi.
6. Indicați denumirea structurii notate cu semnul întrebării:
 - A. Zona terminală Lissauer.
 - B. Tractul cortico-spinal lateral.
 - C. Tractul rubro-spinal dorsal.
 - D. Tractul spino-cerebral ventral.
 - E. Tractul spino-talamic.



7. Majoritatea fibrelor neuronului II, care asigură transmiterea durerii, se proiectează în cadrul măduvei spinării:
 - A. Controlateral, spre nivelele superioare.
 - B. Spre coloanele Goli și Burdach.
 - C. În coloana intermedio-laterală.
 - D. În tractul rubro-spinal.
 - E. În tractul cortico-spinal ventral.
8. Indicați procesul patologic care, eventual, poate condiționa apariția sindromului talamic Dejerine-Roussy:
 - A. Ictusul ischemic în sistemul arterei cerebrale medii.
 - B. Contuzia de trunchi cerebral.
 - C. Tumora de fosă craniană posterioară.
 - D. Infarctul în regiunea talamică.
 - E. Procesul demielinizant cerebro-spinal.
9. Neuronul III nociceptiv se proiectează pe:
 - A. Talamusul optic.
 - B. Nucleul caudat.
 - C. Brațul posterior al capsulei interne.
 - D. *Corona radiata*.
 - E. Cortexul cerebral.
10. Indicați structura din cadrul sistemului limbic, considerată responsabilă de componenta emoțională a durerii:
 - A. Complexul limbic reticulat.
 - B. Structurile rinencefalice.
 - C. *Girus cinguli*.
 - D. Septul pelucid.
 - E. Hipotalamusul.
11. Indicați structura cerebrală, responsabilă de apariția componentei vegetative (autonome) a răspunsului la durere:
 - A. *Girus cinguli*.
 - B. Talamusul.
 - C. Cortexul insular.
 - D. Eminența cvadrigemenă.
 - E. Cortexul parietal.
12. Indicați sediul celulelor care controlează transmiterea durerii din coarnele dorsale prin intermediul celulelor din bulbul rostro-ventral:
 - A. Cortexul frontal.
 - B. Hipotalamusul.
 - C. Substanța cenușie periapeductală a mezencefalului.
 - D. Puntea Varolio.
 - E. Piramidele.
13. Ipoteza „porții de control” a durerii aparține savanților:
 - A. Jenett și Teasdali.
 - B. Charcot și Marburg.
 - C. Șarapov și Bogolepov.

677155

- D. Mollaret și Gonlon.
 - E. Melzack și Wall.
14. Care este cea mai productivă teorie în problema durerii?
- A. Existența sistemului neuronal intern de analgezie (Reynold, 1969).
 - B. Teoria „porții de control” a durerii (Melzack și Wall, 1965).
 - C. Teoria neuronală (Ramon Y Cajal).
 - D. Teoria specificității durerii (von Fray).
 - E. Teoria paternului de sumare (Goldsheider).
15. Receptori ai opiaceelor și liganzi ai acestora sunt:
- A. Endorfinele.
 - B. Encefalinele.
 - C. Opiaceele.
 - D. Receptorii specifici opiacei.
 - E. Dinorfinele.
16. Indicați structura din cadrul sistemului nervos, în care beta-endorfinele, encefalinele și dinorfinele au fost găsite în concentrație mărită:
- A. Cortexul frontal.
 - B. Hipotalamusul.
 - C. Mezencefalul.
 - D. Bulbul.
 - E. Măduva spinării.
17. Cum se manifestă alodinia?
- A. Creșterea sensibilității cutanate.
 - B. Creșterea sensibilității cutanate și micșorarea pragului durerii la iritarea locală a regiunii afectate.
 - C. Reacție excesiv de dureroasă la stimuli nedureroși în contact direct (tactili sau termici) sau indirect (lumină, sunet).
 - D. Reacții foarte dureroase, ce apar la stimulări repetate și persistența durerii chiar și după încetarea stimulării.
 - E. Prezența durerii în zonele fără sensibilitate superficială.
18. Durerea centrală apare în leziunile:
- A. Nervilor periferici.
 - B. Tisulare.
 - C. Receptorilor de durere.
 - D. Locurilor de intrare a fibrelor de durere în măduva spinării.
 - E. Spino-talamo-corticale.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Selectați afirmațiile corecte referitoare la fenomenul durerii:
- A. Mobilizează toate sistemele funcționale de supraviețuire ale organismului, pentru a înlătura acțiunea factorilor nocivi.
 - B. Absența acestui fenomen poate conduce la leziuni grave neobservate inițial de pacient.
 - C. Dacă fenomenul e cronic, poate deveni o problemă gravă.

- D. Durerea poate fi măsurată obiectiv.
E. În mod obligatoriu, se asociază cu o trăire emoțională neplăcută.
2. Nociceptorii se clasifică în:
- A. Termici.
 - B. Chimici.
 - C. Mecanici.
 - D. Silențioși.
 - E. Polimodali.
3. Indicați nucleii talamusului care primesc informația nociceptivă:
- A. Anterior.
 - B. Posterior.
 - C. Lateral.
 - D. Medial.
 - E. Ventral.
4. Sindromul talamic Dejerine-Roussy se manifestă prin:
- A. Anosmie.
 - B. Cecitate optică.
 - C. Vertij vestibular central.
 - D. Dureri spontane cu caracter arzător.
 - E. Senzații neplăcute (dizestezii) în diverse regiuni ale corpului.
5. Cercetările prin tomografie cu emisie de pozitroni (PET), efectuate la om, au arătat includerea în răspunsul la stimulenții nociceptivi a următoarelor regiuni corticale:
- A. *Girus cinguli*.
 - B. Cortexul insular.
 - C. Circumvoluțiunea precentrală.
 - D. Circumvoluțiunea postcentrală.
 - E. Cortexul occipital.
6. Cortexul insular este direct conectat cu:
- A. Nucleii mediali ai talamusului.
 - B. Nucleii ventrali ai talamusului.
 - C. Nucleii mediali posteriori ai talamusului.
 - D. Cortexul insular.
 - E. Circumvoluțiunea postcentrală.
7. Indicați afirmațiile corecte referitoare la asimbolia durerii:
- A. Pacienții percep stimulenții nociceptivi ca stimulenți tactili.
 - B. Pacienții pot deosebi durerea acută de cea surdă.
 - C. Pacienții pierd simțul de stereognozie.
 - D. Pacienții nu au reacții vegetative adecvate asociate cu dureri.
 - E. Pacienții nu pot determina localizarea durerii.
8. Indicați laminele coarnelor medulare posterioare spre care sunt orientate impulsurile venite din nivelele superioare modulatorii ale durerii:
- A. I.
 - B. II.

- C. III.
 - D. IV.
 - E. V.
9. Indicați structurile sistemului nervos, stimularea experimentală a cărora (la șobolani) produce o anestezie profundă, fără a altera comportamentul sau activitatea motorie a acestora:
- A. Cortexul frontal.
 - B. Cortexul insular.
 - C. Substanța cenușie periaeductală.
 - D. Structurile discrete în regiunile mediale și caudale ale diencefalului.
 - E. Formațiunile rostrale ale trunchiului cerebral.
10. Indicați afirmațiile corecte referitoare la ipoteza „porții de control” a durerii a lui Melzack și Wall:
- A. Un stimul aplicat pe tegumente activează atât fibrele cu diametrul mare, cât și pe cele cu diametrul mic.
 - B. Dacă intensitatea stimulului este mică, predomină vehicularea prin fibrele cu diametrul mare, cu excitarea neuronului inhibitor, iar celula responsabilă de transmiterea impulsului nu va genera impulsul.
 - C. Dacă stimulul este intens, predomină vehicularea impulsului prin fibrele cu diametrul mic, interneuronul inhibitor „tace”, activându-se celula de transmitere, ceea ce condiționează fenomenul algic.
 - D. S-a descoperit un sistem de căi nervoase, care pornesc de la cortexul frontal și hipotalamus spre celulele periaeductale ale trunchiului, trec spre medula ventro-medială, apoi din fasciculele dorso-laterale ale măduvei spinării – spre coarnele posterioare.
 - E. Stimularea unor structuri cerebrale discrete produce o anestezie profundă, fără a altera comportamentul sau activitatea motorie.
11. Indicați mecanismele care pot „închide” „poarta de control” a durerii:
- A. Neuronul reacționează la stimulare ca unitate autonomă, independentă de celelalte celule nervoase.
 - B. Mecanismul de polarizare, ceea ce înseamnă că impulsul este întotdeauna direcționat de la axon spre următorul neuron.
 - C. Schimbarea gradului de încărcare electrică a membranei neuronului se evidențiază prin potențialul postsinaptic, care, în funcție de mediatorul eliberat, poate fi excitator sau inhibitor.
 - D. Impulsurile survenite prin fibrele cu diametrul mare.
 - E. Influențele descendente realizate pe căile de modulare a durerii.
12. Indicați metodele recente de micșorare a durerii, fondate pe principiile fiziologice de modulare a durerii:
- A. Stimularea electrică transcutanată.
 - B. Utilizarea intratecală și epidurală a preparatelor opiacee.
 - C. Intervenția stereotaxică asupra nucleului ventro-lateral al talamusului din emisfera nedominantă.
 - D. Stimularea directă a nervilor periferici.
 - E. Stimularea unor structuri ale trunchiului cerebral.

13. Efectul peptidelor opiacee poate fi invocat în explicațiile unor fenomene ce rămân, deocamdată, misterioase, și anume:
- A. Efectul placebo.
 - B. Mecanismele analgezice ale acupuncturii.
 - C. Absența durerii în stările de stres acut.
 - D. Nașterile fără dureri observate la unele populații aborigene din America de Sud.
 - E. Lipsa durerilor în unele boli psihice.
14. Indicați componentele obligatorii ale fenomenului durerii:
- A. Emoțional.
 - B. Depresiv.
 - C. Afectiv.
 - D. Perceptiv.
 - E. Cognitiv.
15. Din perspectivă temporală, se deosebesc următoarele tipuri de durere:
- A. Tranzitorie.
 - B. Acută.
 - C. Cronică.
 - D. Nociceptivă.
 - E. Neuropatică.
16. În mod general, mecanismele durerii cronice pot fi de ordin:
- A. Central.
 - B. Periferic.
 - C. Combinat (periferic-central).
 - D. Psihogen.
 - E. De origine necunoscută.
17. Din punct de vedere patofiziologic, durerea poate fi clasificată în:
- A. Neurogenă.
 - B. Nevralgică.
 - C. Nociceptivă.
 - D. Neuropatică.
 - E. Psihogenă.
18. Ce măsuri terapeutice pot fi aplicate, pentru a reduce durerea propriu-zisă la nivel local-periferic?
- A. Aplicarea locală a căldurii.
 - B. Ultrasunetul.
 - C. Stimularea electrică transcutanată.
 - D. Administrarea anestezicelor și opiaceelor epidural sau subdural.
 - E. Utilizarea medicamentelor psihotrope.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la teoriile durerii:
 - a. Teoria specificității (von Fray).
 - b. Teoria intensității (Goldsheider).
 1. Durerea are structuri distinctive în piele.
 2. Nu există receptori specifici ai durerii.
 3. Fiecare stimulente specific este conectat cu calea specifică spre centru.
 4. Senzația de durere rezultă din suma reea stimulenților termici și de presiune.
2. Asociați proprietățile aferențelor dureroase rapide și a celor lente:
 - a. Aferențele dureroase rapide.
 - b. Aferențele dureroase lente.
 1. Generează senzații difuze, rău localizate.
 2. Se proiectează în formațiunea reticulară, talamus, neuronii paraapeductali, hipotalamus, talamus.
 3. Se vehiculează prin tractul spino-reticular, spino-mezencefalic, cervicotalamic și spino-hipotalamic.
 4. Se situează pe partea internă a tractului spino-talamic.
 5. Se termină în nucleii ventro-laterali ai talamusului.
 6. După conexiunea cu neuronul III, impulsurile vin în cortexul somato-senzorial.
3. Asociați literele cu cifrele:
 - a. Durerea tranzitorie.
 - b. Durerea acută.
 - c. Durerea cronică.
 1. Depășește perioada de restabilire (regenerare) a țesuturilor lezate.
 2. Apare la activarea sistemului nociceptiv în absența leziunilor tisulare importante.
 3. Este un semnal biologic adaptiv despre începutul sau prezența unei leziuni.
 4. Are loc în cazul injecțiilor intramusculare sau intravenoase.
 5. Durata depinde de timpul necesar pentru restabilirea țesuturilor lezate.
 6. Cauze pot fi leziunile traumatiche, infecțioase, dismetabolice ale sistemului nervos periferic și central, meningelor creierului.
 7. De obicei, considerată după 3–6 luni de la debut.
 8. Poate fi divizată în superficială, profundă, viscerală și referită.
 9. Devine o entitate clinică – o maladie.

4. Asociați cifrele cu literele:

- a. Durerea nociceptivă.
- b. Durerea neuropatică.
- c. Durerea psihogenă.

- 1. Este aspră, chinuitoare.
- 2. Deseori, pacientul are senzația de arsură.
- 3. Uneori se amplifică paroxistic.
- 4. Asocierea alodiniei, hiperalgiei și hiperpatiei este un lucru obișnuit.
- 5. Este acută.
- 6. Este tranzitorie.
- 7. Este bine localizată, cu excepția durerii viscerale și referite.
- 8. Apare în absența oricărei leziuni organice.
- 9. În mare măsură, depinde de particularitățile personalității pacientului.
- 10. Poate fi o manifestare a unei tulburări afective (de exemplu, depresia mascată).
- 11. Poate avea un anumit sens psihologic în sistemul de semnificații simbolice individuale.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

- 1. De la celulele cornului medular posterior începe neuronul II, care are conexiuni cu celulele cornului lateral și ale celui anterior, asigurând la nivel spinal reflexele somatice și vegetative asociate cu fenomenul algic.
- 2. Se consideră că cortexul insular integrează componentele senzoriale, afective și cognitive ale durerii, iar cortexul cerebral modifică prin căile sale descendente percepția dureroasă.

RĂSPUNSURI

I.	II.	III.	IV.
1. A, p. 22.	1. A, B, C, E, p. 22.	1.	1. A, p.24.
2. B, p. 22.	2. A, C, D, E, p. 23.	a. 1, 3.	2. B, p.25.
3. A, p. 22.	3. C, D, p. 24.	b. 2, 4, p. 23.	
4. C, p. 23.	4. D, E, p. 24.	2.	
5. E, p. 23.	5. A, B, p. 24.	a. 4, 5, 6.	
6. E, p. 23.	6. A, B, C, p. 25.	b. 1, 2, 3, p. 24.	
7. A, p. 24.	7. B, D, p. 25.	3.	
8. D, p. 24.	8. A, B, E, p. 26.	a. 2, 4.	
9. E, p. 24.	9. C, D, E, p. 26.	b. 3, 5, 6, 8.	
10. C, p. 25.	10. A, B, C, p. 26.	c. 1, 7, 9, p. 29.	
11. C, p. 25.	11. D, E, p. 27.	4.	
12. C, p. 25.	12. A, B, D, E, p. 27-28.	a. 5, 6, 7.	
13. E, p. 26.	13. A, B, C, D, p. 27-28.	b. 1, 2, 3, 4, p. 29.	
14. B, p. 26.	14. A, E, p. 28.	c. 8, 9, 10, 11, p. 30.	
15. D, p. 27.	15. A, B, C, p. 29.		
16. C, p. 27.	16. A, B, C, D, p. 29.		
17. C, p. 30.	17. C, D, E, p. 29-30.		
18. E, p. 30.	18. A, B, C, p. 31.		

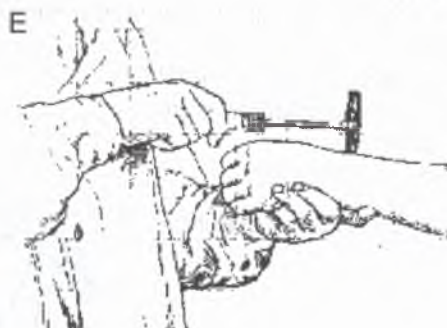
4. MOTILITATEA

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Patologia motilității se manifestă în majoritatea cazurilor la:
 - A. Copii de vârstă fragedă.
 - B. Adolescenți.
 - C. Adulți.
 - D. Oamenii în vârstă.
 - E. Invalizi.
2. Indicați aria Brodmann, unde sunt situate celulele giganto-piramidale Betz:
 - A. 1.
 - B. 2.
 - C. 3.
 - D. 4.
 - E. 5.
3. Numărul celulelor Betz este de:
 - A. 25 000.
 - B. 50 000.
 - C. 100 000.
 - D. 300 000.
 - E. 1 000 000.
4. În componența fasciculului piramidal sunt aproximativ:
 - A. 25 000 de fibre.
 - B. 50 000 de fibre.
 - C. 100 000 de fibre.
 - D. 300 000 de fibre.
 - E. 1 000 000 de fibre.
5. De ce reprezentanța unor segmente corporale pe cortexul cerebral ocupă o suprafață mai mare decât a altora?
 - A. Deoarece determină distribuția topografică a teritoriilor nervilor periferici.
 - B. Pentru a asigura fenomenul de ortostațiune.
 - C. Fiindcă au o funcție mai importantă, fină.
 - D. Deoarece principiul de organizare a sistemului motor este analogic celui de sensibilitate comună a aparatului segmentar.
 - E. Pentru a realiza funcția motilității în mod ierarhic.
6. Indicați fasciculul care ocupă 2/3 anterioare ale brațului posterior al capsulei interne:
 - A. Piramidal.
 - B. Cortico-nuclear.
 - C. Gratiolet.
 - D. Fronto-ponto-cerebelos.
 - E. Al sensibilității comune.

7. Optzeci la sută din fibrele fascicului piramidal se încrucișează la nivelul:
- Coroanei radiate.
 - Genunchiului capsulei interne.
 - Pedunculului cerebral.
 - Dintre bulbul rahidian și măduva spinării.
 - Cordonului lateral al măduvei spinării.
8. Indicați fasciculul care trece prin cordonul medular anterior:
- Spino-talamic.
 - Goll și Burdach.
 - Cortico-nuclear.
 - Piramidal direct.
 - Piramidal încrucișat.
9. Alegeți descrierea corectă a funcției motoneuronilor alfa:
- „Deschid poarta” sistemului nervos pentru transmiterea ulterioară a durerii spre structurile centrale.
 - Inervează fibrele mușchilor striati și îndeplinesc funcția de contracție.
 - Exercită o contraacțiune asupra receptorilor pielii.
 - Dilată pupila.
 - Stimulează contracția sfincterului intern al uretrei.
10. În cadrul sistemului de cinci puncte, mișcările voluntare de forță normală se apreciază cu:
- 0 puncte.
 - 5 puncte.
 - 1 punct.
 - 4 puncte.
 - 3 puncte.
11. Alegeți descrierea corectă a probei Mingazzini:
- La lovirea tendonului unui mușchi apare contracția mușchiului respectiv.
 - Examinatorul exercită, rând pe rând, toate mișcările survenite din toate segmentele articulare ale corpului bolnavului, care este rugat să nu opună rezistență.
 - Bolnavul în decubit dorsal ridică membrele inferioare deasupra planului patului, ținând genunchii în flexie sub un unghi drept.
 - Bolnavul face mișcări, la care se opune examinatorul.
 - Bolnavului i se propune să execute, rând pe rând, toate mișcările posibile.
12. În care segment medular se închide arcul reflexului bicipital?
- Th₁₀–Th₁₂.
 - Th₈–Th₉.
 - C₆–C₇.
 - C₅–C₆.
 - C₄–C₅.

13. Care din figuri reprezintă evocarea reflexului tricipital?



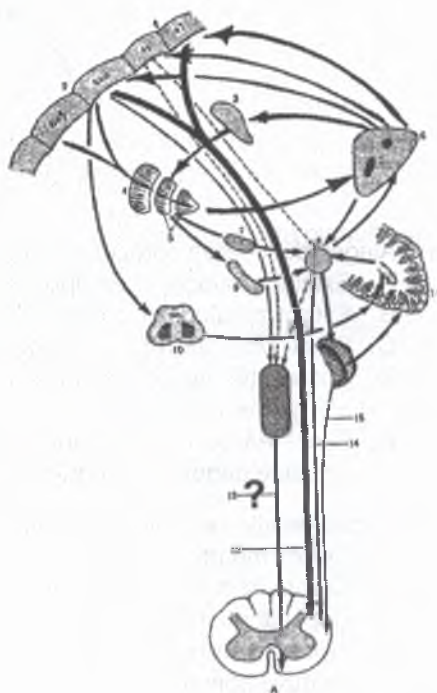
14. Alegeți descrierea corectă a reflexului Babinski:

- A. Extensia halucelui prin aplicarea unei presiuni pe creasta tibiei, de sus în jos.
- B. Extensia halucelui la presiunea exercitată pe mușchiul sural.
- C. Flexie plantară rapidă a degetelor la percuția plantară a lor.
- D. O excitație dureroasă în porțiunea distală a unui membru inferior, ce duce la o mișcare de triplă flexie.
- E. Excitarea cu acul a marginii externe a plantei produce extensia halucelui, celelalte degete flexându-se și răsfirându-se (semnul evantaiului).

15. Paralizile alterne se instalează prin leziuni de:

- A. Cortex motor.
- B. *Corona radiata*.
- C. Capsulă internă.
- D. Trunchi cerebral.
- E. Măduvă spinală.

16. Sindromul Claud Bernard-Homer este condiționat de afectarea:
- Măduvei spinării la nivel cervical C_2-C_4 .
 - Nervilor spinal și accesoriu.
 - Nervului frenic.
 - Fibrelor cortico-lombosacrate din componența tractului piramidal.
 - Coarnelor laterale vegetative C_8-D_1 .
17. Indicați structura din cadrul sistemului extrapiramidal, celulele căreia conțin în protoplasmă un pigment galben:
- Ariile corticale 1, 2, 3, 5 și 7 din lobul parietal.
 - Putamenul.
 - Globul palid (palidul).
 - Nucleul ventral anterior.
 - Nucleul roșu.
18. Indicați nucleul din cadrul sistemului extrapiramidal care conține o cantitate mare de acid gama-aminobutiric:
- Aria 21 din lobul temporal.
 - Ariile 18 și 19 din lobul occipital.
 - Palidul.
 - Substanța neagră.
 - Oliva bulbară.
19. Indicați principalul furnizor de dopamină pentru corpul striat:
- Nucleul roșu.
 - Partea dorsală a substanței negre.
 - Partea reticulată a substanței negre.
 - Nucleii vestibulari.
 - Oliva bulbară.
20. Semnul întrebării din schema alăturată indică tractul:
- Olfactiv.
 - Olivo-spinal.
 - Piramidal.
 - Reticulo-spinal.
 - Rubro-spinal.
21. S-a constatat că o mare importanță pentru funcția extrapiramidală are:
- Neurochimia (neuromediatorii).
 - Circuitul cortico-strio-cortical.
 - Circuitul nigro-strio-nigral.
 - Circuitul nigro-caudato-palido-talamo-cortico-tegmento-spinal.
 - Circuitul rubro-tegmento-spinal.
22. S-a dovedit că din întregul sistem nervos central nucleii bazali conțin cea mai mare concentrație de:
- Sodiu.



- B. Dopamină.
 - C. Acetilcolină.
 - D. Acid gama-aminobutiric.
 - E. Dopamină, acetilcolină și acid gama-aminobutiric.
23. Dopamina:
- A. Trece bariera hematoencefalică.
 - B. Nu trece bariera hematoencefalică.
 - C. Produce o hiposensibilitate a receptorului dopaminergic.
 - D. Poate fi utilizată în tratamentul sclerozei multiple.
 - E. Reduce starea de tensiune musculară permanentă.
24. Cel mai vechi sistem, sub aspect filogenetic, ce asigură motricitatea la animalele care nu dispun de un sistem motor piramidal, este:
- A. Sistemul motor extrapiramidal.
 - B. Cerebelul.
 - C. Măduva spinării.
 - D. Sistemul nervos periferic.
 - E. Sistemul muscular.
25. Se numește *recurbație*:
- A. Ridicarea umărului la bolnavul cu coree.
 - B. Aruncarea brațului înainte la bolnavul cu coree reumatică.
 - C. Îndepărtarea brațelor la bolnavul cu paraplegie inferioară Strümpell.
 - D. Executarea cu membrele superioare și inferioare a celor mai variate mișcări.
 - E. Hiperextensia în articulațiile membrelor.
26. Hemibalismul se datorează:
- A. Leziunilor corpului Lewys.
 - B. Ischemiei nucleului roșu.
 - C. Inflamației cerebrale cu implicarea substanței negre.
 - D. Contuziei de trunchi cerebral cu lezarea punții Varolio.
 - E. Tulburării integrității talamusului optic.
27. Alegeți descrierea corectă a miocloniilor:
- A. Conracții musculare bruște, involuntare, ce se localizează în unul și același grup de mușchi.
 - B. Mișcări involuntare lente, continue, vermiculare, ondulate, ce predomină în segmentele distale ale membrelor.
 - C. Mișcări bruște, involuntare, dezordonate, bizare, necorespunzătoare unui scop.
 - D. rotație cu caracter tonic sau clonic a gâtului.
 - E. Boală familială, în care apariția hiperkinezelor este precedată de crize epileptice. Boala evoluează spre o rigiditate generalizată și o demență progresivă.
28. Cerebelul este situat în:
- A. Fosa craniană posterioară.
 - B. Fosa craniană medie.
 - C. Fosa craniană anterioară.
 - D. Gaura mare occipitală.
 - E. Fosa Meckele.

29. Macroscopic, cerebelul are aspect de:
- Vierme.
 - Braț anterior și braț posterior unite prin genunchi.
 - Fluture.
 - Cort.
 - Embol.
30. Substanța albă a cerebelului ocupă porțiunea centrală a lui și reprezintă o dispunere în folii ce se aseamănă pe secțiune cu:
- Pes anserinus major*.
 - Pes anserinus minor*.
 - Arbor vitae cerebris*.
 - Corona radiata*.
 - Cohlea*.
31. Din punct de vedere fiziologic, cea mai importantă celulă în cerebel este:
- Celula în coșuleț.
 - Celula mare granulară.
 - Celula mică granulară.
 - Celula Purkinje.
 - Celula mare în coșuleț.
32. Fibrele eferente din nucleii dințat, emboliform, *globosus* și *fastigii* ai cerebelului pornesc pe calea pedunculului cerebelos superior spre:
- Tuberculul optic.
 - Lobul frontal al scoarței cerebrale.
 - Mezencefal.
 - Puntea Varolio.
 - Bulbul rahidian.
33. Legătura cerebelului cu măduva spinării se realizează prin:
- Reîncrucișarea fasciculului rubro-spinal (încrucișarea Forell).
 - Circuitul rubro-talamo-cortical.
 - Fibrele cerebello-vestibulare.
 - Tractul spino-cerebelos dorsal.
 - Tractul occipito-temporo-ponto-cerebelos.
34. Fibrele cerebello-vestibulare se termină în:
- Bandeleta longitudinală posterioară.
 - Nucleii nervilor oculomotorii.
 - Substanța reticulată din bulb.
 - Nucleii vestibulari.
 - Celulele motorii din coarnele anterioare ale măduvei spinării.
35. Schema alăturată reprezintă:
- Nucleii cerebelului.
 - Citoarhitectonica cortexului cerebelului.
 - Conexiunile cortico-cerebelloase.
 - Cele mai importante conexiuni cerebelloase.
 - Somatotopia cerebelului.



36. Cercetările experimentale au arătat că extirparea porțiunii anterioare a vermisului cerebelului provoacă:
- A. Căderea corpului înainte.
 - B. Căderea corpului înapoi.
 - C. Mișcarea înapoi a capului.
 - D. Extinderea anterioară a membrelor.
 - E. Flexiunea membrelor.
37. Musculatura sinergistă este reprezentată de mușchii:
- A. Care execută mișcarea.
 - B. Care opresc la timp actul motor.
 - C. Care participă secundar la mișcările voluntare.
 - D. Netezi ai tractului gastrointestinal.
 - E. Care sincronizează actul motor voluntar.
38. Indicați rolul fiziologic al cerebelului:
- A. Susține funcția corticală.
 - B. Generează mișcările de sinergie.
 - C. Modifică tonusul muscular în statică și mers.
 - D. Coordonează diferite grupe musculare în vederea realizării unui act motor.
 - E. Efectuează actul de memorizare.
39. Rolul de a menține mușchii într-o anumită stare de tonus, necesară pentru executarea unei mișcări, îi aparține:
- A. Substanței reticulate.
 - B. Celulelor γ , aflate în coarnele anterioare ale măduvei spinării.
 - C. Celulelor mici din coarnele medulare anterioare.
 - D. Nucleului roșu.
 - E. Nucleului lenticular.
40. Lezarea emisferei cerebeloase provoacă:
- A. Căderea spre partea bolnavă.
 - B. Căderea spre partea opusă leziunii.
 - C. Căderea înainte.
 - D. Căderea înapoi.
 - E. Oscilația trunchiului corpului (titubația).
41. Alegeți descrierea corectă a probei Holmes-Stewart:
- A. Bolnavul stă în picioare cu călcâiele și vârfurile degetelor strâns lipite.
 - B. Rugăm bolnavul să flexeze antebrațul pe braț, opunem rezistență la această flexie și brusc dăm drumul.
 - C. La bolnavul așezat pe un plan înalt cu gambele atârinate în jos se examinează reflexul rotulian.
 - D. Pacientului culcat pe spate i se propune să se ridice în picioare fără ajutorul mâinilor.
 - E. Pacientul stă în picioare și se apleacă maximal pe spate.
42. Mersul „de rață” se observă în:
- A. Paralizia nervului sciatic popliteu extern, determinată deseori de hernie discală L_4 cu compresiunea rădăcinii L_5 .
 - B. Miopatia cu atrofii musculare.

- C. Polinevrita virală Guillain-Barré.
 - D. Herniile de disc lombare.
 - E. Sindromul paleocerebelos.
43. Indicați maladia în patogenia căreia are loc blocajul la nivelul membranei postsinaptice a joncțiunii neuromusculare:
- A. Polineuropatia diabetică.
 - B. Miastenia.
 - C. Distrofia musculară progresivă.
 - D. Encefalita.
 - E. Scleroza în plăci.
44. Mersul „în stea” face parte din manifestările observate în mersul:
- A. Miastenic.
 - B. Miopatic.
 - C. Tabet.
 - D. Vestibular.
 - E. Cerebelos.
45. Mersul spastic „în foarfece”, de cele mai multe ori, se observă în:
- A. Tumorile cerebeloase.
 - B. Atrofia olivo-ponto-cerebeloasă.
 - C. Boala Friedreich.
 - D. Labirintită.
 - E. Paralizia cerebrală infantilă (boala Little).
46. Care fenomen clinic poartă denumirea *fenomen „de magnet”*?
- A. Mersul spastic unilateral.
 - B. Mersul spastic bilateral.
 - C. Ataxia frontală.
 - D. Mersul tabetic.
 - E. Mersul cerebelos spastic.
47. Câte tipuri de dereglare a mersului sunt descrise de B. Ianachevici în manualul „Neurologie și neurochirurgie” (Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*, 2003)?
- A. 5.
 - B. 10.
 - C. 15.
 - D. 20.
 - E. 25.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Dereglările motilității prezintă simptome în următoarele boli:
- A. Inflamatorii.
 - B. Viscerale.
 - C. Traumatische.
 - D. Tumorale.
 - E. Ereditare.

2. Patologia motilității se poate manifesta deseori prin:
 - A. Pareze sau plegii.
 - B. Hiperkinezii.
 - C. Convulsii.
 - D. Dereglări de coordonare a mișcărilor.
 - E. Hemihipoalgezie.
3. Este important ca fiecare medic să depisteze la timp simptomele patologiei motilității, pentru ca să:
 - A. Stabilească diagnosticul bolii.
 - B. Aplice un tratament adecvat.
 - C. Evite complicațiile ulterioare.
 - D. Promoveze un mod sănătos de viață.
 - E. Prevină apariția multor boli, în prezent incurabile.
4. Indicați sistemele datorită cărora se realizează motilitatea la om:
 - A. Sistemul piramidal.
 - B. Sistemul de percepție și de transmitere a durerii.
 - C. Genomul uman.
 - D. Sistemul extrapiramidal.
 - E. Motoneuronii periferici situați în coarnele anterioare ale măduvei spinării.
5. Analizatorul motor cortical include:
 - A. Nucleul central.
 - B. Celulele ce îndeplinesc aceeași funcție, situate în alte câmpuri ale cortexului.
 - C. Talamusul.
 - D. Puntea Varolio.
 - E. Piramidele.
6. Somatotopia motorie are următoarele particularități:
 - A. Este aproape identică cu somatotopia senzitivă.
 - B. Regiunea membrului inferior ocupă partea superioară a cortexului.
 - C. Coborând mai jos, pe circumvoluțiunea precentrală sunt reprezentate părțile ce corespund inervației motorii a membrului superior, capului, trunchiului.
 - D. Dendritele pornesc spre periferie pentru a realiza conexiunea cu receptori spirali ai tendoanelor.
 - E. Axonii formează tractul talamo-cortical.
7. În coarnele anterioare ale măduvei spinării sunt situate mai multe tipuri de celule:
 - A. A-delta.
 - B. C-beta.
 - C. Celule somatomotorii.
 - D. Celule alfa.
 - E. Celule intercalate (Renshaw).
8. În structura arcului reflex intervine:
 - A. Neuronul inhibitor.
 - B. O cale aferentă senzitivă.
 - C. Neuronul facilitator.
 - D. O cale eferentă motorie.
 - E. Un neuron motor situat în coarnele anterioare medulare.

9. Indicați noțiunile care se referă la examenul clinic al motilității:
- A. Mirosul.
 - B. Motilitatea activă.
 - C. Forța.
 - D. Proba Barré.
 - E. Examenul reflexelor.
10. Reflexele osteotendinoase pot fi:
- A. Normale.
 - B. Optimale.
 - C. Diminuate.
 - D. Exagerate.
 - E. Obnubilate.
11. Indicați manifestările clinice ale sindromului Claude Bernard-Horner:
- A. Monoplegie sau hemiplegie spastică.
 - B. Paralizie atrofică segmentară.
 - C. Mioză.
 - D. Îngustarea fantei palpebrale.
 - E. Endoftalm.
12. Sistemul extrapiramidal include:
- A. Ariile corticale.
 - B. Ventriculele cerebrale.
 - C. Formațiunile subcorticale.
 - D. Plexurile regionale.
 - E. Formațiunile din trunchiul cerebral.
13. Indicați nucleii extrapiramidali ai talamusului:
- A. Nucleul caudat.
 - B. Nucleul lenticular.
 - C. Nucleul ventral anterior.
 - D. Nucleul intermediar.
 - E. Nucleul centro-median Lewys.
14. Indicați neuromediatorii care se conțin în nucleul caudat:
- A. Serotonina (5-TH).
 - B. Noradrenalina (NA).
 - C. Acetilcolina (Ach).
 - D. Insulina (Ia).
 - E. Acidul γ -aminobutiric (GABA).
15. Selectați afirmațiile corecte referitoare la nucleul roșu:
- A. Este situat la frontiera diencefalo-mezencefalică.
 - B. Are formă ovală.
 - C. Este de culoare roșiatică.
 - D. Zona dorsală are o colorație neagră.
 - E. Este alcătuit din 2 porțiuni de neuroni: paleorubrum și neorubrum.
16. Indicați nucleii vestibulari:
- A. Charcot.

- B. Deiters.
- C. Marburg.
- D. Roller.
- E. Bechterew.

17. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la dopamină:
- A. Se află în concentrații foarte mici în nucleii bazali și în locul niger.
 - B. Este un important mediator al sistemului nigro-striat, fiind sintetizată de neuronii substanței negre și deplasată în lungimea axonilor, pentru a se acumula apoi în veziculele presinaptice din caudat și putamen.
 - C. Fiind eliberată în caudat, este repede inactivată enzimatic de catecolometil-transferază și recaptată de neuronii dopaminergici.
 - D. Scăderea concentrației conduce la un sindrom de hiperkinezie.
 - E. Enzimele care participă la sinteza ei sunt tirozin-hidroxilaza și dopa-decarboxilaza.
18. Hipotonia musculară se constată în:
- A. Leziunile periferice ale sistemului nervos.
 - B. Leziunile măduvei spinării.
 - C. Afectarea cerebelului.
 - D. Afectarea sistemului extrapiramidal (sindromul hipotonic-hiperkinetic).
 - E. Boala Parkinson.
19. Hipertonia musculară se caracterizează prin:
- A. Fenomenul „lamă de briceag”.
 - B. La membrele superioare sunt contractați flexorii, iar la membrele inferioare – extensorii.
 - C. Contractura predomină distal, fiind mai exprimată la nivelul mâinii și piciorului.
 - D. Se accentuează în timpul unor mișcări active și mersului, sub influența frigului, emoțiilor.
 - E. Crește în timpul somnului fiziologic.
20. Hipertonia musculară extrapiramidală are următoarele particularități:
- A. Este ceroasă, globală, generalizată în toate grupele musculare.
 - B. Predomină proximal.
 - C. Semnul „lamă de briceag”.
 - D. Exagerează reflexele de postură.
 - E. Se accentuează sub influența frigului, emoțiilor, dar diminuează sub acțiunea unor derivați de atropină sau a medicamentelor antiparkinsoniene și dispare în timpul somnului.
21. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la rigiditatea prin decerebrare:
- A. Se datorează unor leziuni mezencefalice.
 - B. Se manifestă clinic prin hipertonie musculară.
 - C. Are loc flexia brațelor și antebrățelor.
 - D. Membrele inferioare se află în flexie, abducție și rotație externă.
 - E. Au loc mișcări involuntare generalizate.
22. Sindromul hipotonic-hiperkinetic se caracterizează prin:
- A. Prezența dominantă a unor mișcări involuntare de tip coreic.
 - B. Prezența dominantă a unor mișcări involuntare de tip atetozic.

- C. Prezența dominantă a unor mișcări involuntare de tip coreo-atetozic.
 - D. Prezența dominantă a unor mișcări involuntare de tip hemibalic sau a unor ticuri și mioclonii.
 - E. Hipertonus muscular.
23. Coreea se caracterizează prin:
- A. Apariția mișcărilor involuntare, ce pot cuprinde toți mușchii netezi ai organismului.
 - B. Mișcări bruște, involuntare, dezordonate, neprevăzute, bizare, necorespunzătoare unui scop.
 - C. Mișcări ample, aritmice, variabile de la un moment la altul, fără vreo ordine în succesiunea lor.
 - D. Mușchii feței execută niște grimase bizare, groțesti (fruntea se încrețește, ochii se închid, buzele se contractă).
 - E. Afonie complexă.
24. Mișcările coreice se întâlnesc în:
- A. Encefalita reumatică.
 - B. Coreea gravidelor.
 - C. Coreea Huntington.
 - D. Degenerescenta hepatolenticulară.
 - E. Hepatita cronică.
25. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la atetoză:
- A. Predomină în segmentele distale ale membrelor superioare și inferioare.
 - B. Mișcările sunt rapide.
 - C. Mișcările sunt continue.
 - D. Mișcările sunt vermiculare.
 - E. Degetele efectuează mișcări alternative de flexiune și extensie, de abducție și adducție.
26. Sindromul Parkinson se caracterizează prin:
- A. Rigiditate musculară ce poartă caracterul hipertoniilor extrapiramidale.
 - B. Tremurătură cu caracter static.
 - C. Încetinirea mișcărilor voluntare.
 - D. Mișcări involuntare, bruște stereotipice, localizate întotdeauna în unul și același grup de mușchi.
 - E. Prezența dominantă a unor mișcări involuntare de tip coreic, atetozic, coreo-atetozic, hemibalic sau a unor ticuri și mioclonii.
27. Marcați expresiile care se referă la tremurătura caracteristică parkinsonismului:
- A. „A fuma pipa”.
 - B. „A face pilule”.
 - C. „A număra banii”.
 - D. „Roată zimțată”.
 - E. „A bate tactul”.
28. Citoarhitectonica cortexului cerebelului este alcătuită din următoarele straturi:
- A. Stratul molecular.
 - B. Stratul celulelor Purkinje.
 - C. Stratul granular.

- D. Centrul medular.
 - E. Stratul celulelor gigantice.
29. Prin cele 3 perechi de pedunculi, cerebelul asigură legătura cu structurile:
- A. Sensibilității comune.
 - B. Trunchiului cerebral.
 - C. Sistemului extrapiramidal.
 - D. Cortexului cerebral.
 - E. Măduvei spinării.
30. Lezarea părților laterale ale cerebelului conduce la apariția:
- A. Afaziei.
 - B. Dismetriei.
 - C. Asinergie.
 - D. Adiadocokineziei.
 - E. Agnoziei vizuale.
31. Rolul fiziologic al cerebelului se reduce la:
- A. Inhibiția mișcărilor involuntare.
 - B. Coordonarea mișcărilor necesare pentru stațiune și mers.
 - C. Executarea fină superioară a mișcărilor inițiate de cortexul cerebral.
 - D. Mișcarea asociată a capului și globilor oculari.
 - E. Deglutiție pentru lichide și solide.
32. Despre starea tonusului diferitor grupe de mușchi, cerebelul primește informația:
- A. Prin fibrele arciforme.
 - B. De la nucleii Goli și Burdach.
 - C. De la nucleul vestibular Bechterew.
 - D. Prin tractul spinocerebelos anterior (Flechsig).
 - E. Prin tractul cortico-pontin.
33. Sindromul cerebelos se prezintă sub formă de:
- A. Tulburări de stațiune și mers.
 - B. Pierdere a echilibrului.
 - C. Lipsă de coordonare a mișcărilor de tonus în direcția unei hipotonii.
 - D. Hiperkineze.
 - E. Hipertonus muscular „lamă de briceag”.
34. Selectați afirmațiile corecte referitoare la mersul cerebelos:
- A. Mers ebrios, nesigur, în zigzag.
 - B. Membrile inferioare sunt depărtate unul de altul.
 - C. Oscilații ale trunchiului.
 - D. Balansări ale membrilor superioare.
 - E. Pași foarte mici, mărunți.
35. Selectați manifestările clinice care pot fi prezente în cazul tulburării funcției cerebeloase:
- A. Adiadohokinezia.
 - B. Hipermetria.
 - C. Hemeralopia.

- D. Nistagmusul.
 - E. Hipotonia musculară.
36. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la mersul tabetic:
- A. Este un mers talonat, hipermetric.
 - B. Bolnavul „calcă în străchini”.
 - C. Semnul Romberg este negativ.
 - D. Este prezent nistagmusul.
 - E. Bolnavul „merge cu ochii”.
37. Indicați maladiile în care poate fi observat mersul hiperkinetic:
- A. Boala Parkinson.
 - B. Coreea Sydenham.
 - C. Coreea Huntington.
 - D. Boala Wilson.
 - E. Boala Friedreich.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați tractul cu particularitățile sale specifice:
- | | |
|--|--|
| <p>Tractul:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cortico-nuclear. b. Cortico-lombosacrat. | <p>Particularitățile:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pleacă din partea inferioară a regiunii frontale ascendente. 2. Pleacă din partea internă a emisferei cerebrale la nivelul lobului paracentral. 3. Este destinat pentru inervarea somatică piramidală voluntară a organelor situate în cavitatea pelvină (rectul, vezica urinară, organele genitale). 4. Se termină în nucleii nervilor motorii cranieni, situați în trunchiul cerebral. 5. Are destinația de a inerva mușchii feței, masticatori, ai laringelui. 6. Are legătură bilaterală cu cortexul cerebral. |
|--|--|
2. Indicați care reflexe se examinează de pe membrele superioare și care – de pe cele inferioare:
- | | |
|---|--|
| <p>Membrele:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Superioare. b. Inferioare. | <p>Reflexele:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Bicipital. 2. Tricipital. 3. Rotulian. 4. Achilian. 5. Stiloradial. |
|---|--|

3. Repartizați cifrele în corespundere cu literele:

Tipul:

- a. Reflexe cutanate
- b. Reflexe patologice

Reflexele:

- 1. Cremasterian.
- 2. Abdominal.
- 3. Plantar.
- 4. Babinski.
- 5. Oppenheim.
- 6. Gordon Rossolimo.
- 7. De apărare de triplă reacție.
- 8. Rossolimo.

4. Asociați sindroamele neuronului motor periferic și al celui central cu caracteristicile lor:

- a. Sindromul neuronului motor periferic.
- b. Sindromul neuronului motor central.

- 1. Atrofie musculară.
- 2. Hipertonie musculară (spasticitate cu amplitudine redusă a mișcărilor pasive).
- 3. Fasciculații musculare – contractarea unor grupuri de fibre musculare, fără a duce la deplasarea membrului.
- 4. Hipotonie musculară.
- 5. Abolire a reflexelor osteotendinoase.
- 6. Hiperreflexie osteotendinoasă.
- 7. Clonus al plantei și al rotulei.
- 8. Diminuare sau abolire a reflexelor cutanate abdominale și cremasterian.
- 9. Reacție de degenerescență.
- 10. Reflexe patologice: Babinski, Oppenheim, Gordon și altele.
- 11. Reflexe de apărare și de retracție triplă.
- 12. Sinkinezii.

5. Repartizați caracteristicile clinice ale spasmului de torsiune și ale torticolisului spasmodic:

- a. Spasmul de torsiune.
- b. Torticolisul spasmodic.

- 1. Mișcări involuntare localizate la nivelul mușchilor trunchiului.
- 2. Rotație cu caracter tonic sau clonic a gâtului.
- 3. Coloana vertebrală efectuează o torsiune de mare amplitudine, mișcări de flexie și extensie.
- 4. Se pun în evidență contracții ale sternocleidomastoidianului, ale trapezului și mușchiului splenius.
- 5. Corpul se răsuțește în atitudine bizară.
- 6. După spasm, mușchii sunt hipotonici.
- 7. Rotația se face datorită contracției mușchilor cervicali atât profunzi, cât și superficiali.

6. Asociați cifrele cu literele:

- a. Formațiuni subcorticale și din trunchiul cerebral ale sistemului extrapiramidal.
- b. Nucleii cerebelului.

- 1. Nucleul fastigial.
- 2. Nucleul caudat.
- 3. Nucleul lenticular.
- 4. *Nucleus globosus*.
- 5. Nucleul roșu.
- 6. Nucleul emboliform.
- 7. Substanța neagră.

7. Asociați cifrele cu literele:

- a. Pedunculul cerebelos inferior.
- b. Pedunculul cerebelos mediu.
- c. Pedunculul cerebelos superior.

- 1. Tractul spino-cerebelos dorsal (Flechsig).
- 2. Fibrele Goll și Burdach.
- 3. Asigură legăturile cu formațiunile olivari inferioare și cu substanța reticulată bulbară.
- 4. Aproape toate aceste fibre se termină în aceeași parte a cerebelului, în vermis.
- 5. Se realizează conexiunile ponto-cerebeloase.
- 6. Tractul fronto-ponto-cerebelos.
- 7. Tractul occipito-temporo-ponto-cerebelos.
- 8. Au în componența lor fibre provenite din nucleii proprii.
- 9. Formează încrucișarea Wernecking.
- 10. O parte din fibre se termină în cortexul motor.

8. Asociați tulburările de mers cu cauzele ce pot să le provoace:

- a. Stepaj unilateral.
- b. Stepaj bilateral.

- 1. Polineuropatie: alcoolică, diabetică, arsenică etc.
- 2. Polinevrită: diferită, virală, colagenoasă.
- 3. Ischemie vasculară de epiconus medular.
- 4. Miopatie neurală Charcot-Marie.
- 5. Hernie de disc cu compresiunea rădăcinii L₅.
- 6. Afectare corticală tumorală, traumatică sau vasculară.
- 7. Afectarea nervului peroneal (traumatisme, compresiune) etc.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. S-a stabilit că emisferele cerebelului au funcția de coordonare a mișcărilor fine ale membrelor superioare și inferioare, iar vermisul – funcția de coordonare a mișcărilor corpului.
2. Mersul simulat se întâlnește la persoanele care, în mod intenționat, simulează boala, prezentând dereglări de mers, pentru a obține un avantaj – certificat medical sau grad de invaliditate.
3. Mersul isteric apare la femeile cu histerectomie și se vindecă repede, prin psihoterapie.

RĂSPUNSURI

I.

1. C, p. 32.
2. D, p. 32.
3. A, p. 32.
4. E, p. 32.
5. C, p. 33.
6. A, p. 35.
7. D, p. 35.
8. D, p. 35.
9. B, p. 36.
10. B, p. 37.
11. C, p. 38.
12. D, p. 38.
13. C, p. 39.
14. E, p. 41.
15. D, p. 43.
16. E, p. 44.
17. C, p. 47.
18. C, p. 47.
19. B, p. 47.
20. D, p. 48.
21. A, p. 49.
22. E, p. 49.
23. B, p. 50.
24. A, p. 50.
25. E, p. 53.
26. A, p. 54.
27. A, p. 54.
28. A, p. 55.
29. C, p. 55.
30. C, p. 55.
31. D, p. 55.
32. C, p. 55.
33. A, p. 56.
34. D, p. 56.
35. E, p. 58.
36. A, p. 58.
37. C, p. 58.
38. D, p. 58.
39. C, p. 59.
40. A, p. 59.
41. B, p. 60.
42. B, p. 63.
43. B, p. 64.
44. D, p. 64.
45. E, p. 65.
46. C, p. 66.
47. D, p. 62–67.

II.

1. A, C, D, E, p. 32.
2. A, B, C, D, p. 32.
3. A, B, C, p. 32.
4. A, D, E, p. 32.
5. A, B, p. 32.
6. A, B, C, p. 32.
7. C, D, E, p. 36.
8. B, D, E, p. 37.
9. B, C, D, E, p. 37–38.
10. A, C, D, p. 41.
11. C, D, E, p. 44.
12. A, C, E, p. 46.
13. C, D, E, p. 46.
14. A, B, C, E, p. 47.
15. A, B, C, E, p. 47.
16. B, D, E, p. 48.
17. B, C, E, p. 49.
18. A, B, C, D, p. 51.
19. A, B, C, D, p. 51.
20. A, B, D, E, p. 52.
21. A, B, p. 52.
22. A, B, C, D, p. 52.
23. B, C, D, E, p. 52.
24. A, B, C, D, p. 53.
25. A, C, D, E, p. 53.
26. A, B, C, p. 54.
27. B, C, E, p. 54.
28. A, B, C, D, p. 55.
29. B, C, D, E, p. 56.
30. B, C, D, p. 58.
31. B, C, p. 58.
32. A, B, C, D, p. 58.
33. A, B, C, p. 59.
34. A, B, C, D, p. 59.
35. A, B, D, E, p. 61.
36. A, B, E, p. 64.
37. B, C, D, p. 66.

III.

1.
 - a. 1, 4, 5.
 - b. 2, 3, 6, p. 33.
2.
 - a. 1, 2, 5.
 - b. 3, 4, p. 38–40.
3.
 - a. 1, 2, 3.
 - b. 4, 5, 6, 7, 8, p. 40–42.
4.
 - a. 1, 3, 4, 5, 9.
 - b. 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12, p. 42.
5.
 - a. 1, 3, 5, 6.
 - b. 2, 4, 7, p. 53.
6.
 - a. 2, 3, 5, 7, p. 46–47.
 - b. 1, 4, 6, p. 55.
7.
 - a. 1, 2, 3, 4, p. 57.
 - b. 5, 6, 7, p. 57.
 - c. 8, 9, 10, p. 56.
8.
 - a. 5, 6, 7.
 - b. 1, 2, 3, 4, p. 62.

IV.

1. B, p. 58.
2. A, p. 66.
3. D, p. 67.

5. NERVII CRANIENI

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Nervul olfactiv realizează funcția:
 - A. Mirosului.
 - B. Văzului.
 - C. Auzului.
 - D. Echilibrului.
 - E. Sensibilității somatice a feței și cavității nazale.
2. Corpul celular al primului neuron al nervului olfactiv e situat în:
 - A. Bulbul olfactiv.
 - B. *Trigonum olfactorius*.
 - C. Substanța perforată anterioară.
 - D. *Septum pellucidum*.
 - E. Mucoasa cavității nazale și a septului nazal.
3. Corpul celular al primului neuron al nervului olfactiv are formă:
 - A. De conuri.
 - B. De bastonașe.
 - C. Bipolară.
 - D. Ganglionară.
 - E. Multipolară.
4. Axonul primului neuron al nervului olfactiv pătrunde în craniu prin:
 - A. Fisura orbitală superioară.
 - B. Gaura rotundă.
 - C. Gaura ovală.
 - D. Lama ciuruită a osului sfenoid.
 - E. Gaura stilomastoidiană.
5. Unde se află corpul celular al celui de-al doilea neuron al nervului olfactiv?
 - A. *Trigonum olfactorius*.
 - B. *Bulbus olfactorius*.
 - C. *Fila olfactoria*.
 - D. *Septum pellucidum*.
 - E. *Uncus*.
6. Zone corticale de proiecție ale analizorului olfactiv în ambele emisfere sunt:
 - A. Circumvoluțiunea parahipocampală (*uncus*).
 - B. *Corpora mamillaria*.
 - C. *Thalamus opticus*.
 - D. *Nucleus amygdalae*.
 - E. *Lobus temporalis*.
7. Principalul simptom de afectare a nervului olfactiv este:
 - A. Anosmia.
 - B. Hiposmia.

- C. Hiperosmia.
 - D. Dizosmia.
 - E. Halucinațiile olfactive.
8. Senzația mirosurilor inexistente (halucinații olfactive) poate apărea la afectarea:
- A. *Fornix*-ului.
 - B. Tractului olfactiv.
 - C. Bulbului olfactiv.
 - D. *Trigonum*-ului olfactiv.
 - E. Cortexului olfactiv.
9. Nervul optic își ia începutul din:
- A. Celulele bipolare.
 - B. Celulele ganglionare.
 - C. Celulele retinei oculare.
 - D. Corpul geniculat lateral.
 - E. Tuberculii cvadrigemeni.
10. Axonii căror celule formează nervul optic?
- A. „Conurilor” și „bastonașelor”.
 - B. Celulelor bipolare.
 - C. Celulelor ganglionare.
 - D. Celulelor din *pulvinar thalami*.
 - E. Celulelor din tuberculii cvadrigemeni.
11. Fasciculul central optic se termină în:
- A. Corpul geniculat lateral.
 - B. *Pulvinar thalami*.
 - C. Tuberculii cvadrigemeni.
 - D. Ganglionul ciliar.
 - E. Regiunea scizurii calcarine.
12. Indicați centrul reflex al reacției pupilare la lumină:
- A. Fibrele nervului optic.
 - B. Tuberculii cvadrigemeni anteriori ai mezencefalului.
 - C. Nucleul *Iakubovici*.
 - D. Fibrele nervului oculomotor.
 - E. Ganglionul ciliar.
13. Examinarea câmpului vizual se efectuează cu ajutorul:
- A. Unor tabele speciale, alcătuite din litere aranjate în rânduri.
 - B. Perimetrului.
 - C. Tabelelor *Rabkin*.
 - D. Oftalmoscopului.
 - E. Fotooftalmoscopului.
14. Lipsa capacității de diferențiere a culorilor poartă denumirea de:
- A. Daltonism.
 - B. Acromatopsie.
 - C. Amauroză.
 - D. Hemianopsie.
 - E. Ambliopie.

15. Se numește *scotom negativ*:
- A. Incapacitatea pacientului de a împărți în jumătate un ștergar de mărime obișnuită.
 - B. Incapacitatea deosebirii culorilor roșie și verde.
 - C. Lipsa acuității vizuale.
 - D. Diminuarea acuității vizuale.
 - E. Incapacitatea de a observa defectul câmpului vizual.
16. Nucleii nervilor oculomotori sunt situați în:
- A. Pedunculii cerebrali, la nivelul tuberculilor cvadrigemeni ai mezencefalului.
 - B. Partea posterioară a circumvoluțiunii frontale mijlocii.
 - C. Ganglionul semilunar.
 - D. Partea inferioară a circumvoluțiunii precentrale.
 - E. Protuberanță.
17. Dacă acomodarea cristalinului se dereglează, persoana:
- A. Nu poate deschide deplin ochiul sau deloc.
 - B. Are strabism divergent.
 - C. Pierde posibilitatea de a vedea clar obiectele situate la diferite distanțe.
 - D. Are sindrom altern Weber.
 - E. Are sindrom altern Benedikt.
18. Nervul oculomotor iese din cavitatea craniului prin:
- A. Gaura canalului nervului optic.
 - B. Fisura orbitală superioară.
 - C. Fisura orbitală inferioară.
 - D. Gaura rotundă.
 - E. Gaura stilomastoidiană.
19. Se numește *anizocorie*:
- A. Afectarea nervului III tip periferic pe partea respectivă și o hemiplegie centrală pe partea opusă.
 - B. Lezarea nervului oculomotor tip periferic și coreoatetoză cu tremor intenționat pe partea opusă.
 - C. Dilatarea pupilei.
 - D. Dimensiunile diferite ale pupilelor.
 - E. Îngustarea pupilei.
20. În caz de lezare a meningelui care înfășoară nervul oculomotor în spațiul interpeduncular, printre primele semne de lezare este:
- A. Strabismul divergent.
 - B. Strabismul convergent.
 - C. Sindromul altern Weber.
 - D. Dereglarea acomodării.
 - E. Ptoza pleoapei superioare.
21. Mușchiul oblic superior are funcția de:
- A. Ridicare a pleoapei superioare.
 - B. Mișcare a globului ocular spre nas.
 - C. Întoarcere a globului ocular în jos și în afară.
 - D. Întoarcere a globului ocular în sus și în interior.
 - E. Mișcare a globului ocular în jos.

22. Nervul abducens (perechea a VI-a) inervează mușchiul:
- Drept extern.
 - Drept intern.
 - Rect superior.
 - Oblic superior.
 - Oblic inferior.
23. În cazul lezării nervului abducens, apare:
- Strabismul divergent.
 - Strabismul convergent.
 - Anizocoria.
 - Midriaza.
 - Mioza.
24. Sindromul altern Foville este compus din:
- Strabism convergent și hemipareză centrală din partea opusă lui.
 - Pareză facială tip periferic și hemiplegie din partea opusă lui.
 - Pareză facială tip central și hemipareză tip central din partea opusă focarului.
 - Strabism convergent cu paralizie facială periferică și hemiplegie centrală din partea opusă focarului.
 - Deregări concomitente de motilitate ale globilor oculari.
25. În cazul lezării complete a fascicului medial longitudinal, apar:
- Ofthalmoplegia internucleară.
 - Imposibilitatea deplasării globului ocular în partea opusă.
 - Abolirea fotoreacției directe.
 - Deplasări involuntare ale globilor oculari în sus.
 - Paralizia convergenței și a fotoreacției pupilare.
26. Alegeți descrierea corectă a sindromului Gertvig-Majandi:
- Simptome de afectare a nervului abducens cu paralizie facială periferică omolaterală și hemiplegie centrală din partea opusă focarului.
 - Devine imposibilă mișcarea concomitentă a globilor oculari.
 - Globii oculari sunt involuntar deplasați în direcția emisferei lezate („bolnavul se uită spre focar”).
 - E prezentă paralizia văzului în sus (în jos – mai rar).
 - Globul ocular pe partea focarului este deplasat în jos și înăuntru, iar celălalt – în sus și în afară.
27. Mișcările de convergență ale globilor oculari se examinează în felul următor:
- Apropiind treptat de nasul pacientului ciocănașul neurologic și rugându-l, în prealabil, să-l urmărească cu privirea.
 - Propunându-i pacientului să urmărească cu privirea mișcările laterale, de ridicare și coborâre ale ciocănașului neurologic.
 - Examinatorul acoperă ochii bolnavului cu palmele sale, rugându-l, totodată, să țină ochii deschiși. După 10–15 secunde descoperă, pe rând, fiecare ochi. Dacă pupila se îngustează, reacția este normală.
 - Cu o lanternă, ce emană un fascicul îngust de lumină, se inspectează răs-punsul fiecărei pupile la excitația luminoasă.
 - Se acoperă numai un ochi. Pupila celui alt ochi se dilată și se contractă imediat ce ochiul-pereche se descoperă.

28. Indicați nervul cranian principal responsabil de partea senzitivă somatică a feței.
- A. Nervul vag (perechea a X-a).
 - B. Nervul glossofarinjan (perechea a IX-a).
 - C. Nervul facial (perechea a VII-a).
 - D. Nervul trigemen (perechea a V-a).
 - E. Nervul optic (perechea a II-a).
29. Corpul celular al primilor neuroni senzitivi ai nervului trigemen se află în:
- A. Canalul Fallope.
 - B. Ganglionul semilunar (ganglionul Gasser).
 - C. Ganglionul geniculat.
 - D. Ganglionul submaxilar.
 - E. Ganglionul sublingual.
30. Unde se află corpul celular al neuronilor III ai nervului trigemen?
- A. În nucleul tractului spinal al nervului trigemen.
 - B. În protuberanță.
 - C. În nucleii terminali.
 - D. În tegumentul punții Varolio.
 - E. În talamusul optic.
31. Apariția erupțiilor de *Herpes zoster* în zonele de localizare a durerilor pe față este caracteristică doar în afectarea:
- A. Nucleului tractusului spinal al nervului trigemen.
 - B. Uneia din ramurile nervului trigemen.
 - C. Ganglionului semilunar.
 - D. Rădăcinii nervului trigemen.
 - E. Nucleului motor al nervului trigemen.
32. Se numește *trismus*:
- A. O încordare tonică pronunțată a mușchilor masticatori.
 - B. Apariția dereglărilor segmentare ale sensibilității pe față.
 - C. Închiderea ochilor la atingerea unei bucățele de vată de conjunctivă sau corne.
 - D. Închiderea involuntară a gurii la o lovitură ușoară a ciocănașului neurologic pe bărbie, gura fiind întredeschisă.
 - E. Apariția erupțiilor de *Herpes zoster* în zonele de localizare a durerilor pe față.
33. Nervul facial părăsește craniul prin:
- A. Gaura mare occipitală.
 - B. Gaura rotundă.
 - C. Fanta sfenoidă.
 - D. Gaura stilomastoidiană.
 - E. Gaura rotundă.
34. La nivelul lojei parotide nervul facial formează:
- A. *Pes anserinus major*.
 - B. *Pes anserinus minor*.
 - C. *Pes anserinus intermedius*.
 - D. „Lacrimile de crocodil”.
 - E. „Pieptul mare de găină”.

35. În caz de lezare a nervului pietros mare superficial, apare:
- A. Hipersecreția lacrimală.
 - B. Xeroftalmia.
 - C. Hiperacuzia.
 - D. Paralizia mușchilor mimici.
 - E. Ageuzia pe $\frac{2}{3}$ anterioare ale limbii.
36. Alegeți descrierea corectă a hiperacuziei.
- A. Recepție neplăcută, violența sunetelor „obișnuite”.
 - B. Proprietate fiziologică de recepționare deosebit de fină a sunetelor de intensitate mică.
 - C. Auz muzical apropiat de cel absolut.
 - D. Recepție „obișnuită” a sunetelor puternice și „ridicată” a celor slabe.
 - E. Recepție sporită a sunetelor în condiții de stres psihoemoțional.
37. Ce este *prozoplegia*?
- A. Dereglarea recepției gustative pe $\frac{2}{3}$ din suprafața limbii.
 - B. O asimetrie a feței.
 - C. Paralizia mușchilor mimici.
 - D. Paralizia văzului în direcția focarului.
 - E. Lăcrimarea abundentă.
38. Ganglionul spiral Corti este situat în:
- A. Urechea externă.
 - B. Urechea internă, la marginea lamei spiralate a melcului.
 - C. Unghiul ponto-cerebelos.
 - D. Calota ponto-bulbară.
 - E. Oliva superioară și corpul trapezoid.
39. Analizorul auditiv se proiectează pe cortex:
- A. În partea anterioară a circumvoluțiunii temporale superioare.
 - B. În partea medie a circumvoluțiunii temporale superioare.
 - C. În partea posterioară a circumvoluțiunii temporale superioare.
 - D. Pe circumvoluțiunea precentrală din lobul frontal.
 - E. Pe circumvoluțiunea postcentrală din lobul parietal.
40. Distanța dintre examinator și pacient în timpul examinării acuității auditive trebuie să fie de:
- A. 30 cm.
 - B. 1 m.
 - C. 2 m.
 - D. 3 m.
 - E. 6 m.
41. Corpul celular al primului neuron al părții vestibulare a perechii a VIII-a de nervi cranieni se află în:
- A. Ganglionul Scarpa.
 - B. Ganglionul Corti.
 - C. Ganglionul Gasser.
 - D. Ganglionul superior al nervului vag.
 - E. Ganglionul inferior al nervului vag.

42. Unde se află corpul celular al motoneuronului periferic al porțiunii motorii a nervului glosofaringian?
- A. În ganglionul superior al nervului glosofaringian.
 - B. În ganglionul inferior al nervului glosofaringian.
 - C. În nucleul tractusului solitar.
 - D. În nucleul medial al talamusului.
 - E. În nucleul ambiguu.
43. Fibrele parasimpatice din componența nervului glosofaringian controlează:
- A. Funcționarea mușchilor inimii.
 - B. Secreția glandei lacrimale.
 - C. Contractia mușchilor netezi ai organelor interne și vaselor sanguine.
 - D. Secreția glandei parotide.
 - E. Contractia mușchilor striati ai faringelui, vălului palatin, laringelui, epiglotei și părții superioare a esofagului.
44. Corpul neuronului al III-lea senzitiv al nervului vag își are sediul în:
- A. Ganglionul superior al nervului vag.
 - B. Ganglionul inferior al nervului vag.
 - C. Talamus.
 - D. Capsula internă.
 - E. Porțiunea inferioară a circumvoluțiunii postcentrale a cortexului cerebral.
45. Nervul accesoriu (perechea a XI-a) conține în componența sa fibre:
- A. Senzoriale.
 - B. Senzitive.
 - C. Motorii.
 - D. Vegetative parasimpatice.
 - E. Vegetative simpatice.
46. Porțiunea spinală a nervului accesoriu pătrunde în craniu prin:
- A. Gaura ruptă posterioară.
 - B. Gaura occipitală.
 - C. Conductul auditiv intern.
 - D. Gaura stilomastoidiană.
 - E. Gaura ovală.
47. Axonii neuronilor motorii centrali ai nervului hipoglos (*n. hypoglossus*) se termină în:
- A. Bulb.
 - B. Protuberanță.
 - C. Pedunculii cerebrali.
 - D. Genunchiul capsulei interne.
 - E. Mușchii limbii.
48. Se numește *disfagie*:
- A. Dereglarea gustului pe $\frac{1}{3}$ posterioară a limbii.
 - B. Pierderea sensibilității pe partea superioară a faringelui.
 - C. Tulburarea deglutiției pentru solide și lichide.
 - D. Paralizia coardelor vocale.
 - E. Dereglarea sensibilității în mucoasa faringelui.

49. Alegeți descrierea corectă a sindromului altern Jackson:

- A. Leziune omolaterală a nervului III cu hemipareză sau hemiplegie centrală controlaterală.
- B. Leziune omolaterală periferică a nervului trohlear și printr-o hemipareză sau hemiplegie controlaterală.
- C. Simptome de alterare omonimă periferică a nervului hipoglos și hemiplegie sau hemipareză controlaterală.
- D. Pareză omolaterală a văzului, asociată cu ataxie și coreoatetoză din aceeași parte și printr-o hemipareză centrală și hemianestezie controlaterală.
- E. Leziune periferică omonimă a nervilor glosofaringian, vag, accesoriu și hipoglos și hemipareză sau hemiplegie centrală controlaterală corpului.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Dintre cele 12 perechi de nervi cranieni sunt pur senzitive perechile:

- A. I (nervul olfactiv).
- B. II (nervul optic).
- C. III (nervul oculomotor).
- D. V (nervul trigemen).
- E. VIII (nervul acustico-vestibular).

2. Dintre cele 12 perechi de nervi cranieni sunt motorii perechile:

- A. II (nervul optic).
- B. IV (nervul trohlear).
- C. VI (nervul abducens).
- D. XI (nervul accesoriu).
- E. XII (nervul hipoglos).

3. Indicați perechile de nervi cranieni în componența cărora sunt foarte multe fibre vegetative:

- A. III (nervul oculomotor).
- B. V (nervul trigemen).
- C. VII (nervul facial).
- D. IX (nervul glosofaringian).
- E. XI (nervul accesoriu).

4. Indicați centrele primare ale mirosului:

- A. Corpul geniculat lateral.
- B. *Trigonum olfactorius*.
- C. Substanța perforată anterioară.
- D. *Septum pellucidum*.
- E. *Pulvinar thalami*.

5. Examinarea mirosului se efectuează cu ajutorul următoarelor substanțe:

- A. Ulei camforat.
- B. Tinctură de mentă.
- C. Valeriană.
- D. Amoniac.
- E. Acid acetic.

6. Reacția pupilară la lumină (constricția pupilei) se realizează prin arc reflex, la care participă următoarele structuri:
 - A. Fibrele nervului optic.
 - B. Tuberculii cvadrigemeni anteriori ai mezencefalului.
 - C. Nucleul Jakubovici.
 - D. Fibrele nervului oculomotor.
 - E. Mușchiul ciliar.
7. Principalele metode de examinare a nervului optic sunt:
 - A. Controlul acuității vizuale.
 - B. Controlul câmpului vizual.
 - C. Verificarea capacității de diferențiere a culorilor.
 - D. Controlul dimensiunilor și formei pupilei.
 - E. Examenul fundului de ochi.
8. Hemianopsiile omonime apar în cazul lezării:
 - A. Nervului optic.
 - B. Tractului optic.
 - C. Corpului geniculat lateral.
 - D. Chiasmei optice.
 - E. Capsulei interne.
9. Nervul oculomotor (perechea a III-a) inervează mușchii externi ai globilor oculari, cu excepția mușchiului:
 - A. Extern drept.
 - B. Oblic superior.
 - C. Superior drept.
 - D. Intern drept.
 - E. Oblic inferior.
10. Indicați manifestările posibile în cazul leziunii izolate a nervului trohlear:
 - A. Dilatarea pupilei.
 - B. Pareza mușchiului ridicător al pleoapei superioare.
 - C. Anizocoria.
 - D. Limitarea mișcărilor globului ocular în jos și în afară.
 - E. Bolnavul acuză diplopie la privire pe verticală în jos și puțin într-o parte.
11. Sistemul nervului abducens (perechea a VI-a) are următoarele calitative:
 - A. Este format din doi neuroni.
 - B. Neuronul central este situat în partea superioară a circumvoluțiunii precentrale.
 - C. Nucleul (neuronul periferic) este așezat în protuberanță (puntea Varolio), în partea posterioară a ei.
 - D. Fibrele nervului ies prin șanțul bulbo-protuberanțial, lateral eminenței piramidei bulbare.
 - E. Nervul pătrunde în orbită prin fanta sfenoidă și inervează mușchiul drept extern, care deplasează globul ocular în afară (lateral).
12. Deseori, nervul abducens este inclus în procesul patologic ce se dezvoltă la baza creierului, și anume în:
 - A. Accidentul vascular cerebral în teritoriul arterei cerebrale medii.
 - B. Arahnoidita cerebrală.

- C. Tumorile cerebrale.
 - D. Intoxicații.
 - E. Traumatisme.
13. Alegeți afirmațiile corecte care se referă la inervația văzului:
- A. Mișcarea izolată a unui singur glob ocular la omul sănătos este imposibilă.
 - B. Mișcările concomitente ale globilor oculari sunt dirijate de fasciculul longitudinal posterior.
 - C. Fasciculul longitudinal posterior pornește din nucleul Darșkevici al mezencefalului.
 - D. Fasciculul longitudinal posterior leagă nucleii nervilor oculomotori, vestibulari și vagi.
 - E. Leziunea completă a fasciculului longitudinal posterior nu se manifestă clinic, deoarece funcția mișcării asociate a globilor oculari este realizată de centrul cortical din partea posterioară a circumvoluțiunii frontale mijlocii.
14. Examinarea nervilor oculomotori se face în felul următor:
- A. Se precizează dacă bolnavii nu au dereglări de acuitate vizuală.
 - B. Se apreciază dimensiunile fantelor palpebrale și ale pupilelor.
 - C. Se examinează reflexul fotomotor direct și consensual.
 - D. Se efectuează examenul motilității oculare, propunându-i-se pacientului să urmărească mișcările ciocănașului neurologic.
 - E. Se examinează mișcările de convergență ale globilor oculari.
15. Indicați manifestările clinice ce se instalează în cazul leziunii periferice a nervului oculomotor comun (perechea a III-a):
- A. Rămâne conservat reflexul fotomotor.
 - B. Apare paralizia periferică completă a mușchilor globilor oculari.
 - C. Tulburări ale motilității pupilare.
 - D. În cele mai dese cazuri sunt afectați și alți nervi cranieni.
 - E. Rămân conservate reflexele de acomodare la lumină și la distanță.
16. Indicați reflexele care se examinează în cadrul examenului funcției nervului trigemen:
- A. Fotomotor.
 - B. Conjunctival.
 - C. Vălului palatin.
 - D. Cornean.
 - E. Mandibular.
17. Indicați nervii cranieni care ies din protuberanță la nivelul unghiului ponto-cerebelos:
- A. Oculomotor comun.
 - B. Facial.
 - C. Vestibulo-cochlear.
 - D. Intermediar.
 - E. Glosfaringian.
18. Indicați afirmațiile care se referă la metoda de examinare clinică a funcției nervului facial:
- A. Inspectarea mușchilor maseteri în stare de repaus.
 - B. Se atrage atenția cât de pronunțate sunt plicele nazo-labiale și conturul bucal.

- C. Examinarea gustului pe $\frac{2}{3}$ anterioare ale limbii.
 - D. Se precizează dacă nu sunt manifestări de xeroftalmie.
 - E. Pacientului i se propune să-și încrețească fruntea, să închidă strâns ochii, să-și arate dinții.
19. Simptome de lezare a nervului facial sunt:
- A. Paralizia mușchilor mimici.
 - B. Lagoftalmia (ochiul nu poate fi închis complet).
 - C. Manifestarea „Charles Bell”.
 - D. Lăcrimarea abundentă.
 - E. Strabismul divergent.
20. Leziunile nervului facial, situate mai jos de nivelul emergenței în canalul Fallope al nervului pietros mare superficial și al nervului mușchiului scăriței, sunt însoțite de:
- A. Paralizia mușchilor mimici din partea opusă focarului (grupul lor inferior).
 - B. Hemiplegia sau hemipareza din aceeași parte.
 - C. Paralizia mușchilor mimici expresivi ai feței din partea omonimă.
 - D. Lăcrimare abundentă din aceeași parte.
 - E. Lipsa sensibilității gustative pe $\frac{2}{3}$ anterioare ale limbii.
21. Surditatea sau hipoacuzia poate fi:
- A. De inducție.
 - B. De transducție.
 - C. De transmisie.
 - D. De percepție.
 - E. Corticală.
22. Pentru a stabili tipul hipoacuziei, se folosesc:
- A. Proba Rinné.
 - B. Proba Ménière.
 - C. Proba Schwabach.
 - D. Proba Weber.
 - E. Audiometria.
23. Dereglările unilaterale ale auzului sunt posibile la lezarea:
- A. Sistemului auditiv de recepție.
 - B. Părții cohleare a nervului VIII.
 - C. Nucleilor cohleari ai nervului VIII.
 - D. Circumvoluțiunii temporale superioare.
 - E. Circumvoluțiunii temporale inferioare.
24. Indicați nucleii nervului vestibular din trunchiul cerebral:
- A. Rostral.
 - B. Lateral.
 - C. Medial.
 - D. Superior.
 - E. Inferior.
25. Nucleii vestibulari din trunchiul cerebral conectează următoarele formațiuni cortico-subcorticale:
- A. Fasciculul vestibulo-spinal, care se îndreaptă pe partea omonimă spre moto-neuronii din coarnele anterioare ale măduvei spinării.

- B. Fasciculul longitudinal medial.
 - C. Cerebelul, formațiunea reticulată a trunchiului cerebral și nucleul dorsal al nervului vag.
 - D. Talamusul optic, sistemul extrapiramidal, cortexul lobului temporal.
 - E. Circumvoluțiunea parahipocampală.
26. Metoda de examinare a părții vestibulare a nervului VIII cuprinde:
- A. Mai întâi, se precizează dacă pacientul nu acuză hipoacuzie sau dacă nu are zgomote în cap sau în urechi.
 - B. Se determină apariția nistagmusului.
 - C. Probele rotative (scaunul Barany).
 - D. Proba calorică.
 - E. Proba galvanică.
27. Lezarea aparatului vestibular, a labirintului, a părții vestibulare a nervului VIII sau a nucleului său conduce la apariția:
- A. Vertijului.
 - B. Depresiei.
 - C. Nistagmusului.
 - D. Răului de mare.
 - E. Dereglărilor de echilibru și coordonare a mișcărilor.
28. Diagnosticul diferențial în lezarea formațiunilor vestibulare se bazează pe următoarele:
- A. Vertijul devine foarte intens în cazul labirintitei.
 - B. Devierea corpului în poziția Romberg apare numai cu ochii deschiși.
 - C. Ataxia, care are un caracter generalizat și nu e limitată numai de unele extremități, nu e însoțită de tremor intenționat, ca în cazul afectării cerebeloase.
 - D. Nistagmusul, care poate fi orizontal și rotativ, dar nicidecum vertical.
 - E. Simptomele caracteristice lezării aparatului vestibular, de regulă, sunt însoțite de dereglări ale aparatului auditiv (zgomot în urechi, diminuarea acuității auditive).
29. Nervul glosofaringian (perechea a IX-a) conține următoarele feluri de fibre:
- A. Senzoriale.
 - B. Senzitive.
 - C. Motorii.
 - D. Gustative.
 - E. Secretoare.
30. Excitarea fibrelor vegetative (parasimpatice) ale nervului vag provoacă:
- A. Activizarea peristaltismului intestinal.
 - B. Constricția bronhiilor.
 - C. Dilatarea vaselor sanguine.
 - D. Constricția pupilei.
 - E. Bradicardie.
31. Indicați structurile prin care trec axonii neuronilor centrali ai nervului accesoriu:
- A. Brațul anterior al capsulei interne.
 - B. Brațul posterior al capsulei interne.
 - C. Genunchiul capsulei interne.

- D. Pedunculul cerebral.
 - E. Protuberanța.
32. Indicați mușchii inervați de nervul accesoriu (perechea a XI-a):
- A. Mușchii coardei vocale.
 - B. Mușchii vălului palatin și constrictorii ai faringelui.
 - C. Mușchiul sternocleidomastoidian.
 - D. Mușchii stilogloși.
 - E. Mușchiul trapezoid.
33. Selectați manifestările clinice care apar atunci când este lezat nervul accesoriu:
- A. E dereglată mișcarea de ridicare a umerilor.
 - B. E limitată înțorcerea activă a capului.
 - C. Hipotrofia mușchiului pectoral mare.
 - D. Hipotrofia mușchiului trapezoid.
 - E. Reflexul spinal (Bechterew) este abolit sau diminuat.
34. Metoda de examinare a nervului hipoglos cuprinde:
- A. Bolnavului i se propune să deschidă gura.
 - B. Se determină poziția limbii în cavitatea bucală.
 - C. Se determină troficitatea vălului palatin.
 - D. Se determină troficitatea limbii.
 - E. Bolnavul este rugat să scoată limba din cavitatea bucală.
35. Indicați simptomele clinice de lezare a nervului hipoglos:
- A. Capul bolnavului este întors spre partea lezată.
 - B. Se observă o atrofie a hemilimbii.
 - C. Mucoasa hemilimbii este zbârcită.
 - D. Se atestă fibrilații musculare ale limbii.
 - E. Anartrie.
36. Indicați nervii cranieni, lezarea concomitentă a nucleilor și rădăcinilor cărora provoacă apariția sindromului bulbar:
- A. VIII (nervul acustico-vestibular).
 - B. IX (nervul glosofaringian).
 - C. X (nervul vag).
 - D. XI (nervul accesoriu).
 - E. XII (nervul hipoglos).
37. Numiți reflexele patologice ale automatismului oral:
- A. Reflexul nazolabial.
 - B. Reflexul de trompă.
 - C. Reflexul Marinescu-Radovici.
 - D. Reflexul de sugere.
 - E. Reflexul Jakobson-Laska.
38. Sindromul pseudobulbar poate apărea drept consecință a unei maladii:
- A. Vasculare.
 - B. Inflamatoare.
 - C. Tumorale cerebrale.
 - D. Toxice.
 - E. Funcțional-isterice.

39. În funcție de localizarea focarului de leziune, sindroamele alterne pot fi clasificate în:
- A. Diencefalice.
 - B. Hipotalamice.
 - C. Pedunculare.
 - D. Protuberanțiene.
 - E. Bulbare.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

- | | |
|---------------------|---|
| a. Nervul olfactiv. | 1. <i>Fila olfactoria</i> . |
| b. Nervul optic. | 2. „Cornuri” și „bastonașe”. |
| | 3. <i>Bulbus olfactorius</i> . |
| | 4. Substanța perforată anterioară. |
| | 5. <i>Chiasma nervorum opticoorum</i> . |
| | 6. <i>Septum pellucidum</i> . |
| | 7. <i>Uncus</i> . |
| | 8. <i>Pulvinar thalami</i> . |
| | 9. Fasciculul Gratiolet. |
| | 10. Scizura calcarină. |

2. Asociați ramurile nervului trigemen cu zonele pentru care asigură sensibilitatea:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| a. Ramura I
(n. oftalmic). | 1. Partea inferioară a feței. |
| b. Ramura a II-a
(n. maxilar). | 2. Tegumentele regiunii temporale și zigomatice. |
| c. Ramura a III-a
(n. mandibular). | 3. Fruntea. |
| | 4. $\frac{2}{3}$ anterioare ale aponevrozei. |
| | 5. Mucoasa cavității osului sfenoid. |
| | 6. Bărbia. |
| | 7. Buza inferioară. |
| | 8. Palpebra superioară. |
| | 9. Nasul. |
| | 10. Mucoasa faringelui. |
| | 11. Mucoasa vălului palatin. |
| | 12. Urechea externă. |
| | 13. Partea externă a timpanului. |
| | 14. Mucoasa fundului gurii. |
| | 15. Unghiul intern al ochiului. |
| | 16. Mucoasa porțiunii superioare a cavității nazale. |
| | 17. Mucoasa amigdalelor. |
| | 18. Mucoasa buzei superioare. |
| | 19. Mucoasa limbii. |
| | 20. Partea posterioară și cea inferioară ale obrazului. |
| | 21. Conjunctiva lacrimală. |
| | 22. Dinții superiori. |
| | 23. Dinții inferiori. |
| | 24. Tentoriul cerebelar. |
| | 25. Osul frontal. |

3. Asociați nervul cu mușchii pe care îi inervează:

Nervul:

- a. Trigeminal.
- b. Facial.

Mușchiul:

- 1. *Masseteris.*
- 2. *Temporalis.*
- 3. *Pterygoidei medialis.*
- 4. *Pterygoidei lateralis.*
- 5. *Mylohyoideus.*
- 6. *Platysma.*
- 7. *Mentalis.*
- 8. *Zygomaticus major.*
- 9. *Buccinator.*
- 10. *Orbicularis oculi.*
- 11. *Venter frontalis m. epicranii.*

4. Asociați manifestările clinice cu leziunea nervului cranian:

Nervul:

- a. Vestibulocohlear.
- b. Glosofaringian și vag.

Manifestările clinice în caz de lezare:

- 1. Surditate.
- 2. Afonie.
- 3. Halucinații auditive.
- 4. Dereglarea deglutiției pentru lichide.
- 5. Vertij.
- 6. Dereglări de echilibru.
- 7. Vorbire nazonată.
- 8. Bradicardie.
- 9. Nistagmus.
- 10. Asfixie.

5. Asociați sindroamele alterne în funcție de localizarea focarului de leziune.

Focarul de leziune:

- a. Peduncul.
- b. Protuberanță.
- c. Bulb.

Sindromul altern:

- 1. Schmidt.
- 2. Weber.
- 3. Benedikt.
- 4. Rimon-Sestan.
- 5. Millard-Gubler.
- 6. Türc.
- 7. Zahartshenko-Wallenberg.
- 8. Avellis.
- 9. Foville.
- 10. Jackson.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Principiul de organizare a sistemului senzitiv al nervilor cranieni este analogic celui de sensibilitate comună a aparatului segmentar; adică, e alcătuit dintr-un lanț din doi neuroni (corpul celular al primului e așezat în porțiunea inferioară a circumvoluțiunii precentrale din partea opusă, al celui de-al doilea – în trunchiul cerebral).
2. Sistemul nervilor motorii cranieni face parte din tractul piramidal cortico-muscular și e alcătuit dintr-un lanț de trei neuroni (corpul celular al primului e situat în ganglionul periferic, al celui de-al doilea – în nucleul din trunchiul cerebral și al celui de-al treilea – în talamusul optic).
3. Pentru clinică este importantă diminuarea sau pierderea unilaterală a mirosului, fiindcă același simptom bilateral survine, adesea, în urma unei rinite acute sau cronice.
4. Până la intersecție, fibrele optice poartă denumirea de nerv optic, iar după intersecție – de bandeletă optică.
5. Dacă se afectează o jumătate a punții Varolio, atunci globii oculari sunt deplasați în partea opusă focarului („bolnavul își privește hemiplegia”).
6. În nucleul tractului spinal al nervului trigemen sensibilitatea are o reprezentativă somatotopică. Datorită acestui fapt, manifestările clinice de dereglare a sensibilității poartă, în cazul afectării nucleare, un caracter segmentar (zonele Zelder).
7. Deoarece nucleii motorii ai nervilor trigemeni nu au o legătură bilaterală cu cortexul cerebral, lezarea unilaterală a căilor cortico-nucleare provoacă manifestări clinice pe partea omolaterală.
8. Este important să se stabilească diagnosticul diferențial dintre paralizia centrală și cea periferică ale mușchilor limbii. Paralizia centrală apare la lezarea căilor cortico-nucleare.
9. În cazul unei leziuni unilaterale a căilor supranucleare nu vor apărea manifestări clinice de dereglare a funcțiilor nervilor glosofaringian și vag, fiindcă nucleii acestor nervi au o legătură bilaterală cu cortexul cerebral.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 69.
2. E, p. 69.
3. C, p. 69.
4. D, p. 69.
5. B, p. 69.
6. A, p. 69.
7. A, p. 70.
8. E, p. 71.
9. C, p. 71.
10. C, p. 71.
11. E, p. 71.
12. B, p. 71.
13. B, p. 73.
14. B, p. 73.
15. E, p. 73.
16. A, p. 73–74.
17. C, p. 75.
18. B, p. 75.
19. D, p. 76.
20. E, p. 76.
21. C, p. 76.
22. A, p. 76.
23. B, p. 77.
24. D, p. 77.
25. A, p. 77.
26. E, p. 77.
27. A, p. 78.
28. D, p. 79.
29. B, p. 79.
30. E, p. 80.
31. C, p. 82.
32. A, p. 82.
33. D, p. 82.
34. A, p. 82.
35. B, p. 82.
36. A, p. 84.
37. C, p. 85.
38. B, p. 87.
39. B, p. 88.
40. E, p. 88.
41. A, p. 89.
42. E, p. 92.
43. D, p. 92.
44. C, p. 93.
45. C, p. 95.
46. B, p. 95.
47. A, p. 96.
48. C, p. 97.
49. C, p. 99.

II.

1. A, B, E, p. 68.
2. B, C, D, E, p. 68.
3. A, B, C, D, p. 68.
4. B, C, D, p. 69.
5. A, B, C, p. 70.
6. A, B, C, D, p. 71.
7. A, B, C, E, p. 72.
8. B, C, E, p. 73.
9. A, B, p. 73.
10. D, E, p. 76.
11. A, C, D, E, p. 76.
12. B, C, D, E, p. 76.
13. A, B, C, D, p. 77.
14. B, C, D, E, p. 77–79.
15. B, C, D, p. 79.
16. B, D, E, p. 81.
17. B, C, D, p. 82.
18. B, C, D, E, p. 85.
19. A, B, C, D, p. 85.
20. C, D, E, p. 86.
21. C, D, p. 89.
22. A, C, D, E, p. 89.
23. A, B, C, p. 89.
24. B, C, D, E, p. 89.
25. A, B, C, D, p. 89.
26. B, C, D, E, p. 89.
27. A, C, E, p. 90.
28. A, C, D, E, p. 91.
29. B, C, D, E, p. 91.
30. A, B, C, E, p. 93.
31. C, D, E, p. 95.
32. C, E, p. 95.
33. A, B, D, E, p. 95.
34. A, B, D, E, p. 96.
35. B, C, D, E, p. 96–97.
36. B, C, E, p. 97.
37. A, B, C, D, p. 97.
38. A, B, C, D, p. 98.
39. C, D, E, p. 98.

III.

1.
 - a. 1, 3, 4, 6, 7, p. 69–70.
 - b. 2, 5, 8, 9, 10, p. 71.
2.
 - a. 3, 4, 8, 15, 16, 21, 24, 25.
 - b. 2, 5, 9, 10, 11, 17, 18, 22.
 - c. 1, 6, 7, 12, 13, 14, 19, 20, 23, p. 81.
3.
 - a. 1, 2, 3, 4, 5, p. 81.
 - b. 6, 7, 8, 9, 10, 11, p. 83.
4.
 - a. 1, 3, 5, 6, 9, p. 89, p. 90.
 - b. 2, 4, 7, 8, 10, p. 94–95.
5.
 - a. 2, 3, 6.
 - b. 4, 5, 9.
 - c. 1, 7, 8, 10, p. 98–99.

IV.

1. C, p. 68–69.
2. C, p. 68–69.
3. B, p. 70–71.
4. B, p. 71.
5. A, p. 77.
6. A, p. 80.
7. E, p. 82.
8. B, p. 97.
9. A, p. 97.

6. SISTEMUL NERVOS VEGETATIV

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Sistemul nervos vegetativ mai poartă denumirea și de:
 - A. Sistem nervos autonom.
 - B. Sistem extrapiramidal.
 - C. Sistem nervos somatic.
 - D. Sistem nervos animalic.
 - E. Sistem nervos involuntar.
2. Sistemul simpatic are originea în măduva spinării, între segmentele:
 - A. C_2-Th_{12} .
 - B. C_6-L_4 .
 - C. C_8-L_2 .
 - D. C_4-S_2 .
 - E. C_5-S_4 .
3. În cornele laterale ale măduvei spinării, la nivelul C_8-Th_3 , se află centrul spinal simpatic:
 - A. Vaso-pilomotor și sudoral.
 - B. Pupilodilatator.
 - C. Cardioaccelerator.
 - D. Intestinoinhibitor.
 - E. Vezicoinhibitor.
4. Ganglionul stelat este:
 - A. O formațiune care ia naștere din unirea ganglionului simpatic cervical inferior cu primul ganglion toracic (alteori, chiar și cu cel de-al doilea).
 - B. Ganglionul simpatic cervical superior.
 - C. Ganglionul simpatic cervical mijlociu.
 - D. Ganglionul simpatic cervical inferior.
 - E. O formațiune care apare din unirea primului și celui de-al doilea ganglioni simpatici toracici.
5. Indicați numărul ganglionilor existenți pe traiectul fibrelor provenite din lanțul simpatic toracic:
 - A. 5–6.
 - B. 7–8.
 - C. 9–10.
 - D. 10–12.
 - E. 15–20.
6. Specific pentru sistemul parasimpatic este:
 - A. Organizarea neuronală cu totul diferită de cea a sistemului simpatic.
 - B. Implicarea ganglionilor în organizarea efectorie vegetativă.
 - C. Inervația dublă a unui teritoriu.
 - D. Distribuția complexă la periferie.
 - E. Lipsa dispozitivului extranevraxial separat.

7. Nucleul pupiloconstrictor Edinger-Westphal sau fotomotor este situat în:
 - A. Mezencefal, alături de nucleul nervului oculomotor (III).
 - B. Punte, alături de nucleul nervului facial (VII) și de al celui intermediar Wrisberg (nucleul solitar, partea superioară).
 - C. Bulb, alături de nucleul senzitivo-senzorial al nervului glosofaringian (IX), (nucleul solitar, partea medie).
 - D. Planșeul ventriculului IV (nucleul dorsal al nervului vag).
 - E. Lobul occipital al scoarței cerebrale.
8. Glanda parotidă este inervată din:
 - A. Nucleul lacrimomuconazal (din punte).
 - B. Nucleul salivar superior (din punte).
 - C. Nucleul salivar inferior (din bulb).
 - D. Nucleul dorsal al nervului vag (din bulb).
 - E. Nucleul Edinger-Westphal (din mezencefal).
9. Păstrarea integrității nucleului Onufrowicz (nucleul Onuf) în scleroza laterală amiotrofică:
 - A. Se explică prin faptul că el face parte din cadrul sistemului nervos simpatic.
 - B. Este datorată autonomiei funcționale depline a lui.
 - C. Se datorează vascularizării separate a lui din ramura arterei radiculare suplimentare inferioare (Desprograss-Gotterone).
 - D. Se explică prin faptul că el, deși inervează doi mușchi striati (sfincterul vezical extern și sfincterul anal), este de origine vegetativă parasimpatică.
 - E. N-a fost niciodată explicată.
10. Plexul solar inervează:
 - A. Miocardul.
 - B. Bronhiile.
 - C. Vasele pulmonare.
 - D. Viscerele abdominale.
 - E. Viscerele pelvine.
11. Plexul hipogastric este situat:
 - A. La originea vaselor mari ale inimii.
 - B. În pedunculul pulmonar.
 - C. Înaintea aortei abdominale.
 - D. În bazin.
 - E. Sub mucoasa stomacului.
12. Segmentul vegetativ de percepție se află:
 - A. În ganglionii spinali și ganglionii de pe fibrele senzitive ale nervilor cranieni.
 - B. În cornul posterior al măduvei spinării.
 - C. În nucleii senzitivi ai nervilor cranieni.
 - D. În nucleul ventral posterior al talamusului.
 - E. Pe cortexul senzitiv parietal.
13. Mediației colinergice în talamus și în nucleul caudat îi revine:
 - A. 80%.
 - B. 75%.
 - C. 35%.

D. 30%.

E. 20%.

14. Mediația adrenergică predomină la nivelul:

A. Hipotalamusului.

B. Formațiunii reticulate mezencefalo-diencefalice.

C. Cortexului cerebral.

D. Circuitelor sistemului limbic.

E. Cerebelului.

15. Integrarea vegetativă propriu-zisă se realizează prin:

A. Sistemul limbic.

B. Hipotalamus.

C. Antagonismul simpatico-parasimpatic interstimulant.

D. Interdigitația sistemului somato-vegetativ.

E. Prezența centrilor vegetativi în vecinătatea ariilor somatice și asociative corticale.

16. Cea mai reușită denumire a structurilor telencefalice filogenetice antice, distribuite în jurul trunchiului cerebral, descrise de către savantul P. Broca (1870), este:

A. Lob limbic major.

B. Creier olfactiv.

C. Creier visceral.

D. Sistem limbic.

E. Structuri vegetative suprasedimentare.

17. Cea mai antică formațiune cerebrală se numește:

A. Neocortex.

B. Mezocortex.

C. Allocortex.

D. Paraallocortex.

E. Paleocortex.

18. Semnul întrebării din figură semnifică:

A. Circumvoluțiunea parahipocampală.

B. Circumvoluțiunea cingulară.

C. Hipocampusul.

D. Lobul temporal.

E. Amigdala.



19. Centrul superior de integrare vegetativă este:

A. Glanda pituitară.

B. Cortexul cerebral.

C. Hipotalamusul.

D. Sistemul limbic.

E. Formațiunea reticulată.

20. Centrii dipsogeni ai ingestiei de apă sunt situați în:
- A. Hipotalamusul anterior.
 - B. Hipotalamusul posterior.
 - C. Hipotalamusul lateral.
 - D. Hipotalamusul median.
 - E. La nivelul structurilor neurovasculare hipotalamice în pereții ventriculului III.
21. Indicați nucleul hipotalamusului care provoacă hipersecreția hormonului antidiuretic:
- A. Dorsomedial.
 - B. Ventromedial.
 - C. Tuberal lateral.
 - D. Arcuat.
 - E. Supraoptic.
22. Indicați structura din trunchiul cerebral, existența căreia, actualmente, a fost stabilită doar la animale:
- A. Nucleul roșu.
 - B. Olivele.
 - C. Substanța neagră.
 - D. Formațiunea reticulată.
 - E. Nucleul tractusului solitar.
23. Un rol semnificativ în asigurarea unei activități de corelație între structurile-ansambluri ale sistemului nervos vegetativ se atribuie:
- A. Fasciculului medial al creierului anterior.
 - B. Vaselor portale scurte.
 - C. Arterei hipofizare superioare.
 - D. Pedunculului pituitar.
 - E. Neurohipofizei.
24. Unitatea centrală a reglajului vegetativ suprasegmentar este:
- A. Cortexul nou.
 - B. Cortexul superior.
 - C. Complexul limbic reticulat.
 - D. Hipotalamusul.
 - E. Sistemul nervos central.
25. Sinteza catecolaminelor (noradrenalina și adrenalina) începe în:
- A. Celulele efectoare ale organismului.
 - B. Țesutul conjunctiv.
 - C. Butonii terminali.
 - D. Plasma axonului fibrelor adrenergice.
 - E. Veziculele varicozităților nervoase.
26. În sânge, adrenalina și noradrenalina sunt extrem de active:
- A. 1–3 secunde.
 - B. 5–9 secunde.
 - C. 10–30 secunde.
 - D. 1–3 minute.
 - E. 5–10 minute.

27. Indicați efectul acțiunii adrenalinei asupra cordului:
- Crește puternic activitatea cardiacă.
 - Provoacă o vasoconstricție a vaselor coronariene.
 - Provoacă o vasodilatare a vaselor coronariene.
 - Scade activitatea cardiacă.
 - Mărește forța de contracție a cordului fără tahicardie.
28. Hormonul principal al medulosuprarenalei este:
- Serotonina.
 - Metenkefalina.
 - Dopamina.
 - Noradrenalina.
 - Adrenalina.
29. Care neurotransmițător, în condiții patologice, determină apariția maladiei Parkinson?
- Acetilcolina.
 - Noradrenalina.
 - Dopamina.
 - Adrenalina.
 - Acidul glutamic.
30. Unul dintre ultimii candidați la rolul de mediator chimic al influxului nervos este:
- Acidul γ -aminobutiric (GABA).
 - Monoxidul de azot (NO).
 - Glicina.
 - Substanța P.
 - Peptidele opioide.
31. Alegeți afirmația corectă privind fenomenul de iradiere, propriu simpatalgiilor:
- Din sediul său inițial, durerea iradiază într-o zonă Head: teritoriul cutanat corespunzător rădăcinilor rahidiene posterioare de care depinde inervația senzitivă a viscerului afectat.
 - Constă din senzații subiective anormale, pe care bolnavul le descrie drept furnicături, amorțeli, înțepături, senzații de cârcel, de constricție, de căldură sau răceală etc.
 - Se determină în zona receptorilor excitați. Uneori se identifică în zona de proiecție, situată dorsal de sediul durerii, se resimte la o depărtare considerabilă de punctul iritat, iradiind din zona teritoriului nervului afectat în zonele altor ramificații sau în zona altor nervi periferici.
 - Durere cu caracter special, spontană, însoțită de hiperpatie; se intensifică la orice excitație în jumătatea corpului opusă leziunii.
 - Dureri difuze vegetative, fără a le cunoaște cauza.
32. Inervația senzitivă radiculară a apendicelui este asigurată la nivelul:
- $T_1 - T_8$.
 - $T_7 - T_9$.
 - $T_7 - T_{10}$.
 - $T_{12} - L_1$.
 - $T_{10} - L_1$.

33. Examenul electromiografic în cadrul testării excitabilității neuromusculare (explorarea sistemului nervos vegetativ) denotă următoarele:
- A. Potențiale de fasciculații și fibrilații.
 - B. Unde pozitive ascuțite.
 - C. Descărcări miotonice.
 - D. Silențiu.
 - E. Dublete, triplete, multiplete.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Lanțul simpatic cervical furnizează:
 - A. Ramuri cenușii vasculare pentru plexurile carotidiene (intern și extern), vertebrale și subclaviculare, prin intermediul cărora se inervează vasele cervico-cefalice, globii oculari, glandele sudoripare, salivare, lacrimale, tiroida și paratiroidale.
 - B. Ramuri cenușii splanhnice spre inimă, plămâni, esofag, laringe, faringe.
 - C. Ramuri cenușii comunicante nervilor cervicali ce inervează membrele superioare, gâtul, capul.
 - D. Ramuri vasculare și splanhnice spre bronhii, canalul toracic, esofag, aortă, venele azygos.
 - E. Ramuri comunicante cenușii care, împreună cu nervii intercostali, inervează pereții toracelui și partea antero-laterală a abdomenului.
2. Ramurile splanhnice ale trunchiului simpatic lombosacrat realizează funcția de:
 - A. Formare a plexurilor periaortice, din care provin plexurile periarteriale la picioare și plexurile iliace.
 - B. Formare a nervilor hipogastrici.
 - C. Participare la constituirea plexului hipogastric.
 - D. Inervare a organelor perineopelvine.
 - E. Inervare, în comun cu nervii lombari și sacrați, a membrilor inferioare și a peretelui posterior al abdomenului.
3. Neuronii postganglionari ai sistemului parasimpatic formează axoni amielinici ce pornesc din ganglionii previscerali de pe traiectul nervilor cranieni și din plexurile vegetative și se repartizează în:
 - A. Globii oculari.
 - B. Glandele lacrimale.
 - C. Glandele salivare.
 - D. Glandele mucoase ale faringelui.
 - E. Mușchii striati.
4. Sistemul parasimpatic nu formează:
 - A. Ramuri vasculare.
 - B. Plexuri vegetative, care asigură o inervație dublă a unui teritoriu.
 - C. Ramuri comunicante albe.
 - D. Ramuri comunicante cenușii.
 - E. Ramuri splanhnice.

5. Dispozitivul extranevraxial al sistemului parasimpatic cranian este constituit din:
 - A. Partea parasimpatică a nervului oculomotor (III).
 - B. Partea parasimpatică a nervului facial (VII).
 - C. Axonii parasimpatici din componența nervilor glosfaringian (IX), pietros mic.
 - D. Axonii preganglionari din componența nervului vag (X).
 - E. Partea parasimpatică a nervului hipoglos (XII).
6. Dispozitivul intranevraxial al sistemului parasimpatic sacrat este constituit din:
 - A. Zona activatoare a centrului ano-spinal.
 - B. Zona activatoare a centrului vezico-spinal.
 - C. Zona de erecție a centrului genito-spinal.
 - D. Zona activatoare a glandelor tubului digestiv.
 - E. Zona activatoare a mușchilor netezi.
7. Selectați afirmațiile corecte referitoare la dispozitivul extranevraxial al sistemului parasimpatic sacrat:
 - A. Este reprezentat de nervii erectori Eckard sau nervii pelvini (nervi erigentes).
 - B. Formează, împreună cu sistemul simpatic lombosacrat, plexul hipogastric.
 - C. Fibrele preganglionare se termină în ganglionii hipogastrici situați pe traiectul nervilor, aproape de viscere.
 - D. Axonul postganglionar scurt inervează vezica urinară, jumătatea inferioară a colonului, alte organe pelvine, contribuind la actul de erecție și la deșertarea acestor organe.
 - E. Trimite fibre preganglionare părții medulare a glandei suprarenale.
8. Cele mai importante plexuri vegetative sunt:
 - A. Brahial.
 - B. Cardiac.
 - C. Pulmonar.
 - D. Solar.
 - E. Hipogastric.
9. Sistemul aferent vegetativ este constituit din:
 - A. Neuronul de tip alfa din coarnele medulare anterioare.
 - B. Segmentul de recepție.
 - C. Segmentul de conducere.
 - D. Segmentul de percepție.
 - E. Teritoriul somatic, format din terminații nervoase libere.
10. Informația chemo- și presoreceptorie din zonele vasculo-reflexogene se transmite prin nervii senzitiv independenți:
 - A. Nervul sinocarotidian Hering (provenit din nervul glosfaringian).
 - B. Nervul depresor Cyon-Ludwig (al nervului vag).
 - C. Nervul erector Eckard.
 - D. Nervul intermediar Wrisberg (perechea a VII-a).
 - E. Nervul perineal.
11. Funcțiile vegetative superioare sunt determinate de următorii centri vegetativi superiori:
 - A. Nucleii Goli și Burdach.
 - B. Formațiunea reticulată.
 - C. Hipotalamus.

- D. Cortexul cerebral.
E. Sistemul limbic.
12. Alegeți din funcțiile sistemului nervos vegetativ, enumerate mai jos, activitățile de integrare simpatico-parasimpatică și somatică:
A. Constricția pupilei.
B. Respirația.
C. Relaxarea mușchiului neted.
D. Termoreglarea.
E. Circulația.
13. Structurile cerebro-spinale au capacitatea de a integra și prelucra informația primită prin intermediul:
A. Analizorului olfactiv.
B. Nervului optic.
C. Nervului vestibulocohlear.
D. Sensibilității specifice talamo-corticale.
E. Aferențelor nespecifice ale formațiunii reticulate prin procese enzimo-chimice încă insuficient cunoscute.
14. După Cier și Hermann (1970), centrii nervoși vegetativi sunt de următoarele tipuri:
A. De comandă.
B. De integrare.
C. De coordonare.
D. De modulare.
E. De amplificare.
15. Centrii nervoși vegetativi de comandă sunt localizați în:
A. Măduva spinării.
B. Bulbul rahidian.
C. Mezencefal.
D. Formațiunea reticulată.
E. Talamus.
16. În centrul verigii sistemului limbic se află:
A. Hipocampul.
B. Circumvoluțiunea piriformă.
C. Complexul amigdalian.
D. Cortexul piriform.
E. Bulbul olfactiv.
17. Regiunea limbică posterioară constă din:
A. Bulbul olfactiv.
B. Tractul olfactiv.
C. Tuberculul olfactiv.
D. Șanțul cingular.
E. Hipocamp.
18. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la aspectele anatomice ale hipotalamusului:
A. Este situat pe convexul creierului.
B. Este situat în romboidul optopeduncular.
C. Este situat sub ventriculul III.

- D. Formează partea ventrală a mezencefalului.
 - E. Aparține diencefalului.
19. Se propune divizarea hipotalamusului în următoarele arii:
- A. Anterioară.
 - B. Mediomedială.
 - C. Mediolaterală.
 - D. Posterioară.
 - E. Bazală.
20. Sursă de aferență a hipotalamusului este:
- A. Fasciculul longitudinal posterior.
 - B. Fasciculul tectomamilar (Gudden).
 - C. Sistemul limbic al creierului anterior.
 - D. Formațiunea reticulată.
 - E. Fasciculul mamilotalamic.
21. Indicați nucleii hipotalamici specifici, proiectați pe hipofiză, cu capacități neurocrinice:
- A. Supraoptic.
 - B. Paraventricular.
 - C. Microcelular al tuberculului cenușiu.
 - D. Arcuat.
 - E. Dorsomedial.
22. Indicați fenomenele ce au loc la iritarea hipotalamusului posterior:
- A. Tahicardie.
 - B. Hipertensiune arterială.
 - C. Midriază.
 - D. Hipoglicemie.
 - E. Reacții de agresivitate.
23. Funcțiile particulare integrative ale formațiunii reticulate au fost subdivizate în modul următor (K. Lissak, 1960):
- A. Controlul stărilor de somn-veghe.
 - B. Controlul muscular fazic și tonic.
 - C. Descifrarea semnalelor informaționale ale mediului ambiant prin metoda modificării și conducerii impulsurilor venite pe diverse căi.
 - D. Coordonarea anatomo-fiziologică a celor mai variate procese, începând cu funcțiile vitale de bază ale organismului și sfârșind cu manifestările comportamentale din timpul reacțiilor de adaptare la mediu.
 - E. Integrarea activităților somato-vegetative și endocrine.
24. Calea reticulospinală a formațiunii reticulate are următoarele funcții:
- A. Participă la reglarea somnului și veghii.
 - B. Are influențe inhibitoare asupra aparatului segmentar spinal.
 - C. Reglează activitatea sistemelor cardiovascular și respirator.
 - D. Gestionează activitatea bioelectrică sumară a encefalului.
 - E. Asigură inervația segmentară a extremității cefalice.
25. Indicați ce se întâmplă în cazul scăderii presiunii sanguine:
- A. Se produc fenomene predominant parasimpatice.

- B. Tahicardie.
 - C. Vasodilatație.
 - D. Crește debitul cardiac.
 - E. Crește rezistența periferică.
26. Care structuri pot fi considerate ansambluri (formațiuni) separate ale sistemului funcțional cerebral, ce asigură integritatea funcțională a organismului?
- A. Structurile rinencefalice.
 - B. Septul pellucidum.
 - C. Cerebelul.
 - D. Hipotalamusul.
 - E. Formațiunea reticulată.
27. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la cortexul vegetativ:
- A. Cortexul frontal și rinencefalul, în condiții experimentale de stimulare (nu de distrucție), și-au confirmat rolul în reglarea vegetativă.
 - B. Există o specificitate strictă a efectelor stimulatorii din diferite zone corticale vegetative.
 - C. Influența vegetativă se realizează prin numeroase fibre ce intră în componența căilor piramidale și extrapiramidale.
 - D. Cortexul vegetativ produce răspunsuri vegetative și comportamentale foarte variate, implicând conexiuni în dublu sens cu hipotalamusul.
 - E. Ca și anatomia, fiziologia sistemului nervos vegetativ posedă o serie de particularități, care determină nu doar „viața organică și animală” a individului, ci chiar și existența lui în anumite condiții patologice.
28. Particularitățile de diferențiere a complexului limbic reticulat de aparatul segmentar sunt următoarele:
- A. Motoneuronii efectori nu sunt proiectați direct pe mușchiul scheletic.
 - B. Motoneuronii efectori sunt localizați în ganglioni în afara sistemului nervos central și sunt controlați de neuronii centrali preganglionari.
 - C. Excitarea acestor structuri nu provoacă reacții vegetative specifice, ci deviații combinate (psiho-somatice-vegetative).
 - D. Extirparea lor nu provoacă dereglăriordonate, cu excepția afectării centrilor specializați.
 - E. Lipsesc particularitățile anatomo-fiziologice specifice, caracteristice aparatului segmentar vegetativ.
29. După secreția din axoplasma terminațiilor nervoase, noradrenalina se repartizează în următoarele moduri:
- A. Se fixează pe suprafața externă a membranelor citoplasmatic.
 - B. Se fixează pe suprafața internă a membranelor citoplasmatic.
 - C. 50–80% din cantitatea totală este difuzată în țesuturi, restul – recaptată de terminațiile adrenergice.
 - D. Noradrenalina este difuzată în țesutul ambiant, apoi în sânge.
 - E. O cantitate foarte mică este distribuită de enzimele MAO (monoaminotransferaza) și COMT (catecol-O-metiltransferaza).
30. Acetilcolina, în calitate de neuromediator, se eliberează din:
- A. Butonii terminali ai fibrelor motorii somatice.
 - B. Fibrele preganglionare simpatice.

- C. Fibrele preganglionare parasimpatice.
 - D. Neuronii colinergici ai nucleilor bazali, ai sistemului limbic și neocortexului.
 - E. Granulele cromafine ale medulosuprarenalei.
31. În cea mai mare parte, dopamina se află la nivel central în:
- A. Nucleii bazali.
 - B. Căile nigro-bazale.
 - C. Căile mezencefalo-limbice.
 - D. Nucleii cerebelului.
 - E. Nucleii nervilor cranieni din trunchiul cerebral.
32. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la dopamină:
- A. Sinteza și eliberarea ei implică sistemul tubero-infundibular.
 - B. Este un precursor al noradrenalinei.
 - C. Este un mediator chimic central și al unor fibre simpatice periferice.
 - D. Lipsește totalmente în plămâni, intestine, rinichi, corpusculii carotidieni, splină.
 - E. La nivelul aparatului cardiovascular se comportă ca un agonist de tip β_1 -adrenergic.
33. Simpatalgile au câteva proprietăți specifice doar lor:
- A. Viscerele nu sunt sensibile la înțepături, atingeri extrinseci.
 - B. Viscerele răspund prin durere numai la spasm, distensie, iritație mucoasă; deci au stimulii lor algogeni.
 - C. Apar în cadrul leziunilor tisulare, care excită receptorii de durere și fibrele somatice.
 - D. Nu sunt sensibile la morfină și la alte preparate opiacee în doze terapeutice obișnuite.
 - E. Deși au sediu, iradiază.
34. În funcție de natura excitantului și de localizare, receptorii se clasifică în:
- A. Comuni.
 - B. Specializați.
 - C. Exteroreceptori.
 - D. Proprioreceptori.
 - E. Interoreceptori.
35. Indicați testele de explorare a excitabilității neuromusculare în cadrul examenului sistemului nervos vegetativ:
- A. Semnul Chvostek.
 - B. Semnul Trousseau.
 - C. Manevra Trousseau-Bonsdorff.
 - D. Explorarea electromiografică.
 - E. Explorarea electroencefalografică.
36. Hiperventilația voluntară cu durată de 3 minute poate provoca anumite simptome ce se întâlnesc în timpul crizelor vegetative, și anume:
- A. Pierderea cunoștinței cu durată de câteva secunde.
 - B. Ptoză palpebrală superioară bilaterală.
 - C. Palpitații cardiace.
 - D. Dispnee.
 - E. Anxietate.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați proprietățile fiecărui sistem:

- | | |
|-------------------------------|---|
| a. Sistemul nervos vegetativ. | 1. Inervează miocardul. |
| b. Sistemul nervos somatic. | 2. Inervează glandele salivare. |
| | 3. Inervează mușchii scheletici. |
| | 4. Inervează mușchii netezi. |
| | 5. Asigură două teritorii de inervație: visceral și nevisceral. |
| | 6. Asigură un singur teritoriu. |
| | 7. Formează în ansamblu „viața organică”. |
| | 8. Formează așa-numita „viață animală”. |

2. Asociați cifrele cu literele:

- | | |
|---------------------------|--|
| a. Sistemul simpatic. | 1. Conține extranevraxial <i>ganglioni latero-vertebrali incluși în lanțurile ganglionare paravertebrale</i> . |
| b. Sistemul parasimpatic. | 2. Are ganglioni <i>previscerali</i> . |
| | 3. Centrii de origine se află în coarnele medulare laterale C ₈ –L ₂ . |
| | 4. Centrii de origine se află în trunchiul cerebral și porțiunea intermediară a măduvei sacrate. |
| | 5. Dispozitivul de repartiție periferică este independent și are trei segmente. |
| | 6. Dispozitivul extranevraxial nu este independent și folosește căi de împrumut. |

3. Clasificați structurile limbice:

- | | |
|--|-----------------------------|
| a. După principiul anatomic. | 1. Regiunea bazală. |
| b. După principiul anatomo-funcțional. | 2. Regiunea oromediobazală. |
| | 3. Regiunea limbică. |
| | 4. Regiunea posterioară. |

4. Asociați structurile limbice cu componentele lor anatomice și funcționale:

- | | |
|-----------------------------|---|
| a. Regiunea oromediobazală. | 1. Șanțul cingular. |
| b. Regiunea posterioară. | 2. Hipocampusul. |
| | 3. Participă în organizarea comportamentului complex. |
| | 4. Reglează funcțiile vegeto-viscerale. |
| | 5. Participă în procesele mnestice. |
| | 6. Reglează actele comportamentale de alimentație. |
| | 7. Reglează funcțiile sexuale. |
| | 8. Reglează funcțiile sferei emoționale. |

5. Asociați ariile hipotalamusului cu părțile lor componente:

Ariile:

- a. Anterioară.
- b. Medio-medială.
- c. Medio-laterală.
- d. Posterioară.

Părțile componente:

- 1. Regiunea preoptică medială.
- 2. Regiunea preoptică laterală.
- 3. Nucleul suprahiasmatic.
- 4. Nucleul supraoptic.
- 5. Nucleul paraventricular.
- 6. Câmpul hipotalamic anterior.
- 7. Nucleul ventromedial.
- 8. Nucleul dorsomedial.
- 9. Infundibulul.
- 10. Câmpul hipotalamic posterior.
- 11. Nucleul lateral hipotalamic.
- 12. Nucleul tubero-lateral.
- 13. Nucleul tubero-mamilar.
- 14. Nucleul perifornical.
- 15. Câmpul hipotalamic lateral.
- 16. Nucleul mamilar medial.
- 17. Nucleul mamilar lateral.

6. Asociați căile de comunicație aferente și eferente ale hipotalamusului:

- a. Aferente.
- b. Eferente.

- 1. Fasciculul medial al creierului anterior.
- 2. Fasciculul longitudinal posterior.
- 3. Stria terminalis.
- 4. Fasciculul tectomamilar (Gudden).
- 5. Căile talamo- și strio-palidare.
- 6. Fasciculul mamilotalamic.
- 7. Tractul tegmental cerebral (talamo-olivar).
- 8. Calea hipotalamo-hipofizară.
- 9. Căile de la cortexul orbital, temporal, parietal.
- 10. Calea tubero-hipofizară.

7. Asociați centrii cu partea hipotalamusului unde ei își au sediul:

- a. Hipotalamusul anterior.
- b. Hipotalamusul posterior.
- c. Hipotalamusul lateral.
- d. Hipotalamusul median.

- 1. Centrul salivăției (cuplat cu centrul foamei).
- 2. Centrul foamei, stimulator al ingestiei de alimente.
- 3. Centrii ergotropi simpatici (termogenetici și vasoconstrictori).
- 4. Centrii trofotropi parasimpatici (vasodilatatori, termolitici, glucostatici).

8. Asociați sistemele sistemului nervos vegetativ suprasegmentar cu proprietățile lor:
- a. Sistemul ergotrop.
 - b. Sistemul trofotrop.
1. Contribuie la ajustarea proceselor de adaptare la variațiile mediului ambiant, asigurând activitatea psihică, fizică și catabolismul.
 2. Condiționează procesele anabolice și reacțiile endofilactice, asigurând funcțiile de nutriție și contribuind la menținerea echilibrului homeostatic.
 3. Determină perioadele de odihnă ale organismului, somnul „lent”, starea organelor digestive și mobilizează aparatul vagoinșular.
 4. Determină activarea psihică, preparatul motor, mobilizarea vegetativă.
 5. Asigură o hemocirculație optimă în musculatura activă, crește tensiunea arterială, mărindu-i minut-volumul.
 6. Provoacă diminuarea ritmului cardiac, scade puterea contractibilității sistolice, crește durata diastolică, scade tensiunea arterială.
 7. Respirația devine moderată, calmantă, bronhiile – ușor spasmate.
 8. Se dilată arterele coronare și pulmonare, se contractă splina și alte depozite hematopoietice.
 9. La nivel renal are loc o vasoconstricție considerabilă.
 10. Bronhiile se dilată, simultan crescând ventilația pulmonară și metabolismul gazos alveolar.
 11. Crește peristaltica intestinală și secreția sucurilor digestive.
 12. Își intensifică funcțiile organelor excretorii.
 13. Are loc o inhibare motorie a sistemelor somatice.
 14. Se inhibă peristaltica tractului gastro-intestinal și secreția sucurilor digestive.
 15. În ficat se mobilizează resursele glicogenice.
 16. Se inhibă defecația și micțiunile urinare.
 17. Sistemele termoreglatorii apără organismul de supratermie.
 18. Crește capacitatea musculaturii striate, pupila se dilată, mărindu-se excitabilitatea receptorilor, acuitatea atenției.

9. Indicați testele de explorare a sistemului nervos vegetativ suprasegmentar și testele de explorare a sistemului nervos vegetativ segmentar.

Sistemul nervos vegetativ:

- a. Suprasegmentar.
- b. Segmentar.

Testele:

- 1. Proba ortostatică.
- 2. Determinarea variațiilor tensiunii arteriale la efort izometric.
- 3. Înregistrarea poligrafică simultană a unui șir de parametri vegetativi.
- 4. Examinarea excitabilității neuromusculare.
- 5. Proba de hiperventilație.
- 6. Manevra Valsalva.
- 7. Testarea psihologică.
- 8. Electroencefalografia, electrocardiografia, electromiografia (în cadrul înregistrării poligrafice).
- 9. Sudorația, termoreglarea.
- 10. Metoda reacțiilor dermato-galvanice.
- 11. Determinarea temperaturii superficiale cu termovizori.
- 12. Explorări ale funcțiilor hormonale și neuro-umorale.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Axonul protoneuronului vegetativ senzitiv face sinapse cu deutoneuronul senzitiv și cu neuronul vegetativ preganglionar, participând astfel în reflexele segmentare și suprasegmentare.
2. Reacțiile somato-vegetative de natură hipotalamică, de exemplu cele vasomotorii, hidroelectrolitice din procesele de termoreglare, se realizează pe cale vegetativă simpatico-parasimpatică, pe când frisonul termic este o manifestare pur somatică.
3. Răspunsurile comportamentale (stări de panică, furie sau aversiune) nu pot fi considerate primitive, întrucât nu pot fi obținute la animalul decorticat prin stimulare hipotalamică.
4. Neuronii preganglionari simpatici sunt aglomerați în ganglionii lanțului simpatic cu traseul paralel măduvei spinării de la primul segment spinal toracic până la segmentele lombare superioare, pe când neuronii preganglionari parasimpatici sunt localizați în cadrul trunchiului cerebral și în segmentele S_2 – S_4 ale măduvei spinării.
5. Homeostazia circulatorie este reglată prin reacții neuromorale compensatoare, realizate prin zonele reflexogene sinocarotidiană și endocardio-aortică, determinate de presiunea vasculară și gazele sanguine.
6. Sistemul nervos vegetativ asigură relațiile reciproce dintre organism și mediu, pe când sistemul somatic stabilește relațiile neuromorale dintre organele aceluiași organism.
7. Excitabilitatea neuromusculară (ce stă la baza fenomenelor de tetanie), fiind conectată cu reacțiile vegetative, este un marker relevant al acestora.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Axonul protoneuronului vegetativ senzitiv face sinapse cu deutoneuronul senzitiv și cu neuronul vegetativ preganglionar, participând astfel în reflexele segmentare și suprasegmentare.
2. Reacțiile somato-vegetative de natură hipotalamică, de exemplu cele vasomotorii, hidroelectrolitice din procesele de termoreglare, se realizează pe cale vegetativă simpatico-parasimpatică, pe când frisonul termic este o manifestare pur somatică.
3. Răspunsurile comportamentale (stări de panică, furie sau aversiune) nu pot fi considerate primitive, întrucât nu pot fi obținute la animalul decorticat prin stimulare hipotalamică.
4. Neuronii preganglionari simpatici sunt aglomerați în ganglionii lanțului simpatic cu traseul paralel măduvei spinării de la primul segment spinal toracic până la segmentele lombare superioare, pe când neuronii preganglionari parasimpatici sunt localizați în cadrul trunchiului cerebral și în segmentele S_2 – S_4 ale măduvei spinării.
5. Homeostazia circulatorie este reglată prin reacții neuromorale compensatoare, realizate prin zonele reflexogene sinocarotidiană și endocardio-aortică, determinate de presiunea vasculară și gazele sanguine.
6. Sistemul nervos vegetativ asigură relațiile reciproce dintre organism și mediu, pe când sistemul somatic stabilește relațiile neuromorale dintre organele aceluiași organism.
7. Excitabilitatea neuromusculară (ce stă la baza fenomenelor de tetanie), fiind conectată cu reacțiile vegetative, este un marker relevant al acestora.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 100.
2. C, p. 101.
3. B, p. 102.
4. A, p. 102.
5. D, p. 103.
6. E, p. 103.
7. A, p. 104.
8. C, p. 104.
9. E, p. 105.
10. D, p. 105.
11. D, p. 105.
12. E, p. 106.
13. A, p. 106.
14. B, p. 106.
15. C, p. 106.
16. D, p. 107.
17. E, p. 107.
18. B, p. 108.
19. C, p. 110.
20. E, p. 110.
21. E, p. 110.
22. A, p. 111.
23. A, p. 113.
24. C, p. 114.
25. D, p. 117.
26. C, p. 117.
27. A, p. 117.
28. E, p. 118.
29. C, p. 119.
30. B, p. 119.
31. A, p. 120.
32. D, p. 120.
33. E, p. 121.

II.

1. A, B, C, p. 102–103.
2. B, C, D, p. 103.
3. A, B, C, D, p. 103.
4. A, D, p. 103.
5. A, B, C, D, p. 104.
6. A, B, C, p. 104.
7. A, B, C, D, p. 105.
8. B, C, D, E, p. 105.
9. B, C, D, p. 105.
10. A, B, p. 106.
11. B, C, D, E, p. 106.
12. B, D, E, p. 106.
13. D, E, p. 106.
14. A, B, p. 106.
15. A, B, C, p. 106.
16. A, C, p. 107.
17. D, E, p. 107.
18. B, C, D, E, p. 107.
19. A, B, C, D, p. 109.
20. C, D, p. 109.
21. A, B, C, p. 109.
22. A, B, C, E, p. 110.
23. A, B, C, p. 112.
24. B, C, p. 112.
25. B, C, E, p. 112–113.
26. A, B, D, E, p. 113.
27. A, C, D, E, p. 113.
28. C, D, E, p. 114.
29. C, D, E, p. 117.
30. A, B, C, D, p. 118.
31. A, B, C, p. 119.
32. A, B, C, E, p. 119.
33. A, B, E, p. 119–120.
34. C, D, E, p. 120.
35. A, B, C, D, p. 121.
36. C, D, E, p. 121.

III.

1.
 - a. 1, 2, 4, 5, 7.
 - b. 3, 6, 8, p. 100.
2.
 - a. 1, 3, 5.
 - b. 2, 4, 6, p. 101–102.
3.
 - a. 1, 3.
 - b. 2, 4, p. 107.
4.
 - a. 4, 6, 7, 8.
 - b. 1, 2, 3, 5, p. 107.
5.
 - a. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.
 - b. 8, 9, 10, 11.
 - c. 12, 13, 14, 15, 16.
 - d. 17, 18, p. 109.
6.
 - a. 1, 3, 5, 7, 9.
 - b. 2, 4, 6, 8, 10, p. 109.
7.
 - a. 4.
 - b. 3.
 - c. 2.
 - d. 1, p. 110.
8.
 - a. 1, 4, 5, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, p. 114–115.
 - b. 2, 3, 6, 7, 11, 12, 13, p. 115.
9.
 - a. 3, 4, 5, 7, 8, 12, p. 121.
 - b. 1, 2, 6, 9, 10, 11, p. 121–122.

IV.

1. A, p. 106.
2. A, p. 110.
3. E, p. 111.
4. B, planșa colorată, fig. 63.
5. A, p. 112.
6. B, p. 114.
7. A, p. 121.

7. CORTEXUL CEREBRAL

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Cel mai nou etaj al sistemului nervos este:
 - A. Cortexul cerebral.
 - B. Măduva spinării.
 - C. Ganglionii bazali.
 - D. Sistemul nervos vegetativ segmentar.
 - E. Formațiunea reticulată.
2. Cercetările neurofiziologice din ultimii ani au dovedit cu lux de amănunte că activitatea cortexului cerebral depinde integral de:
 - A. Sistemul hormonal al organismului uman.
 - B. Funcționarea structurilor subcorticale.
 - C. Sistemul nervos autonom.
 - D. Formațiunea reticulată.
 - E. Trunchiul cerebral.
3. Al doilea sistem de semnalizare semnifică:
 - A. Organizarea ierarhică verticală a funcțiilor sistemului nervos.
 - B. Substanța albă cerebrală.
 - C. Substanța cenușie cerebrală.
 - D. Gândirea abstractă.
 - E. Suprafața emisferelor cerebrale.
4. Denumirea *pallium* semnifică:
 - A. Emisferă cerebrală.
 - B. Structură arhaică.
 - C. Mantie.
 - D. Limbaj.
 - E. Cortex cerebral.
5. Indicați grosimea cortexului cerebral:
 - A. 0,5–0,7 mm.
 - B. 0,8–1,2 mm.
 - C. 1,3–4,5 mm.
 - D. 5,6–5,0 mm.
 - E. 5,1–5,5 mm.
6. Cea mai importantă cale de comunicare interemisferică este:
 - A. Scizura centrală (Rolando).
 - B. Aria 44 (Broca).
 - C. Scizura Sylvius.
 - D. Corpul calos.
 - E. *Gyri occipitalis superiores*.
7. Cea mai mare parte a cortexului emisferelor (95,6%) o alcătuiește:
 - A. Cortexul vechi (*allocortex*).

- B. Cortexul nou (*neocortex*).
 - C. Celulele giganto-piramidale (celulele Betz).
 - D. Stratul molecular.
 - E. Stratul granular extern.
8. Indicați descrierea corectă a stratului I (molecular) al neocortexului după K. Brodmann:
- A. Este situat imediat sub *pia mater* și conține, în special, ramificații terminale ale numeroaselor dendrite ale celulelor nervoase și ale cilindrilor axonali, împlețiți reticular.
 - B. Conține o mulțime de celule mici, rotunde, poligonale sau triunghiulare, asemănătoare cu niște grăunți.
 - C. Conține celule piramidale mici și mijlocii, bine dezvoltate, însă dispuse destul de rar.
 - D. Conține celule granulare mici.
 - E. Conține celule polimorfe și fusiforme, situate perpendicular pe suprafața cortexului, axonii cărora pătrund în substanța albă a emisferelor.
9. Calea tegmentală este:
- A. Un strat de substanță albă, așezat între *nucleus lentiformis*, pe de o parte, și *nucleus caudatus* cu *thalamus opticus*, pe de altă parte.
 - B. Suprafața orbitală a lobului frontal, ce se leagă cu polul temporal prin intermediul fascicului reprezentat sub formă de cârlig (*fasciculus uncinatus*).
 - C. Partea terminală a căii senzitive, prin care trec fibrele ce leagă talamusul cu lobul occipital (analizorul optic) și cu lobul temporal (analizorul auditiv).
 - D. Calea care conduce impulsurile voluntare motorii spre mușchii trunchiului și ai extremităților.
 - E. Calea ce începe din cortexul cerebral și duce spre nucleii punții Varolio.
10. Cel mai vechi segment al prozencefalului în sens filogenetic este:
- A. Creierul olfactiv (*rhinencephalon*).
 - B. Complexul limbico-reticular.
 - C. Cortexul cerebral.
 - D. *Nucleus lentiformis*.
 - E. *Nucleus caudatus*.
11. Indicați motivul ce a dat naștere conceptului *emisferă dominantă* sau *majoră*:
- A. În cadrul leziunilor sistemului limbico-reticulat, apar o mulțime de simptome și sindroame clinice (deregări sexuale, tulburări de memorie), care se manifestă prin sindromul Korsakov, derăglări vegetative-endocrine, tulburări de somn etc.
 - B. Cercetările neurofiziologice din ultimii ani au dovedit cu lux de amănunte că activitatea cortexului cerebral depinde integral de funcționarea structurilor subcorticale.
 - C. În anul 1874, savantul ucrainean V.A. Betz a descris celulele giganto-piramidale din care ia naștere fasciculusul piramidal.
 - D. Descoperirea perturbării funcției limbajului, determinată exclusiv de o leziune a emisferei stângi.
 - E. Două arii simetrice ale creierului pot fi echivalente din punct de vedere funcțional, dar controlează părți opuse ale corpului sau spațiului.

12. Neuropsihologul stabilește diagnosticul leziunii cerebrale utilizând:
- A. Examenul neurologic obiectiv.
 - B. Teste standardizate, ce permit evaluarea performanțelor psihologice ale unui pacient în interiorul scalei cantitative a testului.
 - C. Rezonanța magnetică cerebrală.
 - D. Tomografia prin emisie de pozitroni.
 - E. CT cerebrală.
13. Tomografia prin emisie de pozitroni încă în stadiul inițial al demenței de tip Alzheimer remarcă:
- A. O creștere a fluxului sanguin cerebral în cortexul occipital.
 - B. Activarea cortexului în aria somatosenzorială secundară.
 - C. Activarea cortexului frontal.
 - D. Inhibarea regiunilor parietale posterioare.
 - E. Un hipometabolism adesea asimetric și predominant parietal superior.
14. Care evenimente recente au redus, într-o anumită măsură, numărul de cazuri în care examenul neuropsihologic este util în diagnosticul de localizare?
- A. Realizările de ultimă oră în domeniul fiziologiei omului.
 - B. Descoperirea genomului uman.
 - C. Ultimele achiziții în domeniul biochimiei neurotransmițătorilor.
 - D. Descoperirile din domeniul telemedicinei și sistemelor informaționale integrate.
 - E. Progresele recente ale tehnicilor neuroradiologice.
15. La mai mulți ani după un traumatism craniocerebral sau o intoxicație, singurele fenomene reziduale susceptibile de a indica prezența unei leziuni cerebrale pot fi:
- A. Deficiențele neuropsihologice.
 - B. Neurastenia și cefaleea musculotonică.
 - C. Atacurile de panică.
 - D. Dereglările de somn.
 - E. Tulburările de comportament.
16. Afazia Broca se caracterizează prin:
- A. Producție verbală abundentă și incoerentă. Limbaj normal articulat, dar logoreic, cu prezența multor parafazii, neologisme asemantice.
 - B. Dezintegrare fonetică asociată cu reducerea spontaneității verbale.
 - C. Pierderea înțelegerii limbajului oral și imposibilitatea repetării, contrastând cu o înțelegere normală a limbajului scris.
 - D. Limbaj spontan, bogat în parafazii fonemice sau verbale, dezorganizare severă a repetării cuvintelor sau frazelor cu păstrarea remarcabilă a înțelegerii cuvintelor auzite sau văzute.
 - E. Pierderea capacității bolnavului de a citi și de a deosebi culorile.
17. Ce se numește disprozodie?
- A. Discurs încetinit, monoton, silabisit, emis cu efort.
 - B. Denumirea corectă a obiectelor și imaginilor în absența apraxiei.
 - C. Vorbire rară, constând esențial din nume, verbe tranzitive și adjective; cea mai mare parte a cuvintelor scurte sunt omise, dând limbajului un stil telegrafic, agramat.

- D. Eforturile bolnavului pentru a vorbi și mimica sa denotă prezența conștientizării erorilor cu reacții de enervare sau angoasă.
- E. Afazie nonfluentă, fără nici o tulburare articulatorie.
18. În care afazie conținutul discursului este, de regulă, lipsit de sens și neînțeles pentru persoanele înconjurătoare?
- A. Afazia Broca.
- B. Afazia Wernicke.
- C. Surditatea verbală.
- D. Afazia de conducție.
- E. Cecitatea verbală pură.
19. Etiologia obișnuită a afaziei de conducție este:
- A. Consecința unei leziuni ischemice, interesând emisfera stângă.
- B. Traumatismul cortexului auditiv asociativ.
- C. Inflamația herpetică bilaterală a zonei Heschle.
- D. O embolie în ramura ascendentă parietală sau temporală posterioară a arterei cerebrale medii.
- E. O leziune tumorală a cortexului striat vizual stâng.
20. În asigurarea localizării sunetului (direcția, distanța) intervin:
- A. Corpii geniculați interni.
- B. Emisfera temporală stângă.
- C. Corpii trapezoizi.
- D. Ganglionul spiral Corti.
- E. Emisfera temporală dreaptă.
21. Amuzia desemnează:
- A. Imposibilitatea localizării sunetului.
- B. Imposibilitatea discriminării intensităților și frecvențelor sunetelor.
- C. Incapacitatea de a identifica sunetele.
- D. Deficitul selectiv de identificare a conținutului mesajului verbal.
- E. Incapacitatea de a identifica melodiile, determinată de afectarea lobului temporal drept.
22. Cauza manifestării diferitor forme de agnozii vizuale este:
- A. Atrofia papilei nervului optic.
- B. Adenomul hipofizar cu comprimarea chiasmei optice.
- C. Leziunea bilaterală a bandelei optice.
- D. Ischemia în zonele de trecere a radiației Gratiolet.
- E. Afectarea lobului occipital.
23. Astereognozia este:
- A. Incapacitatea de a identifica vizual un obiect sau reprezentarea lui grafică în absența tulburărilor funcțiilor vizuale elementare sau a capacităților intelectuale.
- B. Tulburarea limitată la denumirea obiectului, utilizarea căruia pacientul e capabil s-o indice.
- C. Incapacitatea de a identifica un obiect pe cale tactilă, în absența oricărei informații vizuale sau auditive.
- D. Imposibilitatea de a numi culorile atunci când ele sunt corect aplicate obiectelor.

- E. Imposibilitatea recunoașterii vizuale a persoanelor chiar apropiate. Identificarea poate deveni posibilă doar auditiv.
24. Indicați forma cea mai expresivă a hemiasomatognoziei:
- A. Anozognoziile hemiplegiei din cadrul sindromului Anton-Babinski.
 - B. Imposibilitatea bolnavului de a descrie verbal, de a răspunde și de a se orienta în raport cu stimulările de partea controlaterală leziunii.
 - C. Ignorarea de către bolnav a hemispațiului stâng (un dirijor ignorează muzicanții din orchestră plasați în stânga sa, pacienții își rad doar hemifața dreaptă etc.).
 - D. Pierderea capacității de a indica la comandă orală părțile propriului corp.
 - E. Agnozie digitală, agrafie pură, dezorientare dreapta-stânga și acalculie.
25. În care apraxie executarea gestului este perfectă atunci când pacientului i se propune să utilizeze real un obiect (de exemplu, ciocanul), în loc să mimeze întru buințarea lui?
- A. Apraxia melocinetică.
 - B. Apraxia dinamică.
 - C. Apraxia ideomotorie.
 - D. Apraxia ideatorie.
 - E. Apraxia constructivă.
26. Alegeți afirmația corectă privind amnezia anterogradă:
- A. Imposibilitatea sau diminuarea capacității de a reține informații actuale, noi pentru pacient, apărute după instalarea tulburărilor mnezice, ceea ce determină o incapacitate mai mult sau mai puțin totală de a învăța. Se manifestă prin deficitul de reținere după un răgaz de 3 min. a 3 informații verbale sau vizuale.
 - B. Corespunde imposibilității evocării amintirilor dobândite înainte de instalarea acută sau progresivă a tulburărilor de memorie. Se evidențiază prin interogarea pacientului referitor la biografia sa, prin evenimente politice, achiziții școlare sau didactice.
 - C. Desemnează o perioadă din viața subiectului, care nu i-a lăsat în memorie nici o urmă.
 - D. Răspunsuri verbale eronate referitoare la rememorarea amintirilor recente sau din trecut.
 - E. Se instalează brusc la subiecții de 50–70 de ani, fără nici o cauză declanșatoare precisă; durează 6–8 ore și nu lasă alte sechele decât o amnezie lacunară.
27. Amneziile axiale înglobează:
- A. O perioadă din viața subiectului, care nu i-a lăsat în memorie nici o urmă.
 - B. O întrerupere în biografia bolnavului.
 - C. Amneziile asociate cu afectarea bilaterală a circuitului hipocampo-mamilo-talamic.
 - D. Amneziile traumatice.
 - E. Dereglările memoriei (de scurtă durată).
28. Ipoteza unei ischemii tranzitorii a formațiunilor hipocampale este emisă drept cauză a:
- A. Amneziilor lacunare.

- B. Ictusului amnezic.
 - C. Amneziilor axiale.
 - D. Confabulațiilor.
 - E. Amneziei anterograde.
29. Amneziile globale se înregistrează în cadrul:
- A. Polineuropatiei consecutive unei carențe de tiamină la alcoolicii cu denutriție.
 - B. Afecțiunilor bilaterale ale structurilor limbice.
 - C. Lezării regiunii diencefalice.
 - D. Diferitor forme de demență, atunci când tulburările mnezice nu sunt decât un aspect al unei deteriorări mai vaste a funcțiilor intelectuale.
 - E. Ictusului amnezic.
30. Se numește *shifting* (în cadrul sindroamelor ariilor premotorii):
- A. Incapacitatea de a executa acțiuni secvențiale.
 - B. Pierderea abilității de a trece rapid de la o mișcare la alta.
 - C. O flexie reflexă patologică, invincibilă a degetelor, declanșată de un stimul tactil mobil pe fața palmară a mâinii.
 - D. Pierderea obișnuinței de a utiliza membrele inferioare pentru a merge.
 - E. O deviere a privirii spre leziune.
31. Tulburarea de tip I a personalității (tip apatico-abulic) în cadrul sindromului frontal propriu-zis cuprinde:
- A. Apatia și inerția motorie, dispoziția tristă, indiferența afectivă, scăderea spontaneității verbale, nepăsarea și imposibilitatea programării unei activități.
 - B. Comportamentul impulsiv, dezinhibat, cu schimbări de dispoziție, tendința pentru calambururi, puerilitate, egocentrism, uneori comportament maniacal, hipersexual, bulimie, incapacitatea de a efectua o activitate productivă.
 - C. Perseverarea motorie – repetiția anormală a unui comportament determinat, deficiența mecanismului de autocontrol al mișcării motorii, dificultăți de trecere de la un ordin la altul.
 - D. Comportamentul de imitare și de utilizare (comportamentul Lhermitte): pacienții frontali imită gesturile examinatorului și au tendința de a apuca și de a folosi obiectele prezentate lor fără a fi enunțat vreun ordin.
 - E. Pierderea capacității bolnavului frontal de a menține mișcările voluntare ale privirii după comanda verbală, reducerea mișcării de explorare a privirii.
32. Se numește *astereognozie* (*apraxie* sau *cecitate tactilă*):
- A. Neglijența spațială unilaterală, deficitul de percepție a spațiului.
 - B. Incapacitatea de a descrie verbal caracteristicile spațiale ale mediului familiar.
 - C. Tulburarea schemei corporale.
 - D. Incapacitatea de a identifica tactil un obiect fără ajutorul vederii, în absența unui deficit senzitiv sau motor elementar.
 - E. Hemianestezia sau hemihipoestezia controlaterală leziunii circumvoluțiunii parietale ascendente.
33. Alegeți descrierea corectă a *teleopsiei*:
- A. Iluzie optică în care este dereglată forma imaginii.
 - B. Transformarea dimensiunilor unei imagini.
 - C. Dereglarea percepției culorii unei imagini.

- D. Perseverența vizuală în timp sub formă de persistență a unei imagini.
 - E. Dereglarea percepției poziției imaginii în raport cu subiectul.
34. Complexele onirice (*dreamy state*) își au originea în:
- A. Structurile temporale, în special din dreapta.
 - B. Regiunea striată, bilateral.
 - C. Intersecția temporo-parieto-occipitală.
 - D. Ariile vizuale.
 - E. Cortexul și substanța albă subiacentă a regiunii parieto-occipitale.
35. Una dintre manifestările cele mai spectaculoase ale deconexiunii intraemisferice (calozotomie) este:
- A. Anomia culorilor.
 - B. Sindromul Balint.
 - C. Apraxia diagnostică (de exemplu, pacienta se străduiește să-și încheie bluza cu mâna dreaptă, în timp ce mâna stângă execută acțiunea opusă).
 - D. Halucinația vizuală liliputană sau gulliveriană.
 - E. Palinopsia (de exemplu, bolnavul are impresia că vede trecând din nou prin fața sa o persoană, pe care a văzut-o în urmă cu 5 minute).

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Emisferele cerebrale sunt unite prin:
 - A. Corpul calos.
 - B. Spațiul perforat anterior.
 - C. Bulbul olfactiv.
 - D. Chiasma optică.
 - E. Corpii mamilari.
2. O scurtă revistă de ansamblu a emisferelor cerebrale include următoarele afirmații:
 - A. Fiecare emisferă are 3 suprafețe: dorso-laterală, medială și inferioară sau bazală.
 - B. Suprafața dorso-laterală este concavă, ceea ce nu corespunde bolții craniului.
 - C. Suprafața medială, îndreptată spre fața celeilalte emisfere, este plată.
 - D. Suprafața bazală are o formă destul de compactă, corespunzând bazei craniului.
 - E. Pe întinderea emisferelor deosebim extremitatea anterioară (*polus frontalis*), extremitatea posterioară (*polus occipitalis*) și extremitatea temporală (*polus temporalis*).
3. Corpul calos poate fi împărțit în următoarele regiuni:
 - A. Partea anterioară – *rostrum*.
 - B. Zona centrală – *istm*.
 - C. Zona posterioară – *splenium*.
 - D. Zona dorso-laterală.
 - E. Circumvoluțiunea supramarginală (*gyrus supramarginalis*).
4. Căile de conducere ale telencefalului se împart în următoarele sisteme:
 - A. Centrul semioval (*centrum semiovalae*).
 - B. Sistemul aferent.

- C. Sistemul de asociere.
 - D. Sistemul comisural.
 - E. Sistemul de proiecție.
5. Neuropsihologia clinică are ca obiect măsurarea și analiza modificărilor capacităților:
- A. Intelectuale.
 - B. De percepție.
 - C. De memorie.
 - D. De personalitate.
 - E. Emoționale.
6. Indicați leziunile cerebrale care pot conduce la modificări neuropsihologice:
- A. Accident vascular.
 - B. Intoxicație.
 - C. Propagare intracerebrală a unei tumori.
 - D. Maladie degenerativă a SNC.
 - E. Tumori medulare benigne.
7. Neuropsihologia cuprinde:
- A. Neuropsihologia fundamentală.
 - B. Neuropsihologia clinică.
 - C. Neuropsihologia experimentală.
 - D. Neurologia comportamentului.
 - E. Neuropsihologia cognitivă.
8. Testarea neuropsihologică continuă și azi să furnizeze importante contribuții în:
- A. Înțelegerea mecanismelor patofiziologice de dezvoltare a bolnavilor sistemelor nervos central și periferic.
 - B. Diagnosticul diferențial al demențelor la bolnavii vârstnici.
 - C. Stabilirea particularităților de conduită terapeutică la bolnavii cu atrofie corticală progresivă.
 - D. Diagnosticul diferențial al depresiei la bolnavii vârstnici.
 - E. Identificarea tulburărilor de comportament asociate cu bolile cerebrale în debut.
9. Examenul neuropsihologic e axat pe cercetarea:
- A. Funcțiilor cognitive, adică intelectuale (numite și *activități cerebrale superioare sau corticale*).
 - B. Categoriilor activităților nonintelectuale, ca emotivitatea, motivația și funcțiile executive, ce presupun activități de a iniția și de a transforma în realitate un comportament dirijat spre un scop precis.
 - C. Posibilității de înțelegere rapidă, inteligentă a dereglărilor de comportament la bolnavii cu tulburări ale funcțiilor corticale.
 - D. Calităților fizice ale unui sportiv de a se desprinde de la sol în înălțime sau în lungime.
 - E. Stărilor psihice anormale ce se manifestă prin tulburări de comportament, scăderea capacității de adaptare la condițiile de mediu.
10. Activitățile cognitive se clasifică în:
- A. Activități mnezice (memoria) – permit însușirea, păstrarea și utilizarea informațiilor.

- B. Activități perceptivo-motrice (gnozii și praxii) – permit de a recunoaște și de a identifica forme și obiecte, cât și de a constitui un repertoriu de gesturi pentru utilizare și comunicare.
 - C. Activități verbale (limbaj) – permit de a însuși, de a produce și de a înțelege semnele unei limbi.
 - D. Activități organizatorice (rațiune și gândire) – permit manipularea cu informațiile de natură variată, prezente sau memorate, pentru a rezolva o situație sau o problemă, pentru a exprima un gând.
 - E. Activități psiho-sociale de adaptare la mediul înconjurător.
11. Toate activitățile cognitive sunt:
- A. Izolate una de alta.
 - B. Interdependente.
 - C. Independente.
 - D. Interinfluențate.
 - E. Indezirabile.
12. Definiția afaziei exclude:
- A. Perturbările funcției limbajului, ce rezultă dintr-o dezorganizare globală a funcționării cerebrale (confuzie mentală, demență).
 - B. Lezarea ariei corticale Broca.
 - C. Dificultățile de comunicare (cecitate-surditate, disartrie-disfonie).
 - D. Dezorganizarea funcției ariei corticale Wernicke.
 - E. Dezintegrarea categoriilor activităților nonintelectuale, ca emotivitatea, motivația și funcțiile executive.
13. Examenul unui afazic include:
- A. Examenul limbajului oral.
 - B. Înțelegerea.
 - C. Probele mai complicate.
 - D. Examenul neurologic.
 - E. Examenul neuroimagistic.
14. Principalele tipuri de afazie sunt:
- A. Cecitatea auditivă pură.
 - B. Surditatea verbală.
 - C. Afazia Broca.
 - D. Afazia Wernicke.
 - E. Afazia de conducție.
15. În majoritatea cazurilor, afazia Broca este:
- A. Consecința lezării cortexului auditiv asociativ (partea posterioară a primei circumvoluțiuni temporale) și lobului parietal inferior (gyrus supramarginal și angular).
 - B. Consecința unei lezări ischemice, interesând emisfera stângă.
 - C. Asociată cu o hemiplegie dreaptă cu sau fără hemianestezie.
 - D. Asociată cu apraxie buco-facială, eventual cu apraxie ideomotorie.
 - E. Consecința afectării bilaterale a zonei Heschle.
16. Examenul anatomic în cecitatea verbală pură (dislexie fără agrafie) pune în evidență:
- A. Leziunile anterioare ale lobului frontal.

- B. Leziunea cortexului striat vizual stâng (aria 17) și a arilor de asociere vizuală (18 și 19).
 - C. Leziunea conexiunilor cortexului vizual drept și a arilor de asociere cu regiunea temporoparietală.
 - D. Afectarea suprafeței interne a lobului frontal.
 - E. Afectarea bilaterală a zonei Heschle.
17. Deseori, astereognozia rezultă din afectarea:
- A. Mușchilor striati.
 - B. Nervilor periferici.
 - C. Măduvei spinării și trunchiului cerebral.
 - D. Talamusului.
 - E. Cortexului parietal.
18. În agnozia digitală bolnavul este incapabil:
- A. Să recunoască degetele mâinilor sale dintre cele ale examinatorului.
 - B. Să identifice degetele mâinilor sale dintre cele ale examinatorului.
 - C. Să numească degetele mâinilor sale dintre cele ale examinatorului.
 - D. Să selecteze degetele mâinilor sale dintre cele ale examinatorului.
 - E. Să deosebească degetele mâinilor de degetele picioarelor sale.
19. Examinarea pacientului pentru cercetarea unei apraxii include:
- A. Aprecierea posibilității de manipulare concretă cu obiecte (gesturi tranzitive) și îmbrăcării (vestă, pantaloni de pijama, cravată etc.).
 - B. Examenul executării gesturilor, care nu cer utilizarea obiectelor (gesturi intransitive) la ordin sau imitație.
 - C. Examenul executării secvențelor arbitrare și gesturilor contrariate.
 - D. Aprecierea activității grafice și constructive.
 - E. Determinarea integrității nucleului personalității.
20. Sunt recunoscute câteva tipuri de apraxie:
- A. Melocinetică.
 - B. Statică.
 - C. Dinamică și ideomotorie.
 - D. Ideatorie.
 - E. Constructivă.
21. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la apraxia constructivă:
- A. Apare în activitățile grafice și în anumite teste cu exigență de utilizare a relațiilor spațiale.
 - B. Scrisul este perturbat din cauza utilizării defectuoase a paginii, spațiilor inegale dintre litere și cuvinte.
 - C. Realizarea unui desen se face pe rate, fără structură.
 - D. Este consecința unei leziuni vaste a lobului frontal stâng.
 - E. Rezultă dintr-o leziune parietală stângă sau dreaptă ori a corpului calos și e facilitată printr-o asociere cu o leziune frontală.
22. Memoria se clasifică în următoarele tipuri:
- A. De scurtă durată (efemeră sau operativă, imediată sau primară).
 - B. Pe termen lung (secundară).
 - C. De lucru.

- D. Principală.
- E. Asociativă.

23. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la memoria de lungă durată:

- A. Are o capacitate limitată la 7 cifre sau fenomene prezentate auditiv sau vizual.
- B. Nu poate fi suportul memoriei de lucru.
- C. Se referă la achiziții durabile, accesibile la o reamintire conștientă (memoria declarativă sau explicită) sau ce țin de însușirea procedurilor tehnice și cognitive (memoria procedurală sau implicită).
- D. Poate fi explorată prin intermediul testării privind cunoștințele didactice și evenimentele trecutului.
- E. Conține un sistem inițial ce menține informații temporare (un minut).

24. Există următoarele tipuri de amnezii:

- A. Sindromul Korsakoff.
- B. Amneziile axiale.
- C. Constatările.
- D. Ictusul amnestic.
- E. Amneziile globale.

25. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la sindromul Korsakoff:

- A. Se manifestă prin tulburarea severă a memoriei cu confabulații și recunoașteri false.
- B. Este asociat cu polineuropatia consecutivă unei carențe de tiamină la alcoolici cu denutriție.
- C. Dereglările de memorie se caracterizează prin amnezie anterogradă absolută și amnezie retrogradă relativă.
- D. Se afectează în special memoria de lungă durată.
- E. Este consecința pierderii cunoștinței.

26. Exemple de amnezie lacunară sunt:

- A. Dezorientarea în spațiu.
- B. Tulburarea vigilenței.
- C. Amnezia consecutivă unei crize comițiale.
- D. Amnezia consecutivă unui electroșoc.
- E. Majoritatea amneziilor traumatice.

27. Ictusul amnestic are următoarele caracteristici:

- A. Se instalează lent la subiecții de 30–40 de ani, cu cauză declanșatoare precisă.
- B. Durează 6–8 ore și nu lasă alte sechele decât o amnezie lacunară.
- C. Recidivează rar.
- D. Pe parcursul episodului, pacientul se află într-un „sindrom Korsakoff acut”.
- E. Examenul clinic nu denotă nici un semn neurologic asociat.

28. Din punct de vedere anatomo-funcțional, fiecare lob frontal poate fi divizat în următoarele zone distincte:

- A. Aria primară de proiecție a sensibilității elementare.
- B. Aria 4 (aria motorie sau circumvoluțiunea rolandică, aria precentrală sau cortexul motor primar).
- C. Ariile terțiare de integrare plurimodală (somatosenzitive, vestibulare, vizuale și simbolice).

- D. Ariile premotorii considerate arii secundare ale motricității, privind mai ales organizarea și controlul mișcărilor de finețe.
 - E. Cortexul prefrontal, care reprezintă o zonă terțiară de integrare superioară, atât a comportamentului motor, cât și a altor forme de comportament.
29. Dereglările de limbaj în cadrul sindroamelor ariilor premotorii se manifestă prin:
- A. Oprirea vorbirii.
 - B. Mutism.
 - C. Gol de cuvinte.
 - D. „Salată” de cuvinte.
 - E. Scăderea inițiativei de a vorbi și a fluidității verbale.
30. Sindromul de apraxie a mersului are următoarele componente:
- A. Pierderea unilaterală a mirosului.
 - B. Lipsa de inițiativă pentru mers.
 - C. Bolnavii sunt incapabili să-și plaseze picioarele în poziția normală a mersului și încearcă să meargă „în foarfece”.
 - D. Reacția de magnet (magnet-apraxia lui Denny-Brown): bolnavul stă nemișcat timp îndelungat.
 - E. Prezența reflexelor de prehensiune și tatonare (grasping și groping) a mâinilor și picioarelor.
31. Lobul parietal e divizat în următoarele regiuni funcționale:
- A. Aria primară de proiecție a sensibilității elementare.
 - B. Aria acustică primară.
 - C. Aria acustică secundară.
 - D. Ariile de asociație mai degrabă unimodale, lezarea cărora determină deficite unimodale de integrare a percepțiilor senzitiv-senzoriale (anomie tactilă).
 - E. Ariile terțiare de integrare plurimodală (somatosenzitive, vestibulare, vizuale și simbolice).
32. Sindromul Balint se manifestă prin:
- A. Paralizia psihică a privirii – incapacitatea de a orienta privirea spre ținta ce se află în câmpul vizual periferic.
 - B. Incapacitatea de a percepe vizual obiectele în mișcare.
 - C. Ataxia optică – deficit de coordonare ochi-mână sau imposibilitatea pacientului de a efectua cu precizie prinderea cu mâna a obiectelor sub control vizual.
 - D. Tulburarea recunoașterii persoanelor sau reprezentărilor acestora (fotografii, desene etc.), pe care pacientul le poate identifica totuși după voce.
 - E. Simultagnozia – reducerea concentrică a câmpului vizual funcțional (bolnavul este incapabil să vadă 2 obiecte în același timp), ca o consecință a unui fenomen de disociere între vederea centrală și cea periferică.
33. Cele mai importante sindroame de disconexiune intraemisferică sunt:
- A. Afazia de conducție.
 - B. Surditatea verbală pură.
 - C. Prozopagnozia.
 - D. Halucinațiile vizuale elementare.
 - E. Mutismul akinetic.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

- a. Fibrele emisferiale de asociere.
- b. Fibrele emisferiale comisurale.

- 1. Leagă talamusul cu corpii geniculați, parțial, cu regiunile inferioare ale sistemului nervos central.
- 2. Unesc părțile simetrice ale celor două emisfere.
- 3. Realizează conexiunea dintre diferite zone ale cortexului în cadrul aceleiași emisfere.
- 4. Se împart în fibre scurte și fibre lungi.
- 5. O parte din fibre aparțin corpului calos.
- 6. Unele din aceste fibre conduc excitațiile centripet, iar altele – centrifug.
- 7. *Fasciculus longitudinalis superiores.*
- 8. Comisura anterioară.
- 9. *Fornicis.*
- 10. *Fasciculus longitudinalis inferiores.*
- 11. *Fasciculus uncinatus.*
- 12. *Tractus cortico-bulbaris.*
- 13. *Tractus cortico-pontinus.*
- 14. *Tractus thalamo-corticalis.*

2. Indicați formațiunile creierului olfactiv periferic și formațiunile creierului olfactiv central:

Creierul olfactiv:

- a. Periferic.
- b. Central.

Formațiunile:

- 1. *Bulbus olfactorius.*
- 2. Piciorul hipocampusului.
- 3. Circumvoluțiunea dentată (*gyrus dentatus*).
- 4. *Tractus olfactorius.*
- 5. *Trigonum olfactorius.*
- 6. Substanța perforată anterioară.
- 7. Circumvoluțiunea fornicată (*gyrus fornicatus*).

3. Asociați cifrele cu literele:

- a. Aria Broca.
- b. Aria Wernicke.

- 1. Aria 44.
- 2. Aria 45.
- 3. Jumătatea posterioară a primelor două circumvoluțiuni temporale stângi.
- 4. A 3-a circumvoluțiune frontală.
- 5. Este zona motrice, care asigură controlul fonetic al expresiei.
- 6. Este o zonă receptivă, unde mesajul e decodat în funcție de constituantele lui fonemice.

4. Asociați apraxiile cu caracteristicile lor:

Apraxia:

- a. Melocinetică.
- b. Dinamică.

Caracteristicile:

- 1. Incapacitatea de a supune acțiunea unui plan, evidențiată prin testele la apraxie.
- 2. Dezorganizarea mișcării, apropiată tulburărilor motorii elementare.
- 3. Reducerea spontaneității motorii (neglijență motorie).
- 4. Prevalența formulelor tonice, amintind reacțiile de prehensiune și evitare.
- 5. Imposibilitatea de a repeta în ordin definit 3 gesturi elementare.
- 6. Imposibilitatea de a executa o instrucție (un ordin) contrariantă.

5. Asociați simptomatologia motrică paroxistică cu cea deficitară de afectare a ariei motorii primare:

Simptomatologia:

- a. Paroxistică.
- b. Deficitară.

Manifestările clinice:

- 1. Epilepsie motorie parțială (jacksoniană).
- 2. Crize ce pot fi generalizate sau urmate de un deficit motor tranzitoriu sau permanent.
- 3. Criza este controlaterală leziunii.
- 4. Hemiplegie sau hemipareză corticală cu predominanță facio-brahială.
- 5. Mișcări deficitare în hemicorpul afectat.
- 6. Postură hemiplegică.
- 7. Pareză facială centrală.
- 8. Hipertonie și mers spastic.
- 9. Reflex cutanat plantar patologic (semnul Babinski).

6. Alegeți simptomatologia parietală și simptomatologia temporală:

Simptomatologia:

- a. Parietală.
- b. Temporală.

Manifestările:

- 1. Tulburări de audiție prin leziuni bilaterale ale gyrurilor Heschle.
- 2. Epilepsie somatosenzitivă parțială.
- 3. Tulburări olfactive, halucinații olfactive.
- 4. Hemianestezii sau hemihipoestezii controlaterale leziunii distructive.
- 5. Astereognozie.
- 6. Hemianopsie omonimă în cadrantul superior.
- 7. Crize parțiale cu simptomatologie complexă.
- 8. Tulburarea schemei corporale.
- 9. Tulburări de percepție și de integrare vizuală.
- 10. Deficit sau pierderea memoriei topografice.
- 11. Neglijență spațială unilaterală.
- 12. Apraxie ideatorie și ideomotorie, apraxie constructivă, apraxie de îmbrăcare.
- 13. Deficit în percepția timpului.
- 14. Tulburări ale memoriei verbale și nonverbale.
- 15. Tulburări cognitive (de învățare), tulburări intelectuale.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Studiarea cortexului cerebral (*cortex cerebri*) are o importanță teoretică deosebită, deoarece ea ne oferă o imagine clară despre reglarea nervoasă a tuturor proceselor organismului uman și adaptarea lui la mediul înconjurător.
2. Activitățile perceptivo-motrice și cele verbale permit individului să fie în relație cu lumea externă, pe când activitățile mnezice și organizatorice aparțin activităților „interne” ale subiectului.
3. Corpul calos nu participă în mod semnificativ la reorganizarea funcțională după o agresiune cerebrală, observațiile clinice la acest capitol fiind încă foarte sărace.

RĂSPUNSURI

- | I. | II. | III. | IV. |
|----------------|-----------------------------|----------------------------|------------|
| 1. A, p. 123. | 1. A, B, D, E, p. 123. | 1. | A, p. 123. |
| 2. B, p. 123. | 2. A, C, D, E, p. 123. | a. 3, 4, 7, 10, 11. | B, p. 133. |
| 3. D, p. 123. | 3. A, B, C, p. 126. | b. 2, 5, 8, 9. | E, p. 147. |
| 4. C, p. 123. | 4. C, D, E, p. 129. | c. 1, 6, 12, 13, 14, | |
| 5. C, p. 123. | 5. A, B, C, D, p. 132. | p. 129. | |
| 6. D, p. 126. | 6. A, B, C, D, p. 132. | 2. | |
| 7. B, p. 126. | 7. B, C, D, E, p. 132. | a. 1, 4, 5, 6. | |
| 8. A, p. 128. | 8. B, D, E, p. 133. | b. 2, 3, 7, p. 130. | |
| 9. C, p. 130. | 9. A, B, p. 133. | 3. | |
| 10. A, p. 130. | 10. A, B, C, D, p. 133. | a. 1, 2, 4, 5. | |
| 11. D, p. 131. | 11. B, D, p. 133. | b. 3, 6, p. 134. | |
| 12. B, p. 132. | 12. A, C, p. 134. | 4. | |
| 13. E, p. 133. | 13. A, B, C, p. 134. | a. 2, 3, 4, p. 138. | |
| 14. E, p. 133. | 14. B, C, D, E, p. 135. | b. 1, 5, 6, p. 138–139. | |
| 15. A, p. 133. | 15. B, C, D, p. 135. | 5. | |
| 16. B, p. 135. | 16. B, C, p. 135–136. | a. 1, 2, 3, p. 142. | |
| 17. A, p. 135. | 17. B, C, D, E, p. 137. | b. 4, 5, 6, 7, 8, 9, | |
| 18. B, p. 135. | 18. A, B, C, D, p. 137. | p. 142. | |
| 19. D, p. 135. | 19. A, B, C, D, p. 138. | 6. | |
| 20. C, p. 136. | 20. A, C, D, E, p. 138–139. | a. 2, 4, 5, 8, 10, 11, 12, | |
| 21. E, p. 136. | 21. A, B, C, E, p. 139. | p. 144. | |
| 22. E, p. 136. | 22. A, B, C, p. 139. | b. 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14, | |
| 23. C, p. 137. | 23. C, D, p. 139–140. | 15, p. 145. | |
| 24. A, p. 137. | 24. A, B, D, E, p. 141–142. | | |
| 25. C, p. 139. | 25. A, B, C, p. 141. | | |
| 26. A, p. 141. | 26. C, D, E, p. 141. | | |
| 27. C, p. 141. | 27. B, C, D, E, p. 141. | | |
| 28. B, p. 142. | 28. B, D, E, p. 142. | | |
| 29. D, p. 142. | 29. A, B, C, E, p. 142. | | |
| 30. B, p. 142. | 30. B, C, D, E, p. 143. | | |
| 31. A, p. 143. | 31. A, D, E, p. 144. | | |
| 32. D, p. 144. | 32. A, C, E, p. 146. | | |
| 33. E, p. 146. | 33. A, B, p. 147. | | |
| 34. A, p. 146. | | | |
| 35. C, p. 147. | | | |

8. MENINGELE ȘI LICHIDUL CEFALORAHIDIAN

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicați locul de formare a fluidului cerebrospinal:
 - A. Spațiul epidural.
 - B. Spațiul subdural.
 - C. Cistemele cerebrale.
 - D. Ventriculele cerebrale.
 - E. Spațiul subarahnoidian.
2. Accidentele vasculare ce implică vasele din spațiul subarahnoidian conduc la:
 - A. Hematoame epidurale.
 - B. Hematoame subdurale.
 - C. Hemoragii subarahnoidiene.
 - D. Hemoragii intraparenchimatoase.
 - E. Hemoragii intraventriculare.
3. Lichidul cefalorahidian curge din ventriculele laterale în ventriculul III prin:
 - A. Orificiile Monroe.
 - B. Apeductul Sylvius.
 - C. Orificiul Luskha.
 - D. Orificiul Majendie.
 - E. Cisterna mare.
4. Indicați cantitatea de lichid cefalorahidian de care dispune un adult sănătos:
 - A. 50–60 ml.
 - B. 70–80 ml.
 - C. 90–100 ml.
 - D. 120–160 ml.
 - E. 170–200 ml.
5. Indicați maladia care este însoțită adesea de eozinofilie în lichidul cefalorahidian:
 - A. Accidentul vascular cerebral hemoragic.
 - B. Ictusul cerebral ischemic.
 - C. Cisticercoza.
 - D. Encefalita herpetică.
 - E. Poliradiculonevrita Guillain-Barré.
6. Pentru a diferenția o contaminare cu sânge a lichidului cefalorahidian de o hemoragie preexistentă, se folosește:
 - A. Puncția lombară repetată.
 - B. Extragerea lichidului cefalorahidian prin puncție ventriculară.
 - C. Examenul prin rezonanță magnetică cerebrală.
 - D. Examenul prin computer tomografie cerebrală.
 - E. Colectarea lichidului cefalorahidian în cel puțin trei tuburi (testul celor trei tuburi).

7. Pentru descrierea modificărilor lichidului cefalorahidian în meningite se utilizează termenul de:
- A. Pleiocitoză.
 - B. Proteinorahie.
 - C. Disociație celulară-proteică.
 - D. Disociație proteică-celulară.
 - E. Lichid meningitic.
8. Indicați valorile glucozei în lichidul cefalorahidian, considerate anormale:
- A. Mai mici de 4,0–4,5 mmol/l.
 - B. Mai mici de 2,2–2,5 mmol/l.
 - C. La nivelul de 60–70% din valorile concentrației glucozei din sânge.
 - D. Mai mari de 5,5 mmol/l.
 - E. Mai mari de 6,6 mmol/l.
9. Diminuarea concentrației clorurilor și glucozei în lichidul cefalorahidian este specifică pentru:
- A. Bolile demielinizante ale sistemului nervos.
 - B. Meningita tuberculoasă.
 - C. Hemoragia subarahnoidiană.
 - D. Encefalopatia alcoolică acută.
 - E. Epilepsie.
10. Care afirmație din cele enumerate mai jos este considerată o contraindicație în puncția lombară?
- A. Hipoglicemia.
 - B. Hipertensiunea arterială.
 - C. Rezultatele pozitive ale testării anticorpilor specifici pentru treponemă în plasmă.
 - D. Edemul papilei nervului optic.
 - E. Hidrocefalia normotensivă, depistată prin computer tomografie cerebrală.
11. Cea mai obișnuită complicație ce poate surveni în urma puncției lombare este:
- A. Agravarea hernierilor cerebrale și a compresiunilor medulare.
 - B. Cefaleea.
 - C. Sângerarea subarahnoidiană.
 - D. Diplopia.
 - E. Durerile în rahis și simptomele radiculare.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Meningele include de la exterior spre interior:
- A. Suprafața piloasă a capului.
 - B. Aponevroza.
 - C. Dura mater.
 - D. Arahnoida.
 - E. Pia mater.

2. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la arahnoidă:
- A. Reprezintă o membrană subțire, fină, ce înconjoară creierul și măduva spinării.
 - B. Partea externă aderă la dura mater.
 - C. Este formată din 2 straturi: extern și intern.
 - D. De la exterior spre interior sunt dispuse numeroase prelungiri filamentoase sau trabecule ce se atașează de pia mater.
 - E. Este bogat vascularizată și conține vase sanguine mici, ce irigă creierul și măduva spinării.
3. Spațiul epidural la nivelul măduvei spinării conține:
- A. Lichid cefalorahidian.
 - B. Semifluid bogat în triacilglicerol.
 - C. Sinusuri venoase ce poartă sângele de la măduva spinării spre venele magistrale.
 - D. Vene cu pereți subțiri.
 - E. Calvaria.
4. Așa-zisa „barieră hematoencefalică” este constituită din:
- A. Vilozitățile plexurilor coroide din ventriculele creierului.
 - B. Sistemul venos al pahimeningelui.
 - C. Endoteliul vascular.
 - D. Sistemul reticulo-endotelial.
 - E. Neuroglie.
5. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la caracteristicile lichidului cefalorahidian al unui adult sănătos:
- A. Xantocrom.
 - B. Transparent.
 - C. Conține proteine (0,15–0,33 g/l).
 - D. Conține celule (0–5 limfocite/mm³).
 - E. Conține glucoză (2,4–4,5 mmol/l).
6. Presiuni crescute ale lichidului cefalorahidian apar în:
- A. Edemul cerebral.
 - B. Tumorile cerebrale.
 - C. Epidurita discogenă.
 - D. Accidentele vasculare cerebrale acute.
 - E. Ocluziile venoase cerebrale.
7. De cele mai multe ori, nivelul proteinelor în lichidul cefalorahidian scade (sub 0,15 g/l) în:
- A. Meningite.
 - B. Tumorile medulare.
 - C. Scurgerile de lichid cefalorahidian datorate unor fistule durale traumatiche.
 - D. Scurgerile de lichid cefalorahidian datorate puncției lombare.
 - E. Hidrocefalie.
8. Creșterea imunoglobulinelor în lichidul cefalorahidian apare în următoarele boli:
- A. Imunologice.
 - B. Bacteriene.
 - C. Neuromusculare.

- D. Spirochetozice.
 - E. Fungice.
9. Hipoglicorahia este caracteristică următoarelor boli ale sistemului nervos:
- A. Scleroză multiplă.
 - B. Meningită purulentă acută.
 - C. Meningită tuberculoasă.
 - D. Vasculită cerebrală.
 - E. Meningită fungică.
10. Cefaleea – complicație a puncției lombare – poate fi evitată, dacă:
- A. Pacientul evită tusea și efortul fizic.
 - B. Se folosesc pentru puncția lombară ace foarte subțiri.
 - C. Înainte de puncție, pacientul respectă un repaus strict la pat în poziție orizontală (2–3 zile).
 - D. Se reduce numărul penetrărilor în efectuarea procedurii propriu-zise.
 - E. După puncție se indică antihistaminice.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

Asociați maladiile cu modificările conținutului lichidului cefalorahidian:

Modificările:

- a. Disociație celulară-proteică.
- b. Disociație proteică-celulară.

Maladiile:

- 1. Encefalită.
- 2. Neoplazie cerebrală.
- 3. Neoplazie medulară.
- 4. Arahnoidită cerebrală.
- 5. Arahnoidită medulară.
- 6. Blocajul căilor lichidiene.
- 7. Formele timpurii ale sifilisului.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

Tehnicile de amplificare a ADN folosesc reacția în lanț a polimerazei (*polymerase chain reaction, PCR*), realizând astfel o îmbunătățire a sensibilității diagnostice în examinarea lichidului cefalorahidian.

RĂSPUNSURI

I.

1. D, p. 150.
2. C, p. 150.
3. A, p. 150.
4. D, p. 150.
5. C, p. 151.
6. E, p. 151.
7. E, p. 152.
8. B, p. 152.
9. B, p. 152.
10. D, p. 152.
11. B, p. 153.

II.

1. C, D, E, p. 148.
2. A, B, D, p. 149.
3. B, D, p. 149.
4. C, D, E, p. 150.
5. B, C, D, E, p. 150.
6. A, B, D, E, p. 151.
7. C, D, E, p. 152.
8. A, B, D, E, p. 152.
9. B, C, E, p. 152.
10. B, D, p. 153.

III.

1.
a. 1, 4, 5, 7, p. 152.
b. 2, 3, 6, p. 152.

IV.

A, p.152.

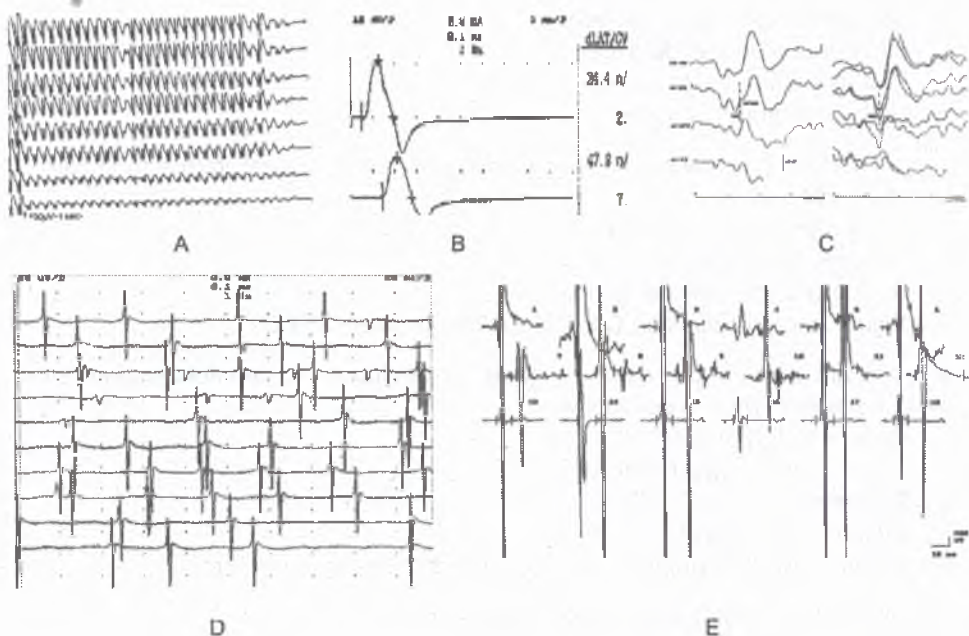
9. EXAMENELE PARACLINICE

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Actualmente, radiografia de rutină a craniului este indicată în:
 - A. Anevrismele cerebrale.
 - B. Accidentul vascular cerebral hemoragic.
 - C. Accidentul vascular cerebral ischemic.
 - D. Hemoragia subarahnoidiană.
 - E. Traumatismul craniocerebral.
2. Indicați semnele patognomonice ale anevrismelor cerebrale, care pot fi depistate prin craniografie:
 - A. Defecte osoase craniene.
 - B. Hiperostoze.
 - C. Calcificări circulare sau arcuite.
 - D. Dilatarea vaselor meningeale sau diploice.
 - E. Calcificări în sifonul arterei carotide.
3. Indicați semnul radiologic frecvent al adenoamelor hipofizare:
 - A. Meatul auditiv intern – lărgit.
 - B. Fisura orbitală superioară – lărgită.
 - C. Foramenul optic – lărgit.
 - D. Balonizarea șei turcești.
 - E. Hiperostoză craniană cu localizare bazală.
4. Care metodă de cercetare deseori provoacă tulburări de conștiință?
 - A. Pneumoencefalografia.
 - B. Tomografia computerizată.
 - C. Rezonanța magnetică.
 - D. Mielografia.
 - E. Angiografia cerebrală.
5. Rezoluția angiografiei cerebrale se poate majora prin:
 - A. Introducerea indirectă a substanțelor de contrast în lumenul vaselor cerebrale.
 - B. Injectarea directă a substanței de contrast în artera carotidă.
 - C. Injectarea directă a substanței de contrast în artera vertebrală.
 - D. Metoda Selidinger (cateter introdus în artera femurală).
 - E. Substracția digitală computerizată.
6. Care dintre țesuturile/structurile enumerate mai jos are cel mai mare coeficient de absorbție (unități Hounsfield) în tomografia computerizată?
 - A. Țesutul osos.
 - B. Calcificarea.
 - C. Sângerarea proaspătă.
 - D. Tumora.
 - E. Lichidul cefalorahidian.

7. Indicați metoda de elecție în diferențierea ictusului cerebral ischemic de cel hemoragic:
- A. Rezonanța magnetică nucleară.
 - B. Tomografia computerizată.
 - C. Pneumoencefalografia.
 - D. Angiografia cerebrală.
 - E. Scannerul radioizotopic.
8. Indicați intervalul de timp în care, la investigația prin tomografie computerizată, ariile de ramolisment cerebral pot fi izodense cu creierul normal:
- A. Până la 3 ore.
 - B. Până la 6 ore.
 - C. Până la 12 ore.
 - D. Până la 24 ore.
 - E. Până la 48 ore.
9. Numiți particula principală încărcată din țesuturile organismului, direcția mișcării căreia poate fi influențată de un câmp magnetic (principiul rezonanței magnetice):
- A. Protonul atomului de hidrogen.
 - B. Neutronul atomului de oxigen.
 - C. Electronul atomului de azot.
 - D. Protonul atomului de carbon.
 - E. Neutronul atomului de fier.
10. Indicați metoda cea mai sensibilă în vizualizarea tumorilor cerebrale și medulare:
- A. Mielografia.
 - B. Computertomomielografia.
 - C. Rezonanța magnetică nucleară.
 - D. Tomografia prin emisie de pozitroni.
 - E. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT).
11. Indicați principala metodă de investigație în examinarea pacienților cu convulsii și a celor suspecți la crize convulsive:
- A. Reoencefalografia (REG).
 - B. Echoencefalografia (EchoEG).
 - C. Electroencefalografia (EEG).
 - D. Electromiografia (EMG).
 - E. Ultrasonografia Doppler a vaselor magistrale cervico-cerebrale.
12. Testul de laborator în encefalopatia spongiformă:
- A. Potențialele evocate vizuale.
 - B. Potențialele evocate auditive.
 - C. Potențialele evocate somato-senzoriale.
 - D. Potențialele evocate motorii.
 - E. Electroencefalografia.
13. Indicați cea mai evidentă modificare patologică a traseului EEG:
- A. Unde-vârf cu frecvența de 3 Hz/sec.
 - B. Silențiumul electrocerebral.
 - C. Descărcările epileptiforme.

- D. Undele ascuțite cu frecvența de la 4 până la 7 Hz.
E. Activitatea sub formă de platou (mai mică de 2 μ V).
14. Principala metodă de laborator în studiul nervilor periferici este:
A. Examenul electromiografic de stimulodetecție.
B. Stimularea nervoasă repetitivă.
C. Examenul cu ac-electrozi.
D. Potențialele evocate somestezice.
E. Stimularea transcraniană a cortexului motor.
15. În 1895, Jooly a observat că forța contracțiilor musculare se micșorează progresiv la șocurile electrice repetitive la bolnavii cu:
A. Distrofie musculară progresivă.
B. Scleroză laterală amiotrofică.
C. Miastenie.
D. Miotonie.
E. Amiotrofie spinală.
16. Care figură reprezintă potențialele patologice de fibrilație, înregistrate în timpul examenului electromiografic cu ac-electrod?



17. Potențialele unităților motorii se numesc polifazice, dacă:
A. Devin majorate în amplitudine.
B. Conțin mai mult de patru faze.
C. Sunt extrem de prelungite.
D. Au amplitudine joasă.
E. Sunt de scurtă durată și au amplitudine joasă.

18. Una dintre cele mai remarcabile proprietăți ale potențialelor evocate, comparativ cu electroencefalografia (EEG), este:
- A. Rezistența lor la anestezie, remediile sedative și chiar la lezarea emisferei cerebrale.
 - B. Evocă un răspuns în ariile corticale receptivă și în conexiunile subcorticale respective.
 - C. Un potențial scăzut poate fi detectat cu doar câțiva microvolți pe fundalul activității mai impunătoare electroencefalografice (EEG) sau electromiografice (EMG).
 - D. Înregistrează activitatea electrică spontană sumară, generată de cortexul cerebral.
 - E. Sensibilitatea metodei crește după aplicarea procedurilor activatoare.
19. Latența așteptată a polarității pozitive a potențialelor evocate vizuale (PEV) este de circa:
- A. 9 ms.
 - B. 100 ms.
 - C. 118 ms.
 - D. 120 ms.
 - E. 128 ms.
20. Precizia metodei de ultrasonografie Doppler a vaselor cervico-cerebrale foarte mult depinde de:
- A. Vârsta pacientului.
 - B. Sursa de emisie a ultrasunetului.
 - C. Patologia examinată.
 - D. Aparatul utilizat.
 - E. Capacitățile și experiența examinatorului.
21. Modificările traseului electroencefalografic (EEG), asociate cu stările de criză epileptică de absență, reprezintă:
- A. Unde-vârf cu frecvența de 3 Hz/sec. în toate înregistrările EEG.
 - B. Silențiu electroencefalografic în timpul crizei.
 - C. Unde cu frecvența mai mică de 4 Hz și amplitudinea de la 50 până la 350 μ V.
 - D. Unde cu frecvența de la 4 până la 7 Hz.
 - E. Diminuarea periodică a frecvenței traseului EEG.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. În practica neurologică metodele de investigație paraclinică a sistemului nervos se divizează în:
- A. Neuropsihologice.
 - B. Neuroradiologice.
 - C. Neurofiziologice.
 - D. Ultrasonore.
 - E. Funcționale.

2. Valoarea radiografiei craniene convenționale a rămas neschimbată în:
 - A. Investigarea traumatismelor craniofaciale.
 - B. Depistarea hematoamelor subdurale.
 - C. Evidențierea leziunilor pituitare.
 - D. Monitorizarea sindromului de hipertensiune intracraniană.
 - E. Pregătirea pacientului pentru intervenția neurochirurgicală ghidată endoscopic.
3. Pneumoencefalografia se poate utiliza în studiul:
 - A. Atrofiilor cerebrale.
 - B. Epilepsiei.
 - C. Tumorilor cerebrale.
 - D. Leziunilor nervilor periferici.
 - E. Tulburărilor cerebrale posttraumatice.
4. Angiografia cerebrală este metoda de elecție în diagnosticul:
 - A. Tumorilor cerebrale.
 - B. Encefalitelor.
 - C. Anomaliilor vasculare cerebrale.
 - D. Stenozelor vaselor cerebrale.
 - E. Obstrucțiilor vasculare cerebrale.
5. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT) face posibilă:
 - A. Identificarea activității neuronale crescute, responsabilă de epilepsia focală.
 - B. Diferențierea varietății tulburărilor atroifice din demențe.
 - C. Evidențierea precisă a proceselor tumorale medulare.
 - D. Concretizarea caracterului leziunilor congenitale cerebrale.
 - E. Vizualizarea tulburărilor cerebrale posttraumatice.
6. Prin tomografie computerizată e posibilă:
 - A. Vizualizarea plăcilor de demielinizare în scleroza multiplă.
 - B. Vizualizarea sistemului ventricular cerebral.
 - C. Vizualizarea ușoară a calcificatelor.
 - D. Distingerea nervului optic în orbită.
 - E. Distingerea mușchilor globului ocular.
7. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la rezonanța magnetică nucleară:
 - A. Se bazează pe principiul că în țesuturile organismului există particule încărcate, direcția mișcării cărora poate fi influențată de un câmp magnetic.
 - B. Nu oferă avantaje considerabile față de tomografia computerizată.
 - C. Este superioară comparativ cu tomografia computerizată în depistarea modificărilor de tip infecțios și inflamator ale țesutului cerebral.
 - D. A fost elaborată metoda ce vizualizează fluxul sanguin cerebral – angiografia în rezonanța magnetică.
 - E. A fost preconizată de către Ambrois și Hounsfield.
8. Indicați stările care cresc sensibilitatea de diagnosticare a electroencefalografiei:
 - A. Oprirea respirației pe un termen mai lung de 3 minute.
 - B. Hiperventilația.
 - C. Excitarea cu un flux intermitent de lumină.

- D. Examinarea în timpul somnului.
 - E. Examinarea după deprivarea somnului.
9. În lipsa administrării antidepresantelor sau gradului excesiv de hipotermie, o înregistrare EEG sub formă de „platou” (mai mică de 2 μ V) deasupra tuturor regiunilor craniului în majoritatea cazurilor rezultă datorită:
- A. Somnului fiziologic adânc.
 - B. Hipoxiei cerebrale.
 - C. Ischemiei cerebrale.
 - D. Traumatismului cerebral.
 - E. Hipertensiunii intracraniene sporite.
10. Rezultatele studiilor conductibilității în fibrele motorii și senzitive ale nervilor periferici includ:
- A. Amplitudinea răspunsului evocat muscular și potențialul de acțiune senzorial.
 - B. Viteza de conducere.
 - C. Latențele distale.
 - D. Blocajul de conducere.
 - E. Decrementul.
11. Compresiunea focală (prinderea în capcană) a nervului poate produce:
- A. Deformarea răspunsului evocat motor.
 - B. Descreșterea amplitudinii răspunsului muscular la stimulări repetitive cu frecvența de 2–3 Hz pe secundă.
 - C. Absența reflexului Hoffman.
 - D. Lentoare localizată (scăderea vitezei de conducere).
 - E. Blocaj de conducere.
12. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la examenul mușchilor cu ac-electrozi:
- A. Necesită utilizarea ac-electrozilor monopolari.
 - B. Necesită utilizarea ac-electrozilor bipolari.
 - C. Activitatea electrică a mușchilor se înregistrează în repaus.
 - D. Activitatea electrică a mușchilor se înregistrează la contractarea activă efectuată de pacient.
 - E. Când mușchiul se contractă voluntar, apar potențialele de fasciculații și fibrilații.
13. În cadrul unui examen electromiografic cu ac-electrozi pot fi înregistrate următoarele modificări patologice:
- A. Activitatea „spontană” patologică la relaxare.
 - B. Modificarea amplitudinii, duratei și formei potențialelor unităților motorii (PUM).
 - C. Silențiumul în stare de repaus muscular.
 - D. Diminuarea numărului de potențiale ale unităților motorii și modificarea paterului de descărcare.
 - E. Variația amplitudinii și numărului de faze ale potențialelor unităților motorii pe parcursul contractării voluntare a mușchiului.
14. Activitatea electromiografică spontană patologică la relaxare include:
- A. Potențiale de fibrilație și miochimice.
 - B. Unde pozitive ascuțite.

- C. Crampe.
 - D. Descărcări miotonice.
 - E. Potențiale de denervare.
15. Potențialele de fibrilație pot fi întâlnite în:
- A. Denervarea neurogenă.
 - B. Polimiozită.
 - C. Miozita cu incluziuni.
 - D. Miocardită.
 - E. Cefalee musculotonică.
16. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la potențialele de fasciculație, înregistrate în cadrul examenului electromiografic:
- A. Reprezintă o contractare spontană a unei *singure fibre musculare*.
 - B. Nu este vizibilă prin piele.
 - C. Forma potențialului de fasciculație este similară celei a potențialului unității motorii, observat la contracție voluntară.
 - D. Relevă iritabilitatea fibrelor nervoase și nu denotă distrugerea fibrelor nervoase sau denervarea unităților motorii.
 - E. Originea precisă este contestată până în prezent.
17. Maladiile ce distrug fibrele musculare sau reduc populația de fibre musculare se manifestă prin următoarele modificări ale potențialelor unităților motorii (PUM):
- A. La activarea unei asemenea unități, potențialul este de voltaj diminuat și are o durată mai mică decât cea normală.
 - B. Pot fi polifazice.
 - C. Are loc așa-numita *recrutare majorată*.
 - D. La înregistrare sonoră nu produc nici un sunet.
 - E. Poate fi evidențiat fenomenul *jitter*.
18. Interpretarea potențialelor evocate aferente (vizuale, auditive, somestezice) și eferente (motorii) se bazează pe înregistrarea următorilor indici:
- A. Activitatea spontană.
 - B. Latența apariției undelor după stimulare.
 - C. Intervalul de timp dintre unde.
 - D. Decrementul amplitudinii A1/A4 la stimularea cu frecvența de 3 Hz/sec.
 - E. Asimetria undelor.
19. Examenul prin potențiale evocate somatosenzoriale (PES) este util în așa entități nozologice ca:
- A. Vertijul vestibular central de origine vasculară.
 - B. Sindromul Guillain-Barré.
 - C. Herniile de disc lombare și cervicale.
 - D. Scleroza multiplă.
 - E. Spondiloza cervicală.
20. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la potențialele evocate cognitive:
- A. Fac parte din potențialele cerebrale tardive (latența > 100 ms), care pot fi extrase din activitatea fondală prin metode computerizate.
 - B. Aceste potențiale „legate de eveniment” sau „endogene” sunt în raport cu aspectele cognitive.

- C. Răspunsurile tardive sunt de un voltaj destul de mare, au un aspect constant (nu fluctuează).
 - D. Majoritatea tipurilor studiate apar aproximativ la 300 ms (P300), după ce o persoană atentă determină un stimul neașteptat sau un stimul nou, care acționează în paralel cu cel precedent.
 - E. Amplitudinea răspunsului depinde de dificultatea sarcinii și este invers proporțională cu frecvența evenimentului.
21. Prelungirea latenței potențialelor evocate cognitive poate fi observată:
- A. La pacienți vârstnici.
 - B. În maladia Parkinson.
 - C. La bolnavii cu paralizie supranucleară progresivă.
 - D. La bolnavii cu coreea Huntington.
 - E. La bolnavii cu disfuncție vegetativă suprasegmentară psihogenă.
22. Amplitudinea răspunsului evocat cognitiv este diminuată în:
- A. Radiculopatia discogenă.
 - B. Sindromul carpian.
 - C. Schizofrenie.
 - D. Depresie.
 - E. Angoasă.
23. Prin metoda de ultrasonografie Doppler este posibilă:
- A. Determinarea diametrului vaselor cerebrale și poate fi relevată stenoza sau ocluzia lor.
 - B. Determinarea particularităților morfologice ale plăcilor: ulcerarea, calcificarea sau hemoragiile în plăci.
 - C. Determinarea direcției fluxului sanguin.
 - D. Evaluarea etiologiei dereglării circulației sanguine.
 - E. Detectarea malformațiilor arteriovenoase.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| a. Metode neuroimagistice noi. | 1. Craniografia. |
| b. Metode radiologice tradiționale. | 2. Tomografia computerizată. |
| | 3. Pneumoencefalografia. |
| | 4. Mielografia. |
| | 5. Rezonanța magnetică nucleară. |

2. Selectați caracteristicile corecte ale undelor înregistrate la examenul electroencefalografic:

- | Undele: | Caracteristicile: |
|------------------------|---|
| a. Alfa (α). | 1. La adulți se determină numai în timpul somnului, iar la copii este o înregistrare caracteristică. |
| b. Beta (β). | 2. Preponderent, se depistează în regiunea occipitală. Dispare la deschiderea ochilor și în timpul activității mintale. |
| c. Delta (θ). | |
| d. Teta (σ). | |

3. Pot fi determinate în regiunea temporală la persoanele care au depășit vârsta de 60 de ani.
 4. Se înregistrează în regiunea frontală și la pacienții care utilizează barbiturate și benzodiazepine.
 5. Frecvența – 8–12 Hz.
 6. Frecvența – 12–30 Hz.
 7. Frecvența – 1–3 Hz.
 8. Frecvența – 4–7 Hz.
 9. Amplitudinea – 50 μV .
 10. Amplitudinea – de la 10 la 20 μV .
3. Alegeți paternurile (tipurile) înregistrărilor electroencefalografice normale și patologice:
- | | |
|-------------------|---|
| Înregistrare EEG: | Paternul (tipul): |
| a. Normală. | 1. Silențiu electrocerebral. |
| b. Patologică. | 2. Înregistrare sub formă de platou (mai mică de 2 μV). |
| | 3. Unde sinusoide alfa. |
| | 4. Unde-vârf. |
| | 5. Unde beta. |
4. Asociați afirmațiile referitoare la potențialele evocate somestezice și la cele ce țin de stimularea transcraniană a cortexului motor:
- | | |
|---|--|
| a. Potențiale evocate somestezice. | 1. Sunt utilizate pentru confirmarea leziunilor sistemului senzitiv. |
| b. Stimularea transcraniană a cortexului motor. | 2. Permite determinarea întârzierii transmiterii impulsului prin căile motorii descendente. |
| | 3. Prin intermediul stimulării magnetice poate fi obținută activarea directă a cortexului motor și a segmentelor medulare. |
| | 4. Se aplică stimuli electrici puțin dureroși cu frecvența de 5 excitații pe secundă pentru nervii median, tibial și peronier. |
| | 5. Electrozii de înregistrare se aplică pe suprafața claviculei (punctul Erb), procesului spinos C_2 , cortexului parietal controlateral pentru membrul superior și deasupra măduvei lombare și cervicale, cortexului parietal controlateral pentru membrele inferioare. |
| | 6. Prin metoda dată, introdusă de Marsden, are loc stimularea puțin dureroasă a celor mai mari neuroni motorii (probabil, a celulelor Betz) și a axonilor cu cea mai rapidă conducere. |
| | 7. Se consideră că în cazurile stimulării măduvei cervicale are loc activarea radiculelor anterioare. |

8. Impulsurile sunt generate de 500 sau mai multe stimulări și trec prin fibrele nervilor periferici, radiculele spinale, cordoanele posterioare, nucleii Burdach și Goli, bulbul rahidian, lemniscusul medial, talamus și cortexul senzitiv parietal.
9. Lentoarea de la punctul de stimulare și punctul Erb sau măduva lombară indică afectarea nervilor periferici.
10. Încetinirea transmisiunii impulsului de la punctul Erb (sau măduva lombară) până la C₂ este în favoarea afectării radiculelor corespunzătoare sau a cordoanelor posterioare.
11. Diferența de timp dintre activarea corticală și cea cervicală a mușchilor mâinii reprezintă viteza de conducere a neuronilor motorii corticali-cervicali (timpul central de conducere motorie).
12. Prezența leziunii în porțiunea lemniscusului medial și căii talamo-parietale poate fi presupusă datorită întârzierii apariției răspunsurilor de pe cortexul parietal.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Tomografia prin emisie de pozitroni (PET – *Positron Emission Tomography*) este o investigație complementară costisitoare, deoarece necesită prezența unui ciclotron în apropiere, care ar genera izotopi radioactivi de carbon, azot, oxigen de scurtă durată.
2. Donchin, care a descoperit fenomenul de potențiale evocate cognitive, consideră că fenomenul este relatat de reprezentarea cerebrală a mediului ambiant.

RĂSPUNSURI

I.

1. E, p. 154.
2. C, p. 154.
3. D, p. 154.
4. A, p. 155.
5. E, p. 155.
6. A, p. 156.
7. B, p. 157.
8. D, p. 157.
9. A, p. 157.
10. C, p. 158.
11. C, p. 159.
12. E, p. 159.
13. B, p. 160.
14. A, p. 162.
15. C, p. 162.
16. D, p. 164.
17. B, p. 164.
18. A, p. 166.
19. B, p. 166.
20. E, p. 171.
21. A, p. 161.

II.

1. B, C, p. 154.
2. A, C, p. 154.
3. A, B, C, E, p. 154.
4. C, D, E, p. 155.
5. A, B, p. 155.
6. B, C, D, E, p. 157.
7. A, C, D, p. 157–158.
8. B, C, D, E, p. 159.
9. B, C, D, E, p. 160.
10. A, B, C, D, p. 162.
11. D, E, p. 162.
12. A, B, C, D, p. 163.
13. A, B, D, E, p. 163.
14. A, B, C, D, p. 163.
15. A, B, C, p. 163.
16. C, D, E, p. 164.
17. A, B, C, E, p. 165–166.
18. B, C, E, p. 166.
19. B, C, D, E, p. 169.
20. A, B, D, E, p. 170.
21. A, B, C, D, p. 170.
22. C, D, p. 170.
23. A, B, C, E, p. 170–171.

III.

1.
 - a. 2, 5.
 - b. 1, 3, 4, p. 154.
2.
 - a. 2, 5, 9.
 - b. 4, 6, 10.
 - c. 3, 7.
 - d. 1, 8, p. 159–160.
3.
 - a. 3, 5, p. 159–160.
 - b. 1, 2, 4, p. 160–161.
4.
 - a. 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, p. 167.
 - b. 2, 3, 6, 7, 11, p. 169.

IV.

- A, p. 155.
- B, p. 170.

10. SINDROAMELE MAJORE ALE SISTEMULUI NERVOS

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Cea mai frecventă plângere este:
 - A. Durerea de cap.
 - B. Indispoziția.
 - C. Dereglarea memoriei.
 - D. Tulburarea somnului.
 - E. Durerea în regiunea lombară a coloanei vertebrale.
2. Indicați rata cefaleilor primare (adică, fără modificări organice):
 - A. 85–90%.
 - B. 100%.
 - C. 90–92%.
 - D. 30–50%.
 - E. 20–40%.
3. Pilonul fundamental într-un diagnostic corect al cefaleei îl constituie:
 - A. Examenul neuroimagic.
 - B. Examenul de laborator.
 - C. Examenul neurologic obiectiv.
 - D. Anamneza detaliată.
 - E. Examenul fundului de ochi.
4. Care este cea mai frecventă greșeală în stabilirea diagnosticului de cefalee?
 - A. Utilizarea metodelor instrumentale de diagnostic, în detrimentul unei anamneze complete.
 - B. Inițierea unui tratament, în detrimentul unui examen neurologic obiectiv.
 - C. Subaprecierea rezultatelor examenului de laborator.
 - D. Supraaprecierea rezultatelor examenului neurologic obiectiv.
 - E. Însemnările insuficiente făcute de medic în foaia de observație.
5. Constatarea edemelor în regiunea feței, cianoza mucoaselor în cadrul examenului obiectiv al unui bolnav cu cefalee ar putea sugera:
 - A. Un hematom intracranian.
 - B. O insuficiență venoasă.
 - C. O hemoragie subarahnoidiană.
 - D. O tumoră cerebrală.
 - E. Un sindrom de hipertensiune intracraniană.
6. Numiți durerea de cap cu o incidență excepțional de mare:
 - A. Cefaleea condiționată de hipertensiunea intracraniană.
 - B. Cefaleea posttraumatică.
 - C. Cefaleea cervicogenă.
 - D. Cefaleea medicamentoasă.
 - E. Cefaleea primară (esențială).

7. Tipic, aura în migrena cu aură durează:
- A. 4–72 ore.
 - B. 20–30 minute.
 - C. Câteva secunde.
 - D. Nu mai puțin de 72 ore.
 - E. Mai mult de 72 ore.
8. Cel mai frecvent, în migrena cu aură se întâlnește aura:
- A. Olfactivă.
 - B. Oftalmică sau vizuală.
 - C. Vestibulară.
 - D. Auditivă.
 - E. Senzorială.
9. Semnele neurologice în migrena clasică dispar:
- A. În 4–72 de ore.
 - B. În câteva minute (maximum peste 60 min.).
 - C. În câteva secunde (maximum peste 60 sec.).
 - D. În 20–30 minute.
 - E. În decurs de 24–48 ore.
10. Sfârșitul unei versiuni tipice de migrenă cu aură este:
- A. „Scotomul scintilant”.
 - B. Hipersensibilitatea la lumină (fotofobia).
 - C. Hipersensibilitatea la sunete (fonofobia).
 - D. Grețurile și vărsăturile.
 - E. Instalarea somnului.
11. Prevalența migrenei la populație este de circa:
- A. 5%
 - B. 10%.
 - C. 15%.
 - D. 20%.
 - E. 25%.
12. Un rol determinant în procesul ciclic de patogeneză a migrenei îl au mecanismele:
- A. De eliberare a aminelor vasogene din pereții vaselor durei mater și scalpului.
 - B. De sinteză și eliberare a serotoninei.
 - C. De anomalii biochimice ale opioidelor, prostaglandinelor și ale diverselor peptide.
 - D. Cerebrale.
 - E. Genetice.
13. Tratamentul profilactic al migrenei începe în cazul acceselor mai frecvente de:
- A. 1 pe lună.
 - B. 2 pe lună.
 - C. 5 pe an.
 - D. 1 pe an.
 - E. 1 pe săptămână.
14. Prevalența cefaleei tensionale la populație este de:
- A. 30–50%.

- B. 10–20%.
 - C. 60–70%.
 - D. 80–90%.
 - E. 100%.
15. Indicați cea mai frecventă cauză a cefaleei de tip tensional:
- A. Angoasa.
 - B. Anxietatea.
 - C. Depresia.
 - D. Ipohondria.
 - E. Isteria.
16. Indicați medicamentul care, de regulă, înlătură completamente durerea în hemi-crania paroxismală:
- A. Naproxenul.
 - B. Clonazepamul.
 - C. Alprazolamul.
 - D. Indometacina.
 - E. Papaverina.
17. În cazul unui traumatism craniocerebral cefaleea posttraumatică apare:
- A. În primele 14 zile.
 - B. După 30 de zile.
 - C. Între 15 și 30 de zile.
 - D. După 3 luni.
 - E. Între 3 și 6 luni.
18. „Lovitura de pumnal” este expresia pe care o utilizează foarte des pacienții cu cefalee cauzată de:
- A. Cefaleea posttraumatică.
 - B. Hipertensiunea arterială (feocromocitom, eclampsie).
 - C. Hemoragia subarahnoidiană.
 - D. Consumul substanțelor chimice sau de sistarea lor.
 - E. Osteocondroza cervicală.
19. În SUA, al treilea loc, după cefaleea tensională și după migrenă, îl ocupă:
- A. Cefaleea condiționată de hipertensiunea intracraniană (HIC).
 - B. Durerea de cap la pacienții hipertensivi.
 - C. Cefaleea în ictusul cerebral hemoragic.
 - D. Cefaleea de abuz sau cefaleea medicamentoasă.
 - E. Cefaleea cervicogenă.
20. Realmente, cefaleea cervicogenă este condiționată doar de modificări vertebrale la nivelul:
- A. C₁–C₃.
 - B. C₄–C₅.
 - C. C₅.
 - D. C₆.
 - E. C₇.
21. Drept cauză a neuronitei vestibulare se presupune:
- A. Otita medie.
 - B. Traumatismul craniocerebral.

- C. Intoxicațiile.
- D. Virozele.
- E. Hidropsul endolimfatic al capsulei otice.

22. Cea mai frecventă formă de vertij vestibular este considerat:

- A. Vertijul fiziologic.
- B. Vertijul din neuronita vestibulară.
- C. Vertijul pozițional benign.
- D. Vertijul din vestibulopatia recurentă benignă.
- E. Vertijul din boala Mènière.

23. Răul de mare este provocat de:

- A. O leziune centrală a sistemului vestibular.
- B. O leziune periferică a sistemului vestibular.
- C. Dereglările emoționale (anxietate, isterie) asociate cu hiperventilație, tahicardie, bradicardie etc.
- D. Lezarea căilor vestibulare ascendente.
- E. Disocierea puternică a sistemului vestibular și lipsa stimulării vizuale.

24. Surditatea acută este foarte rar întâlnită în:

- A. Atacul ischemic de trunchi cerebral.
- B. Boala Mènière
- C. Vertijul de origine medicamentoasă.
- D. Oscilopsie.
- E. Ictusul cerebelos.

25. Se numește *oscilopsie*:

- A. Senzația neplăcută de mișcări ritmice, vibrație a obiectelor nemișcate.
- B. Episodul vertiginos de câteva secunde, care apare la anumite mișcări ale capului.
- C. Diplopia, dizartria, tulburările de sensibilitate, hemipareza, sindromul Claude Bernard-Horner.
- D. Surditatea unilaterală acută.
- E. Hiporeflexia labirintică lateralizată.

26. Uneori, eficacitatea baclofenului e vădită în tratamentul:

- A. Oscilopsiei.
- B. Ictusului cerebelos.
- C. Atacului ischemic de trunchi cerebral.
- D. Sindromului vestibular central.
- E. Vertijului fiziologic funcțional.

27. Actualmente, în hidrocefalia normotensivă se aplică:

- A. Tratamentul conservator.
- B. Șuntul Torkildsen.
- C. Șuntul ventriculo-peritoneal.
- D. Puncțiile lombare repetate.
- E. Medicația antitoxoplasmoză.

28. Punctul central al tabloului clinic în demență îl constituie:

- A. Mersul pacientului cu pași mici, precipitați, făcând impresia că tălpile sunt lipite de podea și bolnavul alunecă.
- B. Dereglarea somnului.

- C. Alterarea facultăților intelectuale.
 - D. Instabilitatea în poziția Romberg.
 - E. Disfazia semantică.
29. Indicați numărul de itemi pe care îi cuprinde *Mini-Mental State Examination* (MMS):
- A. 10.
 - B. 20.
 - C. 30.
 - D. 40.
 - E. 50.
30. Conceptul clasic de demență vasculară (DV) cuprinde:
- A. Orice demență ce se stabilește în consecința accidentelor vasculare cerebrale hemoragice sau ischemice.
 - B. Leziunile trunchiului cerebral cu implicarea sistemului cerebelos.
 - C. Tulburările metabolice, maladia Konovalov-Wilson, hipoparatiroidismul.
 - D. Scleroza multiplă și alte maladii cu afectarea mielinei.
 - E. Encefalopatia în infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV).
31. Scorul Hachinski (Hachinski et al., 1975) a fost propus pentru:
- A. Distingerea diferitor varietăți anatomo-clinice în cadrul demenței vasculare.
 - B. Diferențierea demenței vasculare de demențele degenerative.
 - C. Identificarea formelor focale de demență vasculară.
 - D. Stabilirea criteriilor de diagnostic ale maladii Binswanger.
 - E. Diagnosticarea demențelor corticale și subcorticale.
32. Indicați scorul Hachinski care este în favoarea diagnosticului de demență vasculară:
- A. 16 puncte.
 - B. 8 puncte.
 - C. Mai mic de 4 puncte.
 - D. Mai mare sau egal cu 7 puncte.
 - E. 10–15 puncte.
33. Din punct de vedere neuropatologic, maladia Binswanger se caracterizează prin:
- A. Afectarea arterelor de calibru mare prin ateroscleroză sau embolii de origine cardiacă.
 - B. Infarct bilateral cu sediul în teritoriul profund al arterelor cerebrale posterioare.
 - C. Afectarea substanței albe, numită *leucoaraioză*.
 - D. Degenerescenta neurofibrilară.
 - E. Amiloidoza vasculară cerebrală.
34. Calcificarea idiopatică a ganglionilor bazali se mai numește:
- A. Maladie Parkinson.
 - B. Coree Huntington.
 - C. Paralizie supranucleară progresivă.
 - D. Boală Fahr.
 - E. Maladie Binswanger.

35. Maladia ce provoacă deseori demența este:
- Sarcoidoza.
 - Hidrocefalia cu presiune normală.
 - Demența depresivă (pseudodemența).
 - Maladia Alzheimer.
 - Scleroza multiplă.
36. Gena codantă pentru peptida amiloidă (peptide β sau A_4) este localizată pe cromozomul:
- 7.
 - 14.
 - 21.
 - 28.
 - 35.
37. Enzima-cheie în lanțul biosintezei de acetilcolină este:
- Colinacetiltransferaza.
 - Glucoroniltransferaza.
 - α -L-iduronidaza.
 - Ieduronatsulforaza.
 - Glucozo-6-fosfataza.
38. În maladia Pick întotdeauna se păstrează:
- Lobul frontal.
 - Lobul parietal.
 - Sistemul hipocampo-amigdalian.
 - Lobul temporal.
 - Lobul occipital.
39. Numiți cea mai importantă tulburare de memorie la oamenii vârstnici, care poate fi tratată:
- Pseudodemența depresivă.
 - Boala cu corpi Lewy difuzi (BCLD).
 - Maladia Pick.
 - Maladia Alzheimer.
 - Maladia Binswanger.
40. Alegeți descrierea corectă a comei I (comei vigile) (după Mollaret și Gonlon, Bogolepov):
- Pacientul stă în poziție orizontală, identică cu cea a unui om care doarme; unele reflexe (strănutatul, căscatul) se păstrează.
 - Bolnavul este inert, absent, areactiv, dar stimulenții dureroși și uneori verbali îl pot trezi. De regulă, tulburări de reflexe nu se constată.
 - Pacientul nu mai poate fi trezit, dar funcțiile vegetative vitale (respirația, circulația, termoreglarea) se păstrează.
 - La imposibilitatea de contact cu pacientul se mai adaugă și tulburări vegetative importante de nivel trunchiular: dereglări respiratorii și circulatorii, dereglări ale temperaturii corporale.
 - Suprimarea funcțiilor vegetative (cardiovasculare, respiratorii de termoreglare) și motorii (atonie și areflexie totală) este exprimată maximal. Se constată midriază bilaterală, EEG – liniște electrică. Viața în această stare ireversibilă poate fi menținută doar prin mijloace artificiale.

41. Scorul total de 9–12 puncte după scala Glasgow indică:
- A. Stare de conștiență completă.
 - B. Somnolență.
 - C. Obnubilare (sopor, stupoare).
 - D. Comă.
 - E. Moarte cerebrală.
42. Adesea, respirația Chein-Stokes se întâlnește în:
- A. Traumatismele craniocerebrale.
 - B. Accidentele vasculare cerebrale.
 - C. Encefalite.
 - D. Maladiile somatice.
 - E. Tumorile de fosă craniană posterioară.
43. Respirația haotică denotă:
- A. Leziunea bilaterală în profunzimea emisferelor și nucleilor bazali.
 - B. Suferința metabolică a creierului.
 - C. Hipoxemia.
 - D. Atacul de panică.
 - E. Leziunea bulbului rahidian.
44. Pentru deschiderea ochilor indusă printr-o stimulare dureroasă, pacientul este apreciat (după scala Glasgow) cu următorul număr de puncte:
- A. 5.
 - B. 4.
 - C. 3.
 - D. 2.
 - E. 1.
45. Pentru răspuns verbal confuz, dezorientat, pacientul este apreciat (după scala Glasgow) cu următorul număr de puncte:
- A. 5.
 - B. 4.
 - C. 3.
 - D. 2.
 - E. 1.
46. Pentru răspuns motor adaptat ordinului verbal, pacientul este apreciat (după scala Glasgow) cu următorul număr de puncte:
- A. 6.
 - B. 5.
 - C. 4.
 - D. 3.
 - E. 2.
47. Lezarea punții Varolio duce la următoarea poziție a ochilor:
- A. Spre partea opusă focarului, adică în direcția hemiparezei.
 - B. Spre focar, adică în partea opusă hemiparezei.
 - C. Strabism divergent din contul globului ocular din partea focarului.
 - D. Strabism convergent din contul globului ocular din partea opusă focarului.
 - E. Strabism convergent bilateral.

48. Midriaza unilaterală cu absența reacției fotopupilare la pacientul comatos denotă:
- Leziunea mezencefalului.
 - O comă hipoglicemică.
 - O comă barbiturică.
 - O angajare temporo-tentorială.
 - O supradozare de pilocarpină.
49. Controlul fenomenului „ochi de păpușă” la pacientul în stare de comă este contraindicat în cazul:
- Suspectării unei leziuni a protuberanței.
 - Leziunilor mezencefalului.
 - Supradozei de narcotice.
 - Ictusului cerebral ischemic sau hemoragic.
 - Suspectării unor fracturi ale vertebrelor cervicale.
50. Care comă constituie prima problemă discutată (în legătură cu urgența pe care o impune) după eliminarea hipoglicemiei și a unui hematom intracranian?
- Otrăvirea cu alcool.
 - Starea de rău epileptic nonconvulsiv.
 - Coma febrilă.
 - Encefalopatia hipoxică acută.
 - Encefalopatia hepatică.
51. Indicați perioada în care o comă regresează după un acces epileptic (comă post-critică):
- 30 minute.
 - 1 oră.
 - 3 ore.
 - 24 ore.
 - 48 ore.
52. Care dintre investigațiile complementare enumerate mai jos elucidează starea de comă în cadrul unui status epileptic asimptomatic (status de absențe)?
- Scannerul cerebral.
 - Rezonanța magnetică cerebrală.
 - Electroencefalografia (EEG).
 - Puncția lombară.
 - Potențialele evocate somatosenzoriale (PESS).
53. De cele mai multe ori, într-o comă cauzată de dezechilibrul ionic e vorba de:
- Hipercalcemie pronunțată.
 - Hipokaliemie.
 - Hiperkaliemie.
 - Hipocalcemie.
 - Hiponatremie.
54. O injecție de *flumazenil* poate duce la o reversibilitate a comei cauzate de:
- Otrăvirea cu antidepresive triciclice.
 - Utilizarea izolată a benzodiazepinelor.
 - Otrăvirea cu alcool.
 - Supradozarea opiaceelor.
 - Intoxicația cu oxid de carbon.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Este foarte important ca, în afară de analiza minuțioasă a cefaleei, în procesul de diagnosticare să se țină cont de următoarele momente:
 - A. Prezența altor maladii neurologice concomitente.
 - B. Prezența altor maladii somatice concomitente.
 - C. Prezența tulburărilor afective (anxietate, stres, panică, depresie etc.).
 - D. Prezența tulburărilor vegetative (distonie neurovegetativă, sindrom de hiperventilație, tetanie etc.).
 - E. Completarea anchetei structurate pentru anamneza pacienților fără cefalee.
2. Indicați metodele de investigație suplimentare utilizate în cazul în care bolnavii prezintă ca simptom central cefaleea:
 - A. Tomografia computerizată.
 - B. Rezonanța magnetică nucleară.
 - C. Radiografia craniului și a sinusurilor, vertebrelor cervicale.
 - D. Analiza generală și biochimică a sângelui.
 - E. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT).
3. Indicați cefaleele primare care se întâlnesc mai frecvent în experiența clinică:
 - A. Migrena.
 - B. Cefaleea tensională.
 - C. Cefaleea *cluster* (în ciorchine).
 - D. Cefaleea diversă, fără leziuni structurale.
 - E. Cefaleea cronică paroxistică.
4. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la migrenă:
 - A. Este o maladie cu manifestări paroxistice de cefalee, cu durată de 4–72 ore.
 - B. La debut este deseori unilaterală.
 - C. Are caracter pulsatil, de intensitate medie sau severă.
 - D. Nu alterează activitatea cotidiană și se reduce esențial la efort fizic.
 - E. Este asociată cu grețuri, vome, fonofobie și fotofobie.
5. Indicați ce manifestări se întâlnesc cel mai des în aura vizuală:
 - A. Sclipiri scurte.
 - B. Zigzaguri.
 - C. Sfere („scotom scintilant”).
 - D. Filamente luminoase.
 - E. Iluzia mișcării corpului sau a obiectelor din jur.
6. Indicați manifestările neurologice care pot apărea în migrena asociată:
 - A. Hemipareza.
 - B. Tulburări de sensibilitate.
 - C. Tulburări oculomotorii.
 - D. Semne meningiene.
 - E. Semne de elongație.
7. Preparatele căror grupe sunt considerate actualmente cele de bază pentru jugularea atacurilor de migrenă?
 - A. Antiinflamatoarele nesteroidice.

- B. Salicilatele.
 - C. Preparatele ergotaminei.
 - D. Triptanele.
 - E. Antidepresivele.
8. Indicați produsele, consumul cărora poate provoca vasoconstricție și, respectiv, acces de migrenă:
- A. Vinul roșu.
 - B. Cașcavalul.
 - C. Nucile.
 - D. Mierea de albine.
 - E. Ciocolata.
9. Selectați sinonimele cefaleei tensionale:
- A. Cefalee de hipertensiune intracraniană.
 - B. Cefalee cauzată de hipertensiunea arterială.
 - C. Cefaleea psihomiogenă.
 - D. Cefaleea de stres.
 - E. Cefaleea esențială.
10. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la cefaleea de tip tensional:
- A. Este o entitate clinică care se manifestă prin episoade sau stări de dureri de cap, de intensitate ușoară și moderată, ce nu afectează activitatea zilnică și nu se amplifică la efort fizic.
 - B. Durerea este bilaterală, cu senzație de presiune, de constrângere sau de greutate și nu e pulsatilă.
 - C. Nu se asociază cu fono- și fotofobie.
 - D. Se asociază cu greață și vomă.
 - E. Cefaleea tensională episodică poate dura de la 30 de minute până la 7 zile, iar cea cronică – mai mult de 15 zile pe lună sau 180 de zile pe an.
11. Pacienții cu cefalee tensională afirmă că:
- A. „Un cerc de metal îmi strânge capul”.
 - B. „Capul mi-e strâns într-o menghină”.
 - C. Au senzații neplăcute în interiorul craniului.
 - D. Au furnicături pe sub piele.
 - E. Durerea este brutală, sfredelitoare și penetrantă; apare noaptea, la aceeași oră (cefalee tip „deșteptător”).
12. În majoritatea cazurilor, cefaleea tensională este condiționată de:
- A. Factorii psihogeni.
 - B. Conflictele intrapsihice.
 - C. Suprasolicitățile fizice.
 - D. Panică.
 - E. Depresie.
13. Indicați pozițiile care pot provoca încordarea antifiziologică a mușchilor și, respectiv, cefaleea tensională:
- A. Lucrul la computer.
 - B. Conducerea mașinii.
 - C. Încordarea vizuală în diferite profesii (dispecerat, observații microscopice etc.).

- D. Săriturile în apă.
 - E. Lucrul de creație (poet, scriitor, cercetător științific etc.).
14. Depresia latentă marcată, care se prezintă ca o cefalee tensională, poate fi tratată cu doze suficiente de:
- A. Analgezice (aspirină, paracetamol, citramon, sedalgină).
 - B. Miorelaxante (sirdalud).
 - C. Antidepresive triciclice (amitriptilină).
 - D. Fluoxetină (framex, prozac).
 - E. Antibiotice.
15. Tratamentul atacului dureros în cefaleea „în ciorchine” se face cu ajutorul:
- A. Dihidroergotaminei (spray nazal).
 - B. Triptanelor.
 - C. Inhalăției oxigenului pur timp de 10 minute.
 - D. Litiului carbonat.
 - E. Antagoniștilor ionilor de calciu (nimotop, verapamil, izoptin).
16. Criteriile cefaleei simptomatice sunt următoarele:
- A. Este o cefalee eterogenă (cefaleea tensională cronică, migrenă cronică, asocierea lor), care are loc zilnic sau aproape zilnic, mai mult de 4 zile pe săptămână sau mai mult de 15 zile pe lună, cu durată cotidiană de 4 sau mai multe ore pe zi.
 - B. Prezența simptomelor și semnelor clinice ale maladiei de bază.
 - C. Rezultatele investigațiilor suplimentare (de laborator și instrumentale) confirmă maladia de bază.
 - D. Prezența legăturii cauzale între boala de bază și cefalee.
 - E. Cefaleea dispare la tratamentul eficient al maladiei de bază.
17. Indicați maladiile care provoacă deseori hipertensiunea intracraniană:
- A. Tumoarea cerebrală.
 - B. Isteria.
 - C. Meningita.
 - D. Encefalita.
 - E. Abcesul cerebral.
18. Selectați afirmațiile corecte referitoare la durerea de cap la pacienții hipertensivi:
- A. Apare la creșterea bruscă a tensiunii arteriale diastolice (mai mult de 25%).
 - B. Dispare peste 24 de ore, după normalizarea tensiunii arteriale.
 - C. În majoritatea cazurilor, cefaleea este de origine mixtă: condiționată de creșterea bruscă a tensiunii arteriale, legată de insuficiența venoasă și asociată cu cefaleea tensională.
 - D. Coincide în timp cu utilizarea medicamentelor hipotensive.
 - E. Injecțiile locale (novocaină, lidocaină, hidrocortizon) în punctele de proiecție ale nervului occipital reduc durerea, având în același timp și o importanță diagnostică.
19. Tratamentul pacienților cu cefalee de abuz (cefalee medicamentoasă) include:
- A. O discuție explicativă.
 - B. Dublarea dozei de antalgici.
 - C. Dezintoxicarea pacienților în condiții de staționar.

- D. Antidepresivele.
 - E. Ergotaminele și triptanele.
20. Indicați sistemele responsabile de orientarea și stabilitatea spațială:
- A. Olfactiv.
 - B. Vizual.
 - C. Auditiv.
 - D. Vestibular.
 - E. Somato-senzitiv.
21. Selectați afirmațiile corecte referitoare la vertijul veritabil (vertigo):
- A. Este condiționat de o leziune centrală sau periferică a sistemului vestibular.
 - B. Apare o iluzie a mișcării corpului sau obiectelor din jur, asociată cu senzații de rotire, cădere, înclinare sau balansare.
 - C. Este asociat cu simptome vegetative (greață, vomă, transpirație, tahicardie).
 - D. Este asociat cu simptome afective (anxietate, panică).
 - E. Niciodată nu este însoțit de nistagmus. Pacientul este stabil în poziția Romberg, nu se clatină la mers.
22. Triada clasică a maladiei Ménière este reprezentată prin:
- A. Tulburare de echilibru la mers, ce poate persista.
 - B. Diminuare tranzitorie a simțului olfactiv.
 - C. Vertij episodic rotatoriu.
 - D. Acufene unilaterale.
 - E. Pierderea fluctuantă a auzului.
23. Sindromul vestibular central prin leziunea căii vestibulo-oculogire se caracterizează prin:
- A. Diminuare tranzitorie a auzului.
 - B. Vertij nesistemic, de intensitate mică sau moderată.
 - C. Un nistagmus adesea în mai multe direcții: orizontală, verticală sau rotativă.
 - D. Hipoacuzie unilaterală amplificată de acufene.
 - E. O instabilitate nesistemică în proba Romberg, deseori retropulsie.
24. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la sindromul vestibular central:
- A. Semnele fizice nu sunt proporționale cu datele examenului clinic și nici nu evoluează paralel cu ele.
 - B. Pot fi prezente și semne neurologice asociate (în cadrul altor sisteme).
 - C. Nu este o hiporeflexie labirintică lateralizată și nici surditate unilaterală.
 - D. Cel mai des se întâlnește în maladiile ce pot afecta direct sau indirect trunchiul cerebral și cerebelul.
 - E. Reprezintă doar 6% din cauzele vertijului.
25. Indicați maladiile în care vertijul vestibular central se întâlnește cel mai frecvent:
- A. Ischemia medulară.
 - B. Ictusul cerebelos.
 - C. Scleroza multiplă.
 - D. Tumorile de fosă craniană posterioară.
 - E. Migrena bazilară.
26. Hidrocefalia normotensivă se caracterizează prin:
- A. Sindrom hipertensiv intracerebral.

- B. Demență.
 - C. Apraxia mersului.
 - D. Incontinență de urină.
 - E. Incontinență de mase fecale.
27. Maladiile ce pot provoca demența se clasifică în următoarele categorii principale:
- A. Maladii ce afectează alte organe (ficatul, rinichii etc.), fără a afecta direct creierul.
 - B. Maladii însoțite de afectarea creierului, asociate cu simptome neurologice: tumori cerebrale, traumatisme cerebrale, maladiile Huntington, Creutzfeldt-Jakob, Parkinson etc.
 - C. Demențe primare pentru a caracteriza formele, prezentând o simptomatologie esențial limitată la demență: atât maladia Alzheimer, cât și alte maladii degenerative non-Alzheimer.
 - D. Maladii oncologice cu implicarea secundară a creierului (encefalita limbică paraneoplazică).
 - E. Maladii de sistem cu afectarea primitivă a vaselor cerebrale (vasculite cerebrale).
28. Criteriile utilizate în mod curent pentru stabilirea diagnosticului de demență (criteriile DSM-III-R) sunt următoarele:
- A. Punerea în evidență a alterării memoriei pe termen scurt și de lungă durată.
 - B. Prezența a cel puțin uneia din manifestări: alterarea gândirii abstracte; alterarea raționamentului; afazie, apraxie sau agnozie; alterarea personalității.
 - C. Perturbările A și B, care tulbură în mod semnificativ activitățile profesionale sau sociale ori relațiile cu semenii.
 - D. Apare în mod exclusiv în evoluția unui „delirium” (stare de confuzie).
 - E. Una din următoarele condiții: (1) punerea în evidență a factorilor organici specifici considerați etiologic legați de perturbare; (2) factorul organic este presupus, dacă nici o tulburare mentală sau organică nu poate explica simptomele.
29. Indicați formele anatomo-clinice de demențe vasculare:
- A. Demența prin infarcte multiple.
 - B. Maladia Alzheimer.
 - C. Maladia Pick.
 - D. Formele focale de demență vasculară.
 - E. Maladia Binswanger.
30. Indicați criteriile clinice propuse de Cummings pentru identificarea demenței subcorticale:
- A. E prezentă afazia amnestică.
 - B. Se manifestă tulburări afective.
 - C. Se manifestă tulburări ale posturii.
 - D. Sunt prezente hiperkineziile.
 - E. Este prezentă dizartria.
31. Maladia Alzheimer este însoțită de atrofie și moarte neuronală progresivă cu sediul în:
- A. Lobii frontali.

- B. Lobii parietali.
 - C. Lobii temporali.
 - D. Sistemul hipocampo-amigdalian.
 - E. Lobii occipitali.
32. Leziunile cele mai caracteristice ale maladiei Alzheimer sunt:
- A. Degenerescențele neurofibrilare.
 - B. Plăcile senile.
 - C. Amiloidoza vasculară cerebrală.
 - D. Glioză astrocitară considerabilă.
 - E. Spongioză însemnată a parenchimului cerebral.
33. Schematic, în evoluția maladiei Alzheimer se deosebesc următoarele stadii:
- A. Pseudodepresivă.
 - B. Amnezică.
 - C. Astenică.
 - D. Dementială.
 - E. Vegetativă.
34. Tomografia computerizată cerebrală și rezonanța magnetică nucleară depistează la bolnavii cu maladia Alzheimer:
- A. Modificări atroifice cerebrale (biparietale, bitemporale).
 - B. Atrofie selectivă pronunțată a lobilor frontali.
 - C. Lărgirea sistemului ventricular.
 - D. Lărgirea spațiilor subarahnoidiene.
 - E. Acumulări de cupru în nucleii cenușii striopallidari.
35. Care dintre funcțiile enumerate mai jos sunt intelectuale?
- A. Abstracția.
 - B. Judecata.
 - C. Propriocepția.
 - D. Autocritica.
 - E. Atenția.
36. Reducerea limbajului în maladia Pick se manifestă prin:
- A. Parafazii.
 - B. Uitarea verbelor.
 - C. Uitarea substantivelor.
 - D. Repetarea unor și acelorași cuvinte.
 - E. Repetarea unor și acelorași fraze.
37. Indicați afirmațiile corecte referitoare la maladia Pick:
- A. Bulimia e frecventă chiar de la debutul maladiei.
 - B. Sunt pozitive semnele de prehensiune patologică.
 - C. Akinezie, rigiditate și tremurături.
 - D. Electroencefalograma (EEG) este normală.
 - E. Tomografia computerizată (CT) cerebrală evidențiază o dilatare simetrică a ambelor cornuri frontale.
38. Boala cu corpi Lewy difuzi (BCLD) se caracterizează prin:
- A. Demență instalată progresiv.

- B. Manifestări psihice.
 - C. Lipsa manifestărilor extrapiramidale.
 - D. Incluziuni în citoplasma neuronilor cortexului, corpi Lewy.
 - E. Fluctuația puternică a deficitelor cognitive.
39. Conștiința este:
- A. Posibilitatea de memorizare și concentrare.
 - B. Orientarea în timp.
 - C. Orientarea în spațiu.
 - D. Prezența dispoziției pentru orice activitate.
 - E. Cunoașterea propriei persoane.
40. Din punct de vedere fiziologic, conștiința include următoarele componente:
- A. Procesul de activare.
 - B. Conținutul conștiinței.
 - C. Limbajul.
 - D. Praxiile.
 - E. Reflexele arhaice.
41. Numiți mecanismele de tulburare a conștiinței:
- A. Leziunea difuză a cortexului emisferei cerebrale stângi.
 - B. Leziunea difuză a cortexului emisferei cerebrale drepte.
 - C. Leziunea difuză și bilaterală a cortexului cerebral.
 - D. Leziunea trunchiului cerebral.
 - E. Combinarea leziunilor trunculare și corticale bilaterale.
42. Suferința căilor nervoase ce provoacă tulburări de conștiință adesea este legată de un proces multifactorial ce rezultă din:
- A. Un proces difuz sau multifocar ce influențează metabolismul neuronal (anoxie, tulburări metabolice, intoxicații).
 - B. Leziuni structurale ce afectează selectiv partea ascendentă a formațiunii reticulate sau difuz emisferele cerebrale.
 - C. Repercusiunea la distanță a unui focar lezional asupra structurilor axiale prin intermediul unei hipertensiuni intracraniene (HIC).
 - D. Angajarea, adică deplasarea, țesutului cerebral în conformitate cu gradientul de presiune.
 - E. Factorul psihologic.
43. Răspunsurile căror întrebări au importanță decisivă în majoritatea cazurilor pentru soarta pacientului aflat în comă?
- A. Este, oare, o comă organică sau pseudocomă (funcțională, psihogenă)?
 - B. Este, oare, prezentă „moartea creierului”?
 - C. În cazul unei come organice este vorba de un proces difuz (coma metabolică) sau de un proces local, de focar (coma neurogenă)?
 - D. Care este patogenia stării comatoase?
 - E. Care este etiologia stării comatoase?
44. Scala Glasgow de apreciere a profunzimii comei este construită în baza aprecierii cantitative a următoarelor răspunsuri esențiale:
- A. Deschiderea ochilor.
 - B. Deschiderea gurii.

- C. Protruzia limbii.
 - D. Verbal.
 - E. Motilitatea membrelor.
45. Indicați fenomenele de motilitate care sunt semne elocvente ale unei come metabolice:
- A. Mișcări generalizate ale membrelor, trunchiului corpului, capului.
 - B. Mioclonia.
 - C. Asterixisul.
 - D. Extensia membrelor superioare.
 - E. Flexia mâinilor și extensia picioarelor.
46. Care dintre stările enumerate mai jos pot fi confundate cu stările comatoase?
- A. Somnul profund.
 - B. Simularea conștientă.
 - C. Mutismul akinetic.
 - D. Deaferentația motorie (locked-in syndrome).
 - E. Starea vegetativă.
47. Mutismul akinetic rezultă din:
- A. Leziune frontală bilaterală.
 - B. Hidrocefalie acută.
 - C. Leziune a formațiunii reticulate mezencefalice.
 - D. Leziune protuberanțială prin tromboza arterei bazilare.
 - E. Mielinoză centrală.
48. Comunicarea cu un pacient aflat în stare de deaferentație motorie (locked-in syndrome) are loc prin:
- A. Extensia membrelor inferioare.
 - B. Flexia membrelor superioare.
 - C. Proba cu ridicarea mâinilor și lăsarea lor bruscă să cadă la nivelul feței.
 - D. Clipire.
 - E. Mișcări ale globilor oculari pe verticală.
49. Care dintre stările enumerate mai jos pot provoca come reversibile?
- A. Hipoglicemia.
 - B. Tumoarea infiltrativă a trunchiului cerebral.
 - C. Meningoencefalita.
 - D. Hematomul extradural.
 - E. Hematomul subdural.
50. Alegeți semnele clinice ce ar indica o comițialitate:
- A. Crize convulsive generalizate.
 - B. Spasme tonice.
 - C. Secuse oculo-palpebrale.
 - D. Mușcăături ale limbii și mucoaselor cavității bucale.
 - E. Răspunsul motor al mimicii faciale sau al membrelor la stimulenții algici.
51. Encefalopatia hepatică se manifestă prin:
- A. Asterixis.
 - B. Hipertonie extrapiramidală.

- C. Hiperventilație.
- D. Miros dulceag din gură.
- E. Hipotermie.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

- | | |
|------------------------|--|
| a. Cefaleea primară. | 1. Migrena. |
| b. Cefaleea secundară. | 2. Traumatismul. |
| | 3. Tulburările vasculare. |
| | 4. Cefaleea de tensiune. |
| | 5. Cefaleea <i>cluster</i> („în ciorchine”). |
| | 6. Tulburările intracraniene nonvasculare. |
| | 7. Utilizarea substanțelor și sistarea lor. |
| | 8. Infecțiile noncefalice. |
| | 9. Tulburările metabolice. |
| | 10. Tulburările structurilor faciale și craniene. |
| | 11. Nevralgiile craniene, dureri ale trunchiurilor nervoase. |
| | 12. Diverse cefalee fără leziuni structurale. |

2. Grupați preparatele medicamentoase utilizate în tratamentele simptomatice (de stopare) și profilactice (de prevenire) ale acceselor de migrenă:

- | Tratamentul: | Preparatele: |
|-----------------|--|
| a. Simptomatic. | 1. Acid acetilsalicilic. |
| b. Profilactic. | 2. Paracetamol. |
| | 3. Preparate mixte (sedalghin, pentalghin, spasmoveralgin). |
| | 4. Preparate din grupa antiinflamatoarelor nesteroidice (naproxenul ș.a.). |
| | 5. Propranolol. |
| | 6. Atenolol. |
| | 7. Metoprolol. |
| | 8. Redergin. |
| | 9. Dihidroergotamină. |
| | 10. Digidergot. |
| | 11. Nimotop. |
| | 12. Verapamil. |
| | 13. Flunarizin. |
| | 14. Imigran. |
| | 15. Zomig. |
| | 16. Naramig. |
| | 17. Sandomigran. |
| | 18. Piritol. |
| | 19. Metisergid. |
| | 20. Amitriptilină. |

3. Asociați cifrele cu literele:

- | | |
|-------------------------------|--|
| a. Tulburări de comportament. | 1. Pierderea orientării în propria persoană și neglijarea defectelor sale. |
| b. Simptome afective. | 2. Depresie. |
| | 3. Dezinhibiție. |
| | 4. Anxietate. |
| | 5. Ideeație suicidală. |
| | 6. Rigiditate mentală. |
| | 7. Distractibilitate. |
| | 8. Idei fixe. |
| | 9. Ipohondrie. |
| | 10. Impulsivitate. |
| | 11. Indiferență. |

4. Indicați medicația de urgență în funcție de etiologia comei:

- | | |
|--|---|
| Comă cauzată de: | Medicația: |
| a. Utilizarea izolată a benzodiazepinelor. | 1. Oxigenoterapia (cu valori normale și hiperbarică). |
| b. Supradozarea opiaceelor. | 2. Naloxonă. |
| c. Intoxicația cu oxid de carbon. | 3. Flumazenil. |

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Migrena cu aură mai este numită și *neurologică*, deoarece înainte de acces sau în timpul lui apar semne neurologice de focar de scurtă durată.
2. Cefaleea tensională nu se asociază cu fobofobie, greață, vomă; în schimb, ea, de regulă, este acompaniată de tulburări anxioase (mai ales cefaleea episodică) și depresive (variantea cronică).
3. Vertijul este un simptom foarte des întâlnit, dar insuficient cunoscut de marea majoritate a medicilor, din cauza maladiilor multiple care îl provoacă (neurologice, psihice, cardiovasculare, oftalmologice, ale urechii) și patogenezei complexe.
4. Identificarea unei afecțiuni cerebrovasculare presupune atât observarea semnelor de focare la examenul neurologic, cât și obiectivizarea leziunii vasculare prin metode neuroimagistice.
5. Orice comă este cauzată fie de o leziune neurologică (comă primară), asociată cu semne neurologice de focar, fie de o atingere metabolică sau toxică (comă secundară), care, de multe ori, prezintă semne neurologice simetrice.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 172.
2. A, p. 172.
3. D, p. 172.
4. A, p. 172.
5. B, p. 172.
6. E, p. 173.
7. B, p. 174.
8. B, p. 174.
9. B, p. 174.
10. E, p. 174.
11. C, p. 174.
12. D, p. 175.
13. B, p. 175.
14. A, p. 176.
15. C, p. 177.
16. D, p. 178.
17. A, p. 179.
18. C, p. 180.
19. D, p. 181.
20. A, p. 181.
21. D, p. 182.
22. C, p. 182.
23. E, p. 183.
24. A, p. 183.
25. A, p. 183.
26. A, p. 184.
27. C, p. 186.
28. C, p. 186.
29. C, p. 187.
30. A, p. 188.
31. B, p. 188.
32. D, p. 188.
33. C, p. 190.
34. D, p. 190.
35. D, p. 191.
36. C, p. 191.
37. A, p. 192.
38. E, p. 192.
39. A, p. 194.
40. B, p. 196.
41. C, p. 197.
42. D, p. 197.
43. E, p. 197.
44. D, p. 197.
45. B, p. 197.
46. A, p. 197.
47. A, p. 198.
48. D, p. 198.
49. E, p. 198.
50. C, p. 201.
51. A, p. 202.
52. C, p. 202.
53. E, p. 202.
54. B, p. 203.

II.

1. A, B, C, D, p. 172.
2. A, B, C, D, p. 173.
3. A, B, p. 173.
4. A, B, C, E, p. 174.
5. A, B, C, D, p. 174.
6. A, B, C, p. 174.
7. C, D, p. 175.
8. A, B, C, E, p. 175.
9. C, D, E, p. 176.
10. A, B, C, E, p. 176.
11. A, B, C, D, p. 177.
12. A, B, D, E, p. 177.
13. A, B, C, p. 177.
14. C, D, p. 177.
15. A, B, C, p. 178.
16. B, C, D, E, p. 179.
17. A, C, D, E, p. 179.
18. A, B, C, p. 180.
19. A, C, D, E, p. 181.
20. B, D, E, p. 181.
21. A, B, C, D, p. 181.
22. C, D, E, p. 183.
23. B, C, E, p. 183.
24. A, B, C, D, p. 183.
25. B, C, D, E, p. 183.
26. B, C, D, p. 186.
27. A, B, C, p. 187.
28. A, B, C, E, p. 187.
29. A, D, E, p. 188–189.
30. B, C, D, E, p. 190.
31. B, C, D, p. 191.
32. A, B, C, p. 191.
33. B, D, E, p. 192.
34. A, C, D, p. 192.
35. A, B, D, E, p. 192.
36. C, D, E, p. 192.
37. A, B, D, E, p. 193.
38. A, B, D, E, p. 193.
39. B, C, E, p. 194.
40. A, B, p. 194.
41. C, D, E, p. 194.
42. A, B, C, D, p. 195.
43. A, C, E, p. 196.
44. A, D, E, p. 196.
45. B, C, p. 198.
46. B, C, D, E, p. 199.
47. A, B, C, p. 199.
48. D, E, p. 199.
49. A, C, D, E, p. 200.
50. A, B, C, D, p. 201.
51. A, B, C, D, p. 202.

III.

1.
 - a. 1, 4, 5, 12.
 - b. 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, p. 173.
2.
 - a. 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 14, 15, 16, p. 175.
 - b. 5, 6, 7, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, p. 176.
3.
 - a. 1, 3, 6, 7, 10.
 - b. 2, 4, 5, 8, 9, 11, p. 193.
4.
 - a. 3.
 - b. 2.
 - c. 1, p. 203.

IV.

1. A, p. 178.
2. B, p. 178.
3. B, p. 181.
4. B, p. 188.
5. B, p. 200.

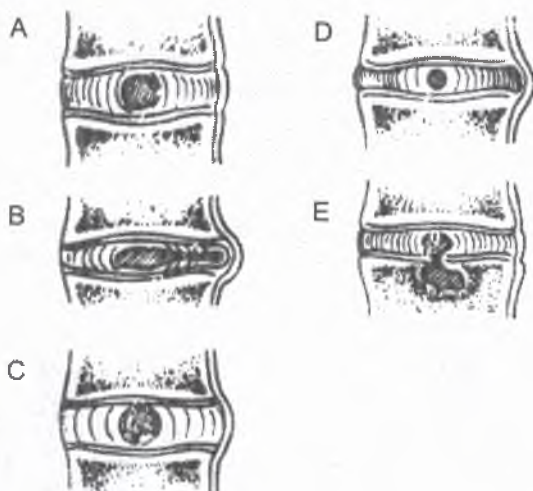
11. BOLILE SISTEMULUI NERVOS PERIFERIC

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicați cele mai frecvente afecțiuni ale sistemului nervos:
 - A. Bolile sistemului nervos periferic.
 - B. Cefaleele primare.
 - C. Accidentele vasculare cerebrale.
 - D. Tumorile cerebrale și medulare.
 - E. Traumatismele craniocerebrale și vertebro-medulare.
2. Conform datelor statistice, rata bolilor sistemului nervos periferic în structura bolilor sistemului nervos constituie circa:
 - A. 8–10%.
 - B. 20%.
 - C. 30%.
 - D. 40%.
 - E. 50%.
3. Cea mai frecventă formă clinică a bolilor sistemului nervos periferic este:
 - A. Radiculopatia (lombară, cervicală, toracică).
 - B. Gangliopatia.
 - C. Plexopatia.
 - D. Funiculopatia.
 - E. Polineuropatia.
4. Indicați formațiunea anatomică care constituie partea intrarahidiană a nervilor spinali:
 - A. Rădăcinile spinale.
 - B. Nervii intercostali.
 - C. Plexurile.
 - D. Funiculii.
 - E. Joncțiunea neuro-musculară.
5. Rădăcinile spinale dorsale (toracice) sunt prezente în număr de:
 - A. 5.
 - B. 7.
 - C. 8.
 - D. 10.
 - E. 12.
6. Cele două rădăcini medulare se unesc, pentru a forma nervul rahidian, în locul care se numește:
 - A. Șanțul colateral posterior.
 - B. Ieșirea din gaura de conjugare.
 - C. Ganglionul spinal.
 - D. *Cauda equina*.
 - E. Plex cervico-dorsal.

7. Plexul brahial este format din fuziunea rădăcinilor:
 - A. C_2-C_4 .
 - B. C_4-Th_1 .
 - C. C_5-Th_2 .
 - D. C_6-Th_3 .
 - E. C_7-Th_4 .
8. Una din cauzele cele mai frecvente de suferință a plexului brahial este/sunt:
 - A. Virozele.
 - B. Difteria.
 - C. Dizenteria.
 - D. Botulismul.
 - E. Traumatismul.
9. Indicați ce parte componentă a plexului brahial suferă în special prin paralizia de cârjă:
 - A. Trunchiul secundar posterior.
 - B. Trunchiul superior.
 - C. Trunchiul mediu.
 - D. Trunchiul inferior.
 - E. Fasciculul lateral.
10. În sindromul Pancosta-Tobias plexul brahial este lezat de:
 - A. Un anevrism al arterei carotide comune.
 - B. Cancerul apexului de plămân.
 - C. Coasta cervicală.
 - D. Discopatia cervicală.
 - E. Pachimeningita cervicală hipertrofică.
11. „Grifă cubitală” este numită poziția mâinii cauzată de afectarea nervului:
 - A. Musculocutanat.
 - B. Subclavicular.
 - C. Ulnar.
 - D. Radial.
 - E. Median.
12. Cele mai frecvente cauze locale de suferință a nervului ulnar sunt:
 - A. Fracturile de claviculă.
 - B. Traumatismele directe prin glonte sau instrumente tăioase.
 - C. Traumatismele din timpul nașterii.
 - D. Compresiunile de origine externă.
 - E. Compresiunile de tunel.
13. Urcarea pe scări și ridicarea de pe scaun sunt foarte anevoioase în afectarea:
 - A. Nervului crural.
 - B. Nervului ischiatic.
 - C. Nervului peronier comun.
 - D. Nervului tibial.
 - E. Plexului lombosacrat.

14. Afectarea nervului peronier comun condiționează o atitudine specială a piciorului, care se numește:
- „Plantă calcanee”.
 - „Plantă atârând”.
 - „Picior scobit”.
 - „Degete în ciocan”.
 - „Picior în *valgus ecvar*”.
15. Cea mai frecventă cauză a afectării nervului tibial este:
- Hernia de disc intervertebral L_5-S_1 .
 - Traumatismul.
 - Procese inflamatorii.
 - Factorii iatrogeni.
 - Intoxicațiile endogene.
16. Majoritatea nevralgiilor lombare și brahiale sunt de origine:
- Infecțioasă.
 - Toxică endogenă.
 - Toxică exogenă.
 - Tumorală.
 - Vertebrală.
17. Conflictul disco-radicular determină următorul procentaj de nevralgie lombosciatică:
- 100%.
 - 90%.
 - 80%.
 - 70%.
 - 60%.
18. Care figură reprezintă hernie de disc?



19. Vârsta de predilecție pentru herniile de disc este:
- Între 16 și 25 de ani.
 - Între 20 și 30 de ani.

- C. Între 30 și 45 de ani.
 - D. Între 45 și 50 de ani.
 - E. Între 50 și 65 de ani.
20. Aproximativ 70% din herniile de disc apar la persoanele care:
- A. Sar de la înălțime.
 - B. Se supun factorului de răcire.
 - C. Au predispoziție ereditară.
 - D. Se află timp îndelungat în poziție șezând.
 - E. Depun eforturi fizice.
21. Cel mai des hernia de disc apare în regiunea:
- A. Cervicală.
 - B. Toracică.
 - C. Lombară.
 - D. Sacrată.
 - E. Coccigiană.
22. De cele mai multe ori, hernia de disc este localizată:
- A. Lateral.
 - B. Medial.
 - C. Bilateral.
 - D. Anterior.
 - E. Posterior.
23. Hernia de disc C_5 (interesând rădăcina C_6) produce abolirea sau diminuarea reflexului:
- A. Humeroscapular.
 - B. Bicipital.
 - C. Tricipital.
 - D. Carpo-radial.
 - E. Iacobson-Lasca.
24. Care semn de elongație e reprezentat în figuri?
- A. Lasegue.
 - B. Bechterew.
 - C. Neri.
 - D. Wassermann.
 - E. Shanley.

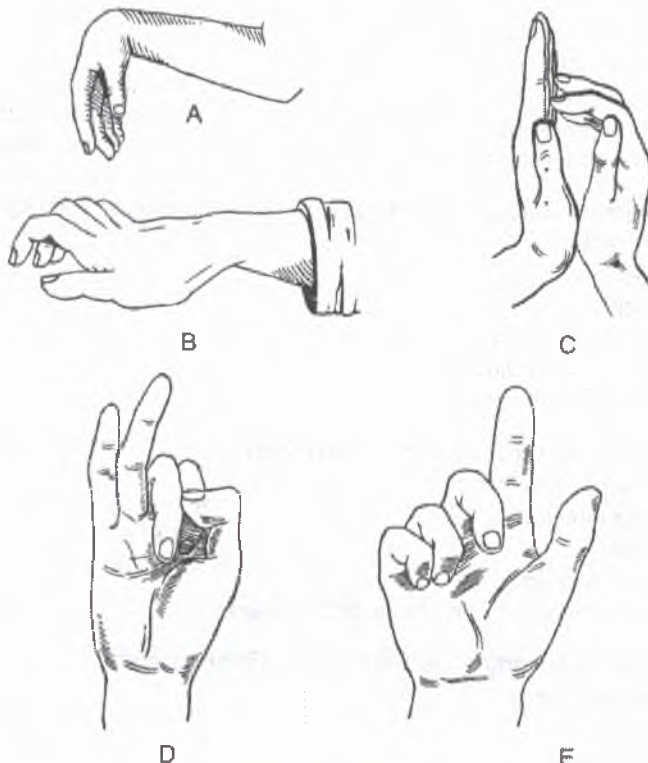


25. Alegeți descrierea corectă a semnului de elongație Sequard:
- Durere în regiunea lombară și în membrul inferior la anteflexia capului.
 - Limitarea extensiei, bolnavul fiind în decubit ventral.
 - Dureri în regiunea lombară și pe partea dorsală a piciorului, atunci când unghiul de ridicare a lui atinge 30° – 40° .
 - Durere în partea dorsală a gambei la o extensie a plantei.
 - Dureri în partea posterioară a gambei la flexia dorsală a halucelui.
26. Compresiunea cărei rădăcini provoacă abolirea reflexelor achilian și medio-plantar?
- S_1 .
 - L_5 .
 - L_3 .
 - L_4 .
 - L_2 .
27. În care sindroame, la palparea în regiunea lombară, pot fi evidențiate nodulii Cornelliuss și hipertonusul Müller?
- Sindromul lombar vertebrogen reflex.
 - Lumbago.
 - Lumbalgie.
 - Lumboîșalgie.
 - Sindromul mușchiului piramidal al bazinului.
28. În perioada remisiunii, bolnavului cu radiculopatie vertebrogenă i se recomandă:
- Tratament chirurgical.
 - Ionizări cu novocaină.
 - Terapie manuală.
 - Preparate anabolice (retabolil, nerabolil și metiluracil).
 - Tratament balneo-sanatorial.
29. Ataxia senzitivă în polineuropatii apare pe motiv de:
- Deficit motor în extremitățile membrelor.
 - Mers stepat.
 - Deregulare a sensibilității profunde în extremități.
 - Cauzalgie.
 - Parestezii cu aspect divers.
30. Poate fi însoțită de dilatarea pupilei polineuropatia:
- Infecțioasă primitivă.
 - Difterică.
 - Botulinică.
 - Alcoolică.
 - Arsenică.
31. În care perioadă, după tulburările de intoxicație botulinică gravă, se pot instala semnele clinice de suferință a sistemului nervos:
- De la 2 până la 5 ore.
 - 5–10 ore.
 - 10–12 ore.
 - 12 ore – 1 săptămână.
 - 1 săptămână – 1 lună.

32. Uneori, sindromul Korsakov apare în polineuropatia:
- A. Sturnină.
 - B. Etilică.
 - C. Arsenică.
 - D. Diabetică.
 - E. Gripală.
33. În care maladie se dezvoltă cel mai des polineuropatia în formele subclinice, așa-zisele „cazuri ușoare”, când terapia cauzală nu este administrată?
- A. Diabet zaharat.
 - B. Insuficiență hepatică.
 - C. Uremie.
 - D. Amiloidoză.
 - E. Porfirie.
34. Indicați rata de afectare a nervilor cranieni în poliradiculonevrita acută:
- A. 20%.
 - B. 30%.
 - C. 40%.
 - D. 50%.
 - E. 60%.
35. În poliradiculonevrita acută, dintre nervii cranieni cel mai afectat este nervul:
- A. Optic.
 - B. Oculomotor comun.
 - C. Trigem.
 - D. Abducens.
 - E. Facial.
36. Plasmafereza este o metodă eficientă în tratamentul:
- A. Polineuropatiei diabetice.
 - B. Polineuropatiei arsenice.
 - C. Poliradiculonevritei acute.
 - D. Polineuropatiei saturnine.
 - E. Nevritei de oculomotor comun.
37. Cele mai frecvente sunt paralizile faciale:
- A. Denumite „a frigore”, infecție de origine nedeterminată (probabil, virotică), a cărei apariție este favorizată de frig și umezeală, infecția burella.
 - B. Cauzate de infecțiile, tumorile și dereglările vasculare de la nivelul punții Valerio.
 - C. Provenite din leziunile protuberanței și conductului auditiv intern (meningită bazală, tumori la baza craniului, tumori ale unghiului ponto-cerebelos).
 - D. Determinate de fracturi de bază craniană, lues sau nevrinom de acustic.
 - E. Etiologia cărora sunt infecțiile structurilor din vecinătate (otita, otomastoidita).

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Indicați regiunea unde rădăcinile spinale au traiect vertical:
 - A. Cervicală.
 - B. Dorsală superioară.
 - C. Dorsală medie.
 - D. Lombară.
 - E. Sacrată.
2. În funcție de sediul topografic al clasificării afecțiunilor sistemului nervos periferic, se deosebesc:
 - A. Radiculopatii.
 - B. Mielopatii.
 - C. Gangliopatii.
 - D. Plexopatii.
 - E. Nevrite (neuropatii).
3. Prognosticul unei paralizii de plex brahial depinde de:
 - A. Forma clinică.
 - B. Gravitatea afectării nervilor.
 - C. Vechimea leziunii.
 - D. Rezultatele examenului electroneurografic.
 - E. Tipul tratamentului: conservator sau chirurgical.
4. Care figură reprezintă suferința nervului radial?



5. Alegeți afirmațiile corecte, care descriu simptomatologia clinică de suferință a nervului cubital:
 - A. Mână în formă de gheară (mâna capătă aspect scheletic).
 - B. Flexia falangelor distale ale indexului și mediusului nu poate fi efectuată.
 - C. Bolnavul nu poate efectua mișcări în proba de zgâriere.
 - D. Eminența hipotenară devine pală.
 - E. Nu se poate face mișcarea de opoziție – testul policelui.
6. Nervul crural este constituit din unirea rădăcinilor:
 - A. L₁.
 - B. L₂.
 - C. L₃.
 - D. L₄.
 - E. L₅.
7. Selectați afirmațiile corecte referitoare la simptomatologia clinică de suferință a nervului ischiatic:
 - A. Toate mișcările piciorului și ale degetelor sunt abolite, deoarece mușchii, ce acționează piciorul, sunt paralizați.
 - B. Dispar reflexele achilian și medioplantar.
 - C. Pot să apară dureri spontane, deseori cu caracter cauzalgic.
 - D. În regiunea gambei și a piciorului apar atrofii musculare și tulburări trofice.
 - E. „Picior în valgus ecvin”.
8. Indicați care mișcări active din cele enumerate mai jos sunt imposibile la afectarea nervului tibial:
 - A. Toate mișcările piciorului.
 - B. Ridicarea în vârful degetelor.
 - C. A sta pe călcâie.
 - D. Bolnavul nu poate bate tactul cu călcâiul.
 - E. În mers, bolnavul se sprijină în călcâie.
9. Alegeți sinonimele utilizate pentru desemnarea patologiei nervilor periferici de origine vertebrală:
 - A. Hernie de disc.
 - B. Spondiloză.
 - C. Discopatie vertebrală.
 - D. Afectarea nodulilor limfatici.
 - E. Osteocondroză vertebrală.
10. Indicați factorii predispozanți la herniile de disc:
 - A. Anomaliile congenitale.
 - B. Constituția individului.
 - C. Obezitatea.
 - D. Hipertensiunea arterială.
 - E. Insuficiența țesutului conjunctiv de susținere.
11. Indicați factorii favorizanți ai herniilor de disc intervertebral:
 - A. Imponderabilitatea.
 - B. Herniile imature.
 - C. Puncția lombară.

- D. Sarcina și nașterea.
 - E. Poziția individului (în timpul lucrului).
12. În osteocondroza cervicală, cel mai des sunt comprimate rădăcinile:
- A. C₄.
 - B. C₅.
 - C. C₆.
 - D. C₇.
 - E. C₈.
13. Tabloul clinic în sindromul simpatic cervical posterior se caracterizează prin următoarele simptome:
- A. Durere de cap localizată în spatele gâtului, vârful capului, în frunte sau la tâmplă; durere orbitală și facială.
 - B. Vertij rotatoriu.
 - C. Văjăituri sincronizate cu pulsul.
 - D. Tulburări de vedere cu scotom scintilant.
 - E. Tulburări vasomotorii la extremitățile inferioare.
14. Cele mai frecvente sindroame vertebrogene reflexe sunt:
- A. Sindromul simpatic cervical posterior.
 - B. Sindromul scapulo-humeral.
 - C. Sindromul umăr-mână.
 - D. Sindromul mușchiului scalen anterior.
 - E. Migrena bazilară.
15. Sindromul umăr-mână include următoarele manifestări clinice:
- A. Tumefierea mâinii.
 - B. Pielea își schimbă culoarea, devenind lucioasă, lipsită de caracter plicatural.
 - C. Schimbări neuro-distrofice.
 - D. Schimbări tonico-musculare.
 - E. Limitarea funcției articulației cubitale.
16. Hernia de disc lombară poate afecta mai des rădăcinile:
- A. S₁.
 - B. L₅.
 - C. L₄.
 - D. L₃.
 - E. L₂.
17. Localizarea punctelor Valleix în osteocondroza lombară este următoarea:
- A. Punctul parasternal.
 - B. Punctul sacro-iliac (la nivelul incizurii sciatic).
 - C. Punctele femurale (pe fața posterioară a coapsei).
 - D. Punctul peroneotibial (la nivelul capului peroneu).
 - E. Punctul maleolar extern, punctul plantar.
18. Care dintre afirmațiile de mai jos se referă la sciatica paralizantă?
- A. Este un sindrom vascular radicular.
 - B. Adesea, se declanșează în cazul unei radiculopatii lombare L₅ cu sindrom algic violent.

- C. După un timp, sindromul algic violent dispare, apoi apare o pareză distală a piciorului.
 - D. Mersul este stepat, reflexul achilian lipsește.
 - E. Se depistează dereglări ale sensibilității tip „jockey” („pantalonii călărețului”).
19. Pentru precizarea diagnosticului afecțiunilor sistemului nervos în osteocondroza vertebrală, se pot utiliza următoarele investigații complementare:
- A. Radiografia simplă.
 - B. Pneumoencefalografia.
 - C. Epidurografia.
 - D. Tomografia computerizată (CT).
 - E. Rezonanța magnetică nucleară (RMN).
20. Indicați măsurile ce se referă la tratamentul ortopedic al radiculopatiilor vertebrogene:
- A. Antibiotice, corticosteroizi, derivați ai pirozolidonei.
 - B. Infiltrații cu anestezice (intracutanat, paravertebral, intramuscular sau epidural).
 - C. Poziția în pat a bolnavului trebuie să fie confortabilă.
 - D. Tracțiuni lente intermitente pe o masă specială.
 - E. Tracțiunea scheletală subacvatică.
21. Care polineuropatii se asociază deseori cu tulburări psihice?
- A. Diferică.
 - B. Diabetică.
 - C. Paraneoplazică.
 - D. Alcoolică.
 - E. Saturnină.
22. Un rol important în patogenia polineuropatiei alcoolice îl joacă:
- A. Carența tiaminică și a altor vitamine din grupul B.
 - B. Dezechilibrul dintre aportul glucidic și cel proteic.
 - C. Deshidratarea organismului.
 - D. Mișcările bruște ale coloanei vertebrale cu complicații vasculare medulare secundare.
 - E. Ateroscleroza precoce a vaselor de calibru mare.
23. Indicați semnele caracteristice ale polineuropatiei saturnine:
- A. Nevrita optică.
 - B. Dunga gingivală Burton.
 - C. Hematii cu granulații eozinofile.
 - D. Creșterea porfirinelor în sânge.
 - E. Creșterea plumbului în sânge.
24. Indicați semnele precoce ale polineuropatiei diabetice:
- A. Tulburări motorii, care se evidențiază în extremitățile mâinilor – paralizie tip antebrațial, radial bilateral.
 - B. Agitații, halucinații, dereglări vizuale.
 - C. Parestezii în partea distală a membrilor inferioare.
 - D. Tulburări trofice.
 - E. Abolirea reflexelor achiliene.

25. Poliradiculonevrita acută poate apărea după:
 - A. Traumatisme vertebro-medulare grave.
 - B. Agresiuni infecțioase virale (hepatită, mononucleoză infecțioasă, oreion, rujeolă etc.).
 - C. Agresiuni infecțioase microbiene (septicemii, infecții focalizate amigdalene, procese supurative, difterie, bruceloză, borrelioză etc.).
 - D. Vaccinoterapie și seroterapie.
 - E. Intervenții chirurgicale, intoxicații în cazuri neoplazice.
26. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la tulburările de sensibilitate în poliradiculonevrita acută:
 - A. Parestezii și dureri spontane în membre, cu caracter fulgurant.
 - B. Durerile în membre se jugulează la compresunea maselor musculare și în manevrele de elongație.
 - C. Sensibilitatea este dereglată, tip distal ce tinde spre ascendență la nivelul toracelui sau chiar la un nivel și mai înalt.
 - D. Se caracterizează prin pierderea izolată a sensibilității epicritice.
 - E. Pot apărea crize jacksoniene senzitive.
27. Nevrita oculomotorului comun și trohlearului poate fi provocată de:
 - A. Difterie.
 - B. Gripă.
 - C. Hernie de disc intervertebral C₆.
 - D. Anevrism carotidian.
 - E. Tromboflebită de sinus cavernos.
28. Nervul oculomotor extern (abducens) este cel mai vulnerabil, deoarece:
 - A. Nu se asigură inervația controlaterală a mușchiului drept extern.
 - B. Se află în vecinătatea sinusului cavernos.
 - C. Intră în orbită prin fanta orbitală superioară.
 - D. Are cel mai lung traiect subarahnoidian.
 - E. Este cel mai subțire nerv cranian.
29. Indicați maladiile care pot să se manifeste prin diplegie facială:
 - A. Poliomiелita anterioară acută.
 - B. Poliradiculonevrita.
 - C. Meningita bazală.
 - D. Tumorile de bază craniană.
 - E. Tumora de unghi ponto-cerebelos.
30. Crizele de nevralgie glosfaringiană sunt declanșate de:
 - A. Atingerea mecanică a feței.
 - B. Actul masticăției.
 - C. Actul deglutiției.
 - D. Tuse.
 - E. Căscat.
31. Tratamentul chirurgical al nevralgiei glosfaringiene cuprinde următoarele metode:
 - A. Alcoolizarea zonei reflexogene.
 - B. Neuroliza ganglionului Gasser.
 - C. Blocade cu novocaină.

- D. Secționarea nervului dintre bulb și locul de intrare în gaura ruptă posterioară.
 - E. Secționarea nervului după emergența lui din gaura ruptă posterioară.
32. Cauzele ce determină cel mai des nevralgia ganglionului sfenopalatin sunt:
- A. Procesele inflamatoare cronice ale sinusului sfenoid.
 - B. Procesele inflamatoare cronice ale sinusului etmoid.
 - C. Tonsilitele.
 - D. Procesele inflamatoare cronice ale sinusului frontal.
 - E. Sifilisul.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați manifestările clinice proprii fiecărui tip de lezare a plexului brahial:

Tipul:

- a. Superior (C_5-C_6) Duchenne-Erb.
- b. Inferior (C_8-D_1) Dejerine-Clumpke.
- c. Total Sherer.

Simptomatologia:

- 1. Deficit motor complet al întregului membru superior.
- 2. Braț inert cu abolirea mișcărilor în articulația umărului.
- 3. Imobilitatea mâinii.
- 4. Atrofii ale mușchilor umărului și în loja anterioară a brațului.
- 5. Aspect de mână simiană.
- 6. Flascitate și atrofii musculare globale.
- 7. Tulburări de sensibilitate ce cuprind întregul membru superior.
- 8. Hipoestezie internă a mâinii și ante-brațului.
- 9. Reflexul cubitopronator este diminuat sau abolit.
- 10. Hipoestezie externă a brațului și ante-brațului.
- 11. Mișcările mâinii și degetelor sunt păstrate.
- 12. Sindromul Claude Bernar-Horner pozitiv.

2. Repartizați simptomatologia clinică în funcție de nervul afectat:

Nervul afectat:

- a. Radial.
- b. Median.

Simptomatologia clinică:

- 1. Mână „în gât de lebădă”.
- 2. Mână simiană.
- 3. Falanga distală a degetului mare nu poate fi flexată.
- 4. Testul îndepărtării palmelor și degetelor – pozitiv.
- 5. Sunt abolite sau diminuate reflexele stiloradial și tricipital.
- 6. Reflexul cubitopronator este diminuat sau abolit.

3. Repartizați semnele clinice statice și radiculare ale sindromului compresiv lombar:

Tabloul clinic prin:

- a. Dereglări statice.
- b. Dereglări radiculare.

Simptomatologia:

- 1. Lordoza lombară este ștearsă.
- 2. Lombalgie.
- 3. Sciatică.
- 4. Durerea crește de la regiunea fesieră până la toată suprafața posterioară a membrului inferior.
- 5. Poziție antalgică forțată cu corpul înclinat anterior și lateral.
- 6. Anteflexia și retroflexia sunt limitate.
- 7. Scolioză directă sau încrucișată.

4. Asociați neuropatia craniană cu simptomatologia clinică posibilă:

Neuropatie de:

- a. Glosofaringian.
- b. Hipoglos.

Simptomatologia:

- 1. Hipoestezie sau anestezie pe faringe și pe treimea posterioară a limbii.
- 2. Hemiatrofie linguală.
- 3. Fibrilații musculare ale limbii.
- 4. Tulburări ale gustului posterior vâului lingual, mai ales pentru gustul amar.
- 5. Reflexul faringian este diminuat sau abolit.
- 6. Limba scoasă din cavitatea bucală deviază spre partea bolnavă.
- 7. Afectarea bilaterală antrenează tulburări grave de deglutiție.
- 8. Afectarea bilaterală conduce la tulburări de motilitate a limbii, dizartrie.

5. Asociați simptomatologia sindroamelor:

Sindromul:

- a. Sluder.
- b. Charlin.

Simptomatologia:

- 1. Crize dureroase în partea posterioară a globului ocular.
- 2. Hiperemie a conjunctivelor și hiperlăcrimare.
- 3. Crizele apar spontan, mai frecvent noaptea.
- 4. Durează de la câteva ore până la câteva zile.
- 5. Dureri pulsatile violente în aripa nasului și în unghiul intern al orbitei.
- 6. Presiunea unghiului intern al orbitei produce dureri.
- 7. Crizele dureroase pot să se asocieze cu ulcerări corneene.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

În sindromul de compresiune a rădăcinii spinale L_5 , din cauza paraliziei mușchilor antero-externi ai gambei, se constată limitarea sau absența flexiei dorsale a gambei (bolnavul nu poate ține planta ridicată).

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 204.
2. E, p. 204.
3. A, p. 204.
4. A, p. 204.
5. E, p. 204.
6. B, p. 204.
7. C, p. 206.
8. E, p. 207.
9. A, p. 207.
10. B, p. 207.
11. C, p. 209.
12. D, p. 209.
13. A, p. 212.
14. B, p. 213.
15. B, p. 213.
16. E, p. 213.
17. C, p. 213.
18. B, p. 214.
19. C, p. 214.
20. E, p. 214.
21. C, p. 214.
22. A, p. 215.
23. B, p. 216.
24. A, p. 220.
25. D, p. 220.
26. A, p. 220.
27. D, p. 221.
28. E, p. 226.
29. C, p. 227.
30. C, p. 227.
31. D, p. 227.
32. B, p. 228.
33. A, p. 228.
34. D, p. 229.
35. E, p. 229.
36. C, p. 229.
37. A, p. 231.

II.

1. D, E, p. 204.
2. A, C, D, E, p. 204–205.
3. A, B, C, p. 208.
4. A, C, p. 209.
5. A, C, D, p. 210.
6. B, C, D, p. 211.
7. A, B, C, D, p. 212.
8. B, D, E, p. 213.
9. A, B, C, E, p. 213.
10. A, B, C, E, p. 214.
11. B, C, D, E, p. 214.
12. B, C, D, p. 216.
13. A, B, C, D, p. 217.
14. B, C, D, p. 217.
15. A, B, C, D, p. 218.
16. A, B, p. 218.
17. B, C, D, E, p. 219.
18. A, B, C, D, p. 222.
19. A, C, D, E, p. 223–224.
20. C, D, E, p. 225.
21. D, E, p. 227.
22. A, B, p. 227.
23. B, C, D, E, p. 228.
24. C, E, p. 228.
25. B, C, D, E, p. 228.
26. A, C, p. 229.
27. A, B, D, E, p. 230.
28. D, E, p. 230.
29. A, B, C, D, p. 231.
30. C, D, E, p. 233.
31. D, E, p. 234.
32. A, B, C, p. 234.

III.

1.
 - a. 2, 4, 10, 11.
 - b. 3, 5, 8, 9.
 - c. 1, 6, 7, 12, p. 207.
2.
 - a. 1, 4, 5, p. 209.
 - b. 2, 3, 6, p. 211.
3.
 - a. 1, 5, 6, 7, p. 218.
 - b. 2, 3, 4, p. 218–219.
4.
 - a. 1, 4, 5, 7.
 - b. 2, 3, 6, 8, p. 232.
5.
 - a. 1, 2, 3, 4.
 - b. 5, 6, 7, p. 234.

IV.

- A, p. 220.

12. PATOLOGIA VASCULARĂ CEREBRALĂ

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicați câte laturi are poligonul Willis:
 - A. 3.
 - B. 4.
 - C. 5.
 - D. 6.
 - E. 7.
2. Consumul de oxigen al substanței corticale este mai mare decât al celei albe de:
 - A. 2 ori.
 - B. 3 ori.
 - C. 4 ori.
 - D. 5 ori.
 - E. 6 ori.
3. Cel mai activ agent vasomotor în circulația sanguină cerebrală este:
 - A. Bioxidul de carbon.
 - B. Oxigenul.
 - C. Oxidul de azot.
 - D. Ionul de sodiu.
 - E. Ionul de potasiu.
4. Rata accidentului vascular cerebral hemoragic în structura ansamblului de accidente vasculare cerebrale constituie:
 - A. 10–20%.
 - B. 20–30%.
 - C. 30–40%.
 - D. 40–50%.
 - E. 60–70%.
5. Angiopatia amiloidă antrenează hemoragii:
 - A. În profunzimea parenchimului cerebral.
 - B. Corticale și/sau subcorticale recidivante.
 - C. Meningiene pure.
 - D. Cerebrale și meningiene.
 - E. Intraventriculare.
6. Indicați valoarea perfuziei cerebrale care conduce la depolarizarea anoxică a membranelor și la moartea celulelor:
 - A. 55 ml/100g/min.
 - B. 35 ml/100g/min.
 - C. 25 ml/100g/min.
 - D. 20 ml/100g/min.
 - E. 10 ml/100g/min.

7. Mijlocul de confirmare a existenței penumbrei ischemice este:
- A. Ultrasonografia Doppler cu sistem duplex a vaselor cerebrale.
 - B. Tomografia computerizată cerebrală.
 - C. Tomografia prin emisie de pozitroni.
 - D. Rezonanța magnetică nucleară.
 - E. Electroencefalografia cu prelucrare computerizată.
8. Formarea celei mai mari părți a infarctului cerebral este finisată în momentul apariției primelor semne ale accidentului în termen de:
- A. 3–6 ore.
 - B. 6–12 ore.
 - C. 12–24 ore.
 - D. 24–48 ore.
 - E. 3–5 zile.
9. Alegeți definiția corectă a accidentului ischemic tranzitor (AIT):
- A. Este o pierdere focală a funcției cerebrale sau oculare, ale cărei simptome durează mai puțin de 24 ore și regresează fără sechele.
 - B. Agravarea deficitului neurologic cu o durată de peste 24 ore.
 - C. Atingerea deficitului neurologic maxim în perioada de până la 24 ore și regresarea lui completă în termen de 21 zile.
 - D. Deficitul neurologic atinge nivelul maxim în mai puțin de o oră și durează mai mult de 24 de ore.
 - E. Accidentul vascular cerebral ischemic în care deficitul neurologic se restabilește completamente (se admite persistența dereglărilor de sensibilitate), indiferent de etiologia lui.
10. În cele mai dese cazuri, apariția accidentului ischemic tranzitor este legată de:
- A. Stenozarea lumenului arterei carotide interne (mai mult de 70%).
 - B. Prezența unui spasm vascular cauzat de hipertensiunea arterială.
 - C. Un mecanism embolic.
 - D. Un mecanism trombotic.
 - E. Nivelul considerabil crescut de colesterol în serul sanguin.
11. Stadiul flasc al hemiplegiei cauzate de hemoragia cerebrală durează:
- A. 1–2 zile.
 - B. 2–3 săptămâni.
 - C. 3–8 săptămâni.
 - D. 2–4 luni.
 - E. 4–6 luni, până la 1 an.
12. În majoritatea cazurilor de hemoragie cerebrală (83%) lichidul cefalorahidian are un aspect:
- A. Clar.
 - B. Tulbure.
 - C. Xantocrom.
 - D. Hemoragic.
 - E. Opalescent.
13. Se numește *hormeotonie*:
- A. Vibrația obrazului în partea paralizată la fiecare expirație.

- B. O stare de contractură paroxismală în extensie a extremităților bolnavului aflat în comă cerebrală cauzată de hemoragie cu inundație ventriculară.
 - C. Transformarea pulsului tahicardic în puls filiform.
 - D. Fenomenul clinic în care mâna paralizată, lăsată să cadă concomitent cu cea sănătoasă, cade mai repede.
 - E. Semnul Babinski bilateral în asocieră cu fenomenele vegetative (respirația stertoroasă Cheyne-Stokes cu perioade de apnee din ce în ce mai lungi), scăderea progresivă a tensiunii arteriale.
14. Rata hemoragiei subarahnoidiene în structura ansamblului de accidente vasculare cerebrale constituie:
- A. 7–8%.
 - B. 10–12%.
 - C. 15–20%.
 - D. 20–25%.
 - E. 30–37%.
15. Indicați rata corectă a sediului anevrismelor saculare în partea anterioară a poligonului Willis:
- A. 10–20%.
 - B. 20–30%.
 - C. 35%.
 - D. 50%.
 - E. 85%.
16. În hemoragia subarahnoidiană, în atingerile izolate de nervi cranieni, în special se evidențiază nervul:
- A. Optic.
 - B. Oculomotor.
 - C. Trigeminal.
 - D. Facial.
 - E. Hipoglos.
17. Care este cauza abolirii reflexelor osteotendinoase în evoluția naturală a hemoragiei subarahnoidiene?
- A. Starea de „diaschis”.
 - B. Irritația radiculelor nervoase de către sângele descendent.
 - C. Acumularea sângelui în fundurile de sac radiculare, ce provoacă, prin reacția pseudoinflamatoare, o întrerupere a arcului reflex.
 - D. Dilatarea ventriculului III și compresiunea centrului diencefalic.
 - E. Iritarea formațiunii reticulate din trunchiul cerebral.
18. Cel mai sensibil test de diagnosticare a hemoragiei subarahnoidiene este:
- A. Tabloul clinic.
 - B. Tomografia computerizată cerebrală.
 - C. Rezonanța magnetică cerebrală.
 - D. Angiografia cerebrală.
 - E. Rahicenteza (puncția lombară).
19. „Standardul de aur” în evaluarea anevrismelor cerebrale este:
- A. Ultrasonografia duplex a vaselor magistrale cervico-cerebrale.

- B. Tomografia computerizată cerebrală.
 - C. Rezonanța magnetică cerebrală.
 - D. Angiografia cerebrală.
 - E. Tomografia prin emisie de pozitroni.
20. Pentru evaluarea pacienților cu hemoragie subarahnoidiană se folosește:
- A. Scala Glasgow.
 - B. Scorul Hachinski.
 - C. Criteriile DSM-III-R.
 - D. Scala Hunt-Hess.
 - E. Mini-Mental Status Examination.
21. Bolnavul cu hemoragie subarahnoidiană în stare de stupor, hemipareză moderată sau severă, rigiditate prin decerebrare precoce, după scala Hunt-Hess, se referă la gradul:
- A. 1.
 - B. 2.
 - C. 3.
 - D. 4.
 - E. 5.
22. Rata ischemiei cerebrale în structura ansamblului de accidente vasculare cerebrale constituie:
- A. Peste 70%.
 - B. 40–50%.
 - C. 50–60%.
 - D. 20–25%.
 - E. 30–35%.
23. În corespundere cu mecanismele fiziopatologice de vascularizare a encefalului, focarul ischemic se localizează în:
- A. Nucleii centrali.
 - B. Zona terminală – în ultimele „câmpuri” ale arterei interesate.
 - C. Putamen.
 - D. Capsula internă.
 - E. Nucleul caudat.
24. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cerebrale și scanerul duplex color sau alb-negru trebuie să fie accesibile în secțiile specializate ce funcționează nonstop pentru:
- A. Determinarea gradului stenozei arterelor carotide.
 - B. Confirmarea rupturii de anevrism sau anomaliei arteriovenoase.
 - C. Detectarea semnelor subtile de ischemie cerebrală.
 - D. A decide dacă este nevoie de tratament chirurgical sau medicamentos.
 - E. Diferențierea accidentului vascular cerebral ischemic de cel hemoragic în primele 6 ore de la debut.
25. Indicați medicamentul de preferință care preîntâmpină vasospasmul, reduce incidența, severitatea deficitului neurologic și mortalitatea în hemoragia subarahnoidiană:
- A. Papaverina.

- B. Platifilina.
 - C. Nimodipina.
 - D. No-spa.
 - E. Nifedipina.
26. Indicați metoda de evacuare a hematoamelor lobare, folosită în mai multe studii experimentale:
- A. Sondele cu balon (angioplastia).
 - B. Instalarea de stenturi.
 - C. Chirurgia cu ghidare endoscopică.
 - D. Introducerea în timpul angiografiei cerebrale a unei sonde care va lichefia, apoi va evacua hematoma în primele ore de debut al hemoragiei.
 - E. Tehnica stereotactică.
27. Tromboza cărui sinus venos cerebral debutează brusc sau subacut, cu dureri oculare și supraorbitale?
- A. Cavernos.
 - B. Sagital superior.
 - C. Pietros inferior.
 - D. Transvers.
 - E. Sigmoid.
28. Tromboza sistemului venos central e dominată de:
- A. Sindromul infecțios.
 - B. Tulburările de conștiință.
 - C. Edemul palpebral.
 - D. Dereglările oculomotorii.
 - E. Sindromul convulsiv.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Care dintre argumentele de mai jos pledează pentru afirmația că afecțiunile vasculare cerebrale reprezintă cel mai important capitol din patologia creierului?
 - A. Sunt o importantă cauză a spitalizării.
 - B. Prin gravitatea lor, ele conduc la un handicap cronic.
 - C. Numărul cazurilor este în continuă descreștere.
 - D. Pe de o parte, crește frecvența hipertensiunii arteriale și a aterosclerozei, iar pe de altă parte, crește durata vieții.
 - E. Necesită o parte considerabilă din bugetul îngrijirii sănătății.
2. Sistemul carotid de circulație sanguină cerebrală este format din carotida internă și ramurile sale:
 - A. Artera cerebrală anterioară.
 - B. Artera cerebrală mijlocie.
 - C. Artera coroidiană.
 - D. Artera comunicantă posterioară.
 - E. Artera cerebrală posterioară.
3. Sistemul vertebro-bazilar irigă:
 - A. Trunchiul cerebral.

- B. Cerebelul.
 - C. Regiunile din jurul ventriculului al treilea.
 - D. Lobul cerebral frontal.
 - E. O parte din lobul temporal.
4. Particularitățile circulației sanguine cerebrale sunt următoarele:
- A. Nu depinde de valorile tensiunii arteriale.
 - B. Este asigurată de ramuri multiple.
 - C. Poligonul Willis constituie un important sistem de protecție.
 - D. Circulația se realizează prin sistemul dublu anastomotic: bazai și cortical.
 - E. Rețeaua arterială corticală este dublă.
5. Circulația sanguină cerebrală este reglată prin următoarele mecanisme:
- A. Voluntar.
 - B. Miogen.
 - C. Criptogen.
 - D. Metabolic.
 - E. Neurogen.
6. În cadrul mecanismului neurogen de reglare a hemodinamicii cerebrale un rol important au:
- A. Zonele sensibile ale aortei.
 - B. Zonele sensibile ale sinusului carotid.
 - C. Bioxidul de carbon, care conduce la vasodilatarea cerebrală.
 - D. Oxigenul, care conduce la vasoconstricția cerebrală.
 - E. Con tracția promptă a musculaturii netede a pereților vasculari cerebrali la acțiunea de provocare a distensiunii.
7. Ischemia cerebrală poate fi:
- A. Tranzitorie.
 - B. Constituită (infarct sau ramolismen t), parenchimotoasă.
 - C. Subarahnoidiană.
 - D. Ventriculară.
 - E. Majoră.
8. Leziunile responsabile de hemoragia cerebrală includ:
- A. Malformațiile (anevrismele, angioamele cavernoase și fistulele arteriovenoase, numite *malformații arteriovenoase*).
 - B. Plăcile aterosclerotice ale vaselor cerebrale de calibru mare și mediu.
 - C. Alterațiile pereților arteriali, din care fac parte aneurismele Charcot și Bouchard.
 - D. Tromboza arterei carotide comune.
 - E. Angiopatia amiloidă.
9. În structura cauzelor accidentelor vasculare cerebrale ischemice 90% sunt determinate de:
- A. Anomaliile sanguine sau hemopatii.
 - B. Ateroscleroza arterelor cerebrale.
 - C. Emboliile de origine cardiacă.
 - D. Ocluziile arterelor perforante.
 - E. Vasculitele cerebrale.

10. Principalele sedii ale lacunelor ischemice cerebrale sunt:
- Nucleii bazali.
 - Capsula internă.
 - Capsula externă.
 - Protuberanța.
 - Scoarța cerebrală.
11. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la penumbra ischemică:
- Un atac ischemic tranzitor posibil este echivalentul clinic al unei stări de penumbră survenită temporar într-o regiune a creierului.
 - Noțiunea de penumbră se aplică la un țesut care deja nu poate să reacționeze la tratament.
 - În zona de penumbră ischemică diminuarea perfuziei are loc până la valoarea de 20ml/100g/min.
 - În zona penumbrei, în linii generale, se păstrează metabolismul energetic și au loc dereglări doar funcționale, nu și structurale.
 - Durata de existență a penumbrei este individuală pentru fiecare pacient și determină hotarele perioadei de timp (așa-numita „fereastră terapeutică”), în limitele căreia măsurile terapeutice au eficacitate maximă.
12. Dereglările vizuale în atacul ischemic tranzitor constau în:
- Încețoșare în fața ochilor.
 - Împăienjenire în fața ochilor.
 - Neclaritatea imaginii.
 - Apariția unei umbre în fața ochilor.
 - Apariția fenomenului de dublare a obiectelor (diplopie).
13. Cel mai des hemoragia cerebrală este cauzată de:
- Hipertensiunea arterială (esențială, renală, în endocrinopatii).
 - Bolile neuro-musculare.
 - Colagenoze cu arterite de natură diversă.
 - Anevrisme.
 - Angioame.
14. Focarele cerebrale hemoragice pot fi localizate:
- Lateral.
 - Medial.
 - În substanța albă.
 - În substanța cenușie corticală.
 - În profunzimea nucleilor bazali.
15. Hemiplegia (paralizia) spastică are următoarele semne clinice:
- Hipertonie piramidală.
 - Hiperreflexivitate osteotendinoasă.
 - Stare de „diaschis”.
 - Clonus rotulian.
 - Prezența semnelor patologice piramidale (Babinski, Hoffmann, Oppenheim, Gordon, Rossolimo, Bechterew, Jukovski).
16. Localizarea obișnuită a anevrismelor saculare este jonctiunea dintre:
- Artera comunicantă anterioară și artera cerebrală anterioară.

- B. Artera comunicantă posterioară și artera carotidă internă.
 - C. Bifurcația arterei sylviene și porțiunea terminală a trunchiului bazilar.
 - D. Trunchiul bazilar și artera cerebeloasă superioară sau artera cerebeloasă antero-inferioară.
 - E. Artera spinală anterioară și arterele spinale posterioare.
17. Tomografia computerizată cerebrală în hemoragia subarahnoidiană scoate în evidență:
- A. Dimensiunile ventriculare: hidrocefalia care apare acut în circa 14–21% din cazuri.
 - B. Hematoamele intracerebrale sau colecțiile mari de sânge în spațiul subdural, manifestând efect de masă.
 - C. Infarctele cerebrale.
 - D. Colecțiile de sânge în cisterne și fisuri.
 - E. Sursa hemoragiei.
18. În evoluția desfășurării procesului ischemic cerebral s-au diferențiat următoarele forme:
- A. Faza de instabilitate, cu menținerea mecanismului de reglare a debitului sanguin cerebral.
 - B. Faza de compensare, cu dereglarea mecanismelor de menținere a debitului sanguin cerebral.
 - C. Fenomenul de furt (*steal syndrome*), cu deplasarea sângelui din regiunile ischemice spre cele sănătoase.
 - D. Faza de recuperare.
 - E. Sindromul invers fenomenului de furt (*Robin Hood*).
19. În funcție de localizarea ischemiei cerebrale, se descriu următoarele sindroame topografice arteriale:
- A. Sindromul arterei cerebrale anterioare.
 - B. Sindromul arterei cerebrale mijlocii.
 - C. Sindromul arterei cerebrale posterioare.
 - D. Sindroamele ocluzive în ramurile sistemului vertebro-bazilar.
 - E. Sindromul de furt subclavicular.
20. Cele mai caracteristice tipuri evolutive clinice ale sindroamelor ocluzive în ramurile sistemului vertebro-bazilar sunt următoarele:
- A. Sindromul Wallenberg-Zaharcenko.
 - B. Sindromul Babinski-Nageotte.
 - C. Sindromul arterei bazilare.
 - D. Sindromul arterei sylviene.
 - E. Sindromul arterei carotide interne.
21. În procesul de management și stabilire a diagnosticului de ictus cerebral se efectuează următoarele investigații instrumentale:
- A. Electrocardiograma (ECG).
 - B. Electroencefalograma (EEG).
 - C. Hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial trombotlastic, ionograma și nivelul glucozei serice.
 - D. Tomografia computerizată cerebrală.

- E. În cazul pacienților suspecți de hemoragie subarahnoidiană, neconfirmată la examenul neuroimagic, puncția lombară se efectuează doar după tomografia computerizată cerebrală.
22. Hipertensiunea arterială nu necesită tratament de urgență la bolnavii cu ictus cerebral, dacă:
- A. Bolnavul este deplin conștient, iar deficitul motor este minimal exprimat.
 - B. Examenul fundului de ochi nu atestă modificări specifice pentru hipertensiunea arterială.
 - C. Tensiunea arterială sistolică nu depășește 220 mm Hg, iar cea diastolică 115 mm Hg, la măsurări repetate timp de o oră.
 - D. A fost identificată ischemia, insuficiența cardiacă sau disecția arterială.
 - E. Este utilizat tratamentul trombolitic.
23. Chiar în primele 3 ore după debutul infarctului cerebral, la examenul prin tomografie computerizată pot apărea următoarele semne subtile:
- A. Hipodensitatea în regiunea suspectării ischemiei.
 - B. Neclaritatea limitei dintre substanța albă și cea cenușie, în special în ganglionii bazali.
 - C. Efectul de masă local, deformarea și compresiunea ventriculelor, deplasarea structurilor mediane.
 - D. Descreșterea dimensiunilor șanțurilor corticale și a cisternelor subarahnoidiene.
 - E. Zonele de hiperdensitate interemisferială.
24. Selectați afirmațiile corecte referitoare la utilitatea angiografiei clasice în diagnosticul și tratamentul accidentelor vasculare cerebrale:
- A. Demonstrează cu certitudine stenoza sau ocluzia atât a vaselor de calibru mare, cât și a celor de calibru mic.
 - B. Nu este în stare să detecteze anomalii arteriovenoase, precum și disecții arteriale.
 - C. Este o metodă certă în confirmarea hemoragiei subarahnoidiene (ruptură de anevrism sau anomalie arteriovenoasă) și în definitivarea diagnosticului topic.
 - D. Este o metodă ce poate demonstra extinderea infarctului sau prezența altor afecțiuni parenchimatose.
 - E. Este o tehnică invazivă, care necesită suficient timp și experiență, comportă un risc anumit de complicații.
25. Calitatea rezultatului examenului ultrasonografic Doppler al vaselor cerebrale depinde de:
- A. Partea zilei (dimineață, prânz, seară).
 - B. Tehnica specifică utilizată.
 - C. Calitatea diagnosticului clinic.
 - D. Calitatea echipamentului.
 - E. Particularitățile anatomice ale pacientului.
26. Managementul hemoragiei subarahnoidiene include:
- A. Tomografia computerizată cerebrală.
 - B. Rahicenteza.
 - C. Examenul angiografic.

- D. Tratamentul chirurgical în funcție de scala Hunt-Hess, indicațiile și contraindicațiile privind intervenția la un pacient concret.
 - E. Administrarea eufilinei ca medicament de primă alegere, cu scopul prevenirii vasospasmului.
27. Managementul hemoragiei intracerebrale presupune:
- A. Deciderea oportunității tratamentului chirurgical.
 - B. Supravegherea promptă a tensiunii arteriale, pentru a preveni hemoragiile repetate.
 - C. Monitorizarea tensiunii intracraniene, pentru menținerea perfuziei cerebrale constante.
 - D. Administrarea aciclovirului și a altor substanțe antivirale în profilaxia unei eventuale encefalite secundare.
 - E. Administrarea hemostaticelor (vitamina K; clorură de calciu – 10%, 10,0 i/v; vitamina C – 5%, 2,0–5,0 ml i/v sau i/m).
28. Tratamentul neurochirurgical al accidentului vascular cerebral ischemic în evoluție include următoarele oportunități:
- A. Endarterectomia de urgență, cu scopul înlăturării ocluziei.
 - B. Decompresiunea cerebrală.
 - C. Ventriculostomia în cadrul dezvoltării hidrocefaliei acute.
 - D. Șuntarea ventriculo-peritoneală.
 - E. Șuntarea ventriculo-carotidă.
29. În managementul accidentului vascular cerebral ischemic, cele mai frecvente sunt complicațiile:
- A. Pulmonare.
 - B. Cardiace.
 - C. Gastrointestinale.
 - D. Infecția urinară.
 - E. Escarele.
30. Tratamentul trombolitic, cu injectare i/v a rTPA (*tissue plasminogen activator*), poate fi indicat următorilor pacienți selectați:
- A. După 3 ore de la debutul accidentului vascular cerebral ischemic.
 - B. În ictusul aterotrombotic/ateroembolic.
 - C. În ictusul cardioembolic.
 - D. În ictusul lacunar.
 - E. În funcție de vârstă, sex și rasă.
31. În administrarea rTPA (*tissue plasminogen activator*) se va ține cont de următoarele:
- A. Nu se recomandă administrarea anticoagulantelor sau aspirinei în primele 24 de ore după administrarea rTPA.
 - B. La repetarea tomografiei computerizate cerebrale după 24 de ore, antiplachetarele și anticoagulantele pot fi administrate.
 - C. Conform studiilor efectuate de National Institute of Neurological Diseases and Stroke (SUA), se recomandă administrarea a 0,9 mg/kg de rTPA, doza maximă fiind 90 mg.

- D. 10% din doza sumară de rTPA se administrează în bolus intravenos, restul se administrează în perfuzie, timp de 60 minute.
 - E. Se va monitoriza în permanență starea de presiune intracraniană, pentru menținerea perfuziei cerebrale constante.
32. Pentru depistarea precoce a hemoragiilor intracerebrale survenite ca o complicație a tratamentului trombolitic al ictusului cerebral ischemic cu rTPA, se vor lua următoarele măsuri:
- A. După inițierea tratamentului trombolitic, pacienții vor fi spitalizați în secția de terapie intensivă.
 - B. Se va supraveghea prompt tensiunea arterială la limitele 185 mm Hg/110 mm Hg.
 - C. Se va monitoriza starea clinică, în special: apariția cefaleei, vomiei sau creșterea nivelului deficitului neurologic focal.
 - D. Se va opri perfuzia de rTPA, dacă se va suspecta hemoragie intracerebrală.
 - E. Se va efectua puncția lombară, pentru a confirma sau infirma prezența hemoragiei.
33. Care dintre medicamentele enumerate mai jos se folosesc pentru profilaxia secundară a ictusului ischemic cerebral prin mecanismul de prevenire a agregării plachetelor?
- A. Streptokinaza.
 - B. Urokinaza.
 - C. Aspirina.
 - D. Ticlopidina.
 - E. Plavix.
34. Care dintre medicamentele de mai jos, folosite în tratamentul accidentului vascular ischemic, sunt preparate vasoactive?
- A. Oxibutirat de sodiu.
 - B. Cavinton (vinpocetin).
 - C. Sermion (nicergolină).
 - D. Reopoliglucină.
 - E. Piriditol (encefabol).
35. Simptome ale compresiunii trunchiului cerebral în hemoragii și infarcte cerebrale sunt:
- A. Declinul nivelului de conștiință.
 - B. Dereglările de respirație.
 - C. Afazia motorie.
 - D. Excitabilitatea.
 - E. Paralizia mimică facială.
36. Cele mai frecvente cauze ale encefalopatiei discirculatorii (insuficienței circulației cerebrale cronice) sunt:
- A. Ateroscleroza cerebrală, ce interesează arteriolele de calibru mic.
 - B. Hipertensiunea arterială.
 - C. Diabetul zaharat și alte endocrinopatii, care favorizează endarterita sclerozantă la persoanele de peste 60 ani.
 - D. Așa-numitele „traumatisme craniocerebrale ușoare”.
 - E. Neuroinfecțiile suportate în copilărie.

37. Selectați afirmațiile corecte referitoare la modificările anatomopatologice observate în cadrul encefalopatiei discirculatorii (insuficienței circulatorii cerebrale cronice):
- A. Procese hiperplazice cu sclerozare.
 - B. Procese degenerative de ateromatoză.
 - C. Necroză celulară cu dilatarea vaselor și diapedeză.
 - D. Vasele reprezintă o proliferare conjunctivă și plăci de aterome lipidice, acoperite cu un strat dens de fibrohialină, ce prezintă mai târziu calcificări.
 - E. Plăcile ateromatoase predomină în lumenul vascular, pe care îl îngustează.
38. În encefalopatia discirculatorie sclerozantă se pot instala următoarele sindroame:
- A. Sindromul de distonie neuro-circulatorie.
 - B. Sindromul pseudoneurastenic.
 - C. Lacunarismul cerebral.
 - D. Demența multiinfarct.
 - E. Sindromul pseudobulbar.
39. Tratamentul encefalopatiei discirculatorii sclerozante se desfășoară în următoarele direcții:
- A. Tratamentul trombolitic.
 - B. Combaterea insuficienței circulatorii cronice.
 - C. Combaterea aterosclerozei cerebrale.
 - D. Îmbunătățirea metabolismului cerebral.
 - E. Tratamentul de neurorecuperare, adaptare psiho-socială a pacientului.
40. În tratamentul encefalopatiei discirculatorii sclerozante, cu scopul restabilirii circulației cerebrale, se pot administra următoarele vasodilatatoare:
- A. rTPA (*tissue plasminogen activator*).
 - B. Stugeron.
 - C. Cavinton.
 - D. Redergin.
 - E. Sermion.
41. În patogenia tromboflebitelor cerebrale se analizează următorii factori:
- A. Dismetabolic.
 - B. Circulator.
 - C. Miogen.
 - D. Sanguin.
 - E. Infecțios.
42. Indicați semnele neuroimagingice care indică în mod direct asupra trombozei de sinus venos cerebral:
- A. Semnul coardei.
 - B. Semnul triunghiului dens.
 - C. Semnul triunghiului liber.
 - D. Hipodensitatea asociată sau nu cu un efect de masă.
 - E. Deplasarea apeductului lui Sylvius înainte, ancoșarea unghiului postero-inferior al ventriculului III și deplasarea în sens caudal a ventriculului IV.
43. Diagnosticul diferențial al tromboflebitelor cerebrale se face cu:
- A. Nevroza isterică.
 - B. Meningoencefalitele virale.

- C. Abcesul cerebral.
- D. Tumoarea cerebrală.
- E. Hemoragia subarahnoidiană.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

Surse de embolii vasculare cerebrale:

- a. Cardiace.
- b. Extracardiace.

- 1. Stenoza mitrală.
- 2. Ateroscleroza aortei.
- 3. Ateroscleroza arterei carotide.
- 4. Trombii venelor pulmonare.
- 5. Fibrilațiile atriale.
- 6. Infarctul miocardic.
- 7. Emboliile grăsoase după fracturi.
- 8. Endocarditele bacteriene.
- 9. Emboliile gazoase.
- 10. Emboliile parazitare.
- 11. Complicațiile chirurgiei cardiace.
- 12. Emboliile tumorale.

2. Desemnați simptomatologia generală a ictusului ischemic trombotic și a celui embolic:

Patogenia ischemiei cerebrale:

- a. Tromboză.
- b. Embolie.

Simptomatologia generală:

- 1. Debut lent.
- 2. Debut brusc.
- 3. Debutul este precedat de semne tranzitorii (amețeli, cefalee ușoară, pareze, parestezii, afazie).
- 4. De cele mai multe ori, se produce în cursul zilei, când bolnavul este în activitate.
- 5. Coma, de regulă, lipsește, cu excepția unor cazuri cu leziuni întinse.
- 6. Uneori, fenomenele neurologice, apărute sub forma unei hemiplegii masive, pot retroceda rapid.

3. Asociați avantajele și dezavantajele examenului prin rezonanță magnetică comparativ cu tomografia computerizată la bolnavii cu ictus cerebral:
- a. Avantajele.
 - 1. Gradul mai înalt de rezoluție pentru toate structurile parenchimatoase.
 - 2. Gradul de sensibilitate semnificativ mai mare în detectarea țesuturilor anormale.
 - 3. Posibilitatea de reconstrucție și nivelul mai scăzut al radiației ionizante.
 - 4. Semnale modificate de la vasele obstrucționate apar chiar în primele ore de la debutul ictusului.
 - 5. Aparatele spin-echo și gradient-echo clasice nu pot vizualiza semnale patologice timp de 6 ore de la debut.
 - 6. Inaccesibilitate.
 - 7. Monitoringul dificil în timpul investigației pacienților a căror stare este gravă.
 - 8. Timpul îndelungat necesar pentru realizarea procedurii.
 - b. Dezavantajele.
4. Asociați cauzele locale și generale ale tromboflebitelor cerebrale:
- a. Cauze locale.
 - 1. Scarlatina.
 - 2. Rujeola.
 - 3. Infecțiile craniofaciale.
 - 4. Febra tifoidă.
 - 5. Supurațiile epicraniene.
 - 6. Diverse procese infecțioase otomastoidiene.
 - 7. Malaria.
 - 8. Traumatismele la distanță.
 - 9. Infecțiile uterine (în special cele post-partum și după avort).
 - b. Cauze generale.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Întrucât clinic este imposibil de a ști dacă accidentul vascular cerebral va fi tranzitor sau constituit, apare necesitatea de a le considera pe toate drept accidente în evoluție.
2. Efectuarea tomografiei computerizate cerebrale nu este absolut necesară pentru pacienții suspecți cu ictus cerebral, deoarece oricum deciziile terapeutice în primele ore sunt aceleași și în ictusul hemoragic, și în cel ischemic.
3. Angiografia prin rezonanță magnetică nucleară, efectuată în timpul examenului bolnavului cu ictus cerebral, este folosită pentru a demonstra locul ocuziei vaselor cerebrale în regiunea gâtului sau la bază; deci și ocuziile vaselor de calibru mic se pot observa.
4. Deoarece emboliile cardiogene deseori sunt cauza ictusului, ecocardiografia transtoracică trebuie folosită în primele ore, pentru a confirma sursa de emboli.

RĂSPUNSURI

I.

1. E, p. 236.
2. D, p. 237.
3. A, p. 238.
4. A, p. 238.
5. B, p. 239.
6. E, p. 240.
7. C, p. 240.
8. A, p. 241.
9. A, p. 241.
10. C, p. 242.
11. C, p. 245.
12. D, p. 245.
13. B, p. 245.
14. A, p. 246.
15. E, p. 246.
16. B, p. 247.
17. C, p. 247.
18. E, p. 247.
19. D, p. 248.
20. D, p. 248.
21. D, p. 248.
22. A, p. 248.
23. B, p. 249.
24. A, p. 255.
25. C, p. 256.
26. E, p. 261.
27. A, p. 265.
28. B, p. 265.

II.

1. A, B, D, E, p. 235.
2. A, B, C, D, p. 235.
3. A, B, C, E, p. 236.
4. B, C, D, E, p. 237.
5. B, D, E, p. 237.
6. A, B, p. 238.
7. A, B, p. 238.
8. A, C, E, p. 239.
9. B, C, D, p. 239.
10. A, B, D, p. 239.
11. A, C, D, E, p. 241.
12. A, B, C, D, p. 243.
13. A, C, D, E, p. 243.
14. A, B, C, E, p. 244.
15. A, B, D, E, p. 246.
16. A, B, C, D, p. 246.
17. A, B, C, D, p. 247.
18. A, B, D, p. 249.
19. A, B, C, D, p. 249.
20. A, B, C, p. 251–252.
21. A, C, D, E, p. 252.
22. C, D, E, p. 253.
23. A, B, C, D, p. 253–254.
24. A, C, E, p. 255.
25. B, D, E, p. 255.
26. A, B, C, D, p. 256.
27. A, B, C, E, p. 256–257.
28. A, B, p. 257.
29. A, D, E, p. 257.
30. A, B, C, D, p. 259.
31. A, B, C, D, p. 259.
32. A, B, C, D, p. 259.
33. C, D, E, p. 259.
34. B, C, p. 260.
35. A, B, D, E, p. 260.
36. A, B, C, p. 261.
37. A, B, D, E, p. 261.
38. B, C, D, E, p. 262.
39. B, C, D, p. 263.
40. B, C, D, E, p. 263.
41. B, D, E, p. 264.
42. A, B, C, p. 265–266.
43. B, C, D, E, p. 265.

III.

1.
 - a. 1, 5, 6, 8, 11.
 - b. 2, 3, 4, 7, 9, 10, 12, p. 249.
2.
 - a. 1, 3, 5,
 - b. 2, 4, 6, p. 250.
3.
 - a. 1, 2, 3, 4.
 - b. 5, 6, 7, 8, p. 254.
4.
 - a. 3, 5, 6.
 - b. 1, 2, 4, 7, 8, 9, p. 263–264.

IV.

1.
 - A, p. 242.
2.
 - E, p. 253.
3.
 - C, p. 255.
4.
 - A, p. 255.

13. PATOLOGIA VASCULARĂ MEDULARĂ

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicați rata confirmării diagnosticului patologiei vasculare medulare printre bolnavii internați cu această patologie în secțiile neurologice:
A. 10%.
B. 15%.
C. 20%.
D. 30%.
E. 35%.
2. Arterele care coboară din arterele vertebrale până la constituirea trunchiului bazilar și confluează, formând artera spinală anterioară, asigură debitul sanguin al măduvei cervicale până la nivelul:
A. C₁–C₂.
B. C₃–C₄.
C. C₄–C₆.
D. C₇–C₈.
E. Th₁.
3. Câte artere radiculomedulare anterioare participă la vascularizarea măduvei spinării?
A. 2–4.
B. 5–6.
C. 6–8.
D. 8–10.
E. 10–12.
4. Indicați numărul de artere radiculomedulare posterioare, care vascularizează măduva spinării:
A. 6–8.
B. 9–10.
C. 12–16.
D. 11–22.
E. 28–30.
5. Indicați până la care nivel medular de vascularizarea măduvei spinale e responsabil teritoriul vascular superior:
A. D₄.
B. D₅.
C. D₆.
D. D₇.
E. D₈.
6. În partea inferioară, principala arteră responsabilă de vascularizarea măduvei spinării este:
A. Artera radiculomedulară suplimentară superioară.
B. Artera radiculomedulară mare a lui Adamkiewicz.

- C. Artera Zulch.
 - D. Artera Desprogress-Gotterone.
 - E. Artera Lazort.
7. Marea venă radiculară Adamkiewicz, de cele mai multe ori, însoțește rădăcina medulară:
- A. Th₆.
 - B. Th₇.
 - C. L₁.
 - D. L₂.
 - E. S₂.
8. Arborele vascular este mai deficitar la nivelul medular:
- A. Cervical superior.
 - B. Cervical mediu.
 - C. Dorsal.
 - D. Lombar.
 - E. Sacral.
9. Zona critică de irigație sanguină medulară pe planul vertical dintre teritoriul vascular al arterei vertebrale și cel al aortei abdominale se află:
- A. La nivel bulbar (zona bulbară).
 - B. În jurul segmentelor D₄.
 - C. În jurul segmentelor D₁₀.
 - D. La granița dintre teritoriul vascular central și cel periferic.
 - E. La nivel lombar (zona terminală).
10. Care dintre procesele patologice, ce determină o patologie vasculară cerebrală, la nivelul măduvei spinării este o raritate?
- A. Ateroscleroza.
 - B. Arterita.
 - C. Anevrismul.
 - D. Malformația arterio-venoasă.
 - E. Spasmul vascular.
11. Sindromul arterei spinale anterioare a fost descris în anul 1904 de:
- A. Bogorodinski.
 - B. Preobrajenski.
 - C. Lazort.
 - D. Zulch.
 - E. Adamkiewicz.
12. Mielopatia discirculatorie intermitentă se manifestă printr-o slăbiciune în picioare după un mers de:
- A. 10–20 pași.
 - B. 30–50 pași.
 - C. 50–100 pași.
 - D. 200–300 pași.
 - E. 1–5 km.

13. Mielopatia discirculatorie adesea are următoarea etiologie:
- Patologia discovevertebrală.
 - Infarctul miocardic.
 - Endocardita mitrală ulcerosă.
 - Traumatismele vertebro-medulare.
 - Tumorile vertebro-medulare.
14. Care măsură de diagnosticare va confirma diagnosticul pozitiv de hematomiele?
- Anamnestical (traumatismul vertebro-medular recent).
 - Tulburările de sensibilitate sub formă de disociație siringomielică, semnele de iritație meningiană pozitive.
 - Depistarea lichidului cefalorahidian hemoragic.
 - Examenul prin potențiale evocate motorii.
 - Detectarea semnelor de denervare acută la examenul electromiografic cu ac-electrozi.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

- Arterele ce asigură vascularizarea măduvei spinării provin din:
 - Aortă.
 - Artera brahiocefalică.
 - Artera carotidă comună.
 - Arterele vertebrale.
 - Arterele subclaviculare.
- După D. Bogorodinski și A. Skoromeț, pot fi evidențiate următoarele tipuri de vascularizare medulară mai jos de D_4 :
 - Artera Adamkiewicz este unica arteră.
 - Artera Adamkiewicz și o arteră suplimentară superioară.
 - Artera Adamkiewicz și o arteră suplimentară inferioară.
 - Tipul dispers, când măduva spinării e vascularizată de câteva artere radiculomedulare de calibru egal.
 - Tipul solitar, când măduva spinării este vascularizată exclusiv din ramurile provenite din arterele vertebrale.
- Indicați afirmațiile corecte referitoare la artera spinală anterioară:
 - Este impară.
 - Este situată de-a lungul măduvei spinării, la nivelul șanțului median anterior.
 - Este formată din ramurile ascendente și descendente ale arterelor radiculo-medulare.
 - Vascularizează un teritoriu superficial pe fața ventrală a măduvei spinării.
 - Irigă exclusiv meningele medular.
- Pe plan orizontal se disting următoarele teritorii vasculare medulare:
 - Teritoriul superficial.
 - Teritoriul profund.
 - Teritoriul arterei spinale anterioare.
 - Teritoriul arterei spinale posterioare.
 - Teritoriul coronar perimedular.

5. Care procese de nivelul aortei, enumerate mai jos, pot conduce la accidente vasculare medulare ischemice?
- A. Plăcile ateromatoase la nivelul aortei, în zonele de urgență a arterelor segmentare.
 - B. Aneurismul disecant.
 - C. Stenoza.
 - D. Tromboza.
 - E. Ultrasonografia aortei.
6. Indicați grupul de afecțiuni care pot evoca tulburări vasculare medulare acute și cronice:
- A. Patologia aortei.
 - B. Arteritele.
 - C. Bolile demielinizante ale sistemului nervos central.
 - D. Modificările vertebrale degenerative-distrofice, discopatiile.
 - E. Iatrogeniile.
7. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la tulburările ischemice medulare de tip tranzitoriu:
- A. Constituirea lor acută se desfășoară în regiunea dorsală mijlocie sau la nivelul altei „zone critice”.
 - B. Nu au loc tulburări motorii.
 - C. Sunt păstrate reflexele osteotendinoase.
 - D. Se manifestă o hipoestezie ușoară de tip paraplegic, tulburări sfincteriene.
 - E. Toate manifestările regresează timp de 24–48 de ore.
8. Ictusul medular acut transversal se localizează îndeosebi:
- A. La nivel cervical superior.
 - B. La nivel lombar inferior.
 - C. La nivelul măduvei dorsale D₄.
 - D. În zona vasculară Adamkiewicz.
 - E. În zona vasculară Desprogress-Gotterone.
9. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la manifestările clinice ale ictusului medular acut transversal:
- A. Paraplegie flască instalată brutal.
 - B. Abolirea reflexelor osteotendinoase.
 - C. Anestezie totală de tip paraplegic.
 - D. Tulburări sfincteriene importante.
 - E. Evoluție relativ ușoară, cu restabilirea completă mai ales a funcțiilor motorii și vegetative.
10. Prognosticul ictusului medular acut transversal este influențat defavorabil datorită:
- A. Complicațiilor cardiocirculatorii.
 - B. Complicațiilor respiratorii.
 - C. Complicațiilor gastrointestinale.
 - D. Infecțiilor urinare frecvente.
 - E. Escarelor.

11. În sindromul arterei spinale anterioare, leziunile medulare sunt localizate îndeosebi în:
- A. Coamele medulare posterioare.
 - B. Coarnele medulare anterioare.
 - C. Baza coarnelor posterioare.
 - D. Cordoanele medulare posterioare.
 - E. Cordoanele medulare anterolaterale.
12. Indicați felurile de sensibilitate care nu sunt afectate în sindromul de arteră spinală anterioară:
- A. Algică.
 - B. Termică.
 - C. Parțial tactilă.
 - D. De vibrațiune.
 - E. Mioartrocinetică.
13. Atrofiile musculare în sindromul arterei spinale anterioare se observă, în special, în formele cu evoluție:
- A. Fulminantă.
 - B. Acută.
 - C. Subacută.
 - D. Cronică.
 - E. Remitentă.
14. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la sindromul arterei spinale posterioare:
- A. Infarctul medular anatomic cuprinde coarnele și cordoanele posterioare.
 - B. Infarctul medular anatomic cuprinde partea posterioară a cordoanelor laterale (secțiunea piciorului, a căilor piramidale).
 - C. Are loc abolirea sublezională a sensibilității profunde conștiente.
 - D. Are loc exagerarea reflexelor osteotendinoase.
 - E. Semnele piramidale lipsesc.
15. Ținând seama de intensitatea procesului ischemic în tulburările medulare ischemice cronice (mielopatia discirculatorie), deosebim următoarele forme clinice:
- A. Claudicația intermitentă a mușchiului piriform.
 - B. Claudicația intermitentă caudogenă.
 - C. Claudicația intermitentă mielogenă.
 - D. Mielopatia discirculatorie în stadiul de compensație.
 - E. Mielopatia discirculatorie decompensată.
16. Cele mai frecvente cauze, ce provoacă o hemoragie în măduva spinării, sunt:
- A. Traumatismul coloanei vertebrale.
 - B. Malformațiile vasculare medulare (anevrisme).
 - C. Diateza hemoragică.
 - D. Hemofilia.
 - E. Vasculitele hemoragice.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați teritoriile vasculare medulare pe plan orizontal cu particularitățile lor anatomico-fiziologice:

Teritoriul vascular medular:

- a. Al arterei spinale anterioare.
- b. Al arterelor spinale posterioare.
- c. Coronar perimedular.

Particularitățile:

- 1. Se desprind arterele sulcocomisurale.
- 2. Este compus dintr-o rețea anastomotică bogată.
- 3. Provine din artera spinală anterioară și arterele spinale posterioare.
- 4. Vascularizează coarnele medulare posterioare.
- 5. Vascularizează cordoanele medulare posterioare.
- 6. Vascularizează $\frac{2}{3}$ anterioare ale măduvei spinării.
- 7. Se desprind vase penetrante scurte, mijlocii și lungi.
- 8. Formează bazinul central.
- 9. Formează bazinul dorsal.
- 10. Formează bazinul periferic.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

- 1. Spre deosebire de creier, măduva spinării are mai puține surse de aport sanguin, ceea ce explică, parțial, raritatea proceselor ischemice medulare.
- 2. Deși procesele ischemice medulare sunt rare, numărul factorilor determinanți este destul de mare.

RĂSPUNSURI

I.	II.	III.	IV.
1. E, p. 267.	1. A, D, p. 267.	a. 1, 6, 8.	1.
2. C, p. 267.	2. A, B, C, D, p. 267–268–269.	b. 4, 5, 9.	D, p. 269.
3. C, p. 267.	3. A, B, C, p. 269.	c. 2, 3, 7, 10, p. 269.	.
4. D, p. 267.	4. C, D, E, p. 269.		2.
5. A, p. 267.	5. A, B, C, D, p. 270–271.		B, p. 270.
6. B, p. 267.	6. A, B, D, E, p. 271.		
7. D, p. 269.	7. A, C, D, E, p. 271.		
8. C, p. 270.	8. C, D, p. 271.		
9. B, p. 270.	9. A, B, C, D, p. 271.		
10. A, p. 270.	10. D, E, p. 271.		
11. B, p. 272.	11. B, C, E, p. 272.		
12. D, p. 273.	12. C, D, E, p. 272.		
13. A, p. 273.	13. C, D, p. 272.		
14. C, p. 275.	14. A, B, C, p. 272.		
	15. C, D, E, p. 273.		
	16. A, B, p. 275.		

14. BOLILE INFECȚIOASE ALE SISTEMULUI NERVOS

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Care factori au influențat în primul rând evoluția bolilor infecțioase ale sistemului nervos în ultimele decenii?
 - A. Poluarea mediului ambiant.
 - B. Modificarea structurii genetice a microorganismelor.
 - C. Condițiile social-economice de igienă și de nutriție mult schimbate (în sensul înrăutățirii lor).
 - D. Scăderea vigilenței noilor generații de medici în posibilitatea reapariției unor boli infecțioase ale sistemului nervos considerate dispărute.
 - E. Modificarea răspunsului imun al oamenilor în evoluția diverselor procese patologice.
2. Rolul principal în realizarea funcției de barieră imună îi revine:
 - A. Macrogliei astrocitare perivasculară.
 - B. Celulelor „giganto-piramidale” (celulele Betz).
 - C. Celulelor gliale endolimfice.
 - D. Celulelor microgliale.
 - E. Oligodendrocitelor.
3. Afectarea selectivă a sistemului nervos în neuroinfecții se explică prin:
 - A. Așa-numitul tropism al agentului patologic sau al toxinei eliberate de el.
 - B. Lipsa răspunsului imun în cazul agresiunii directe a sistemului nervos.
 - C. Modificarea nespecifică a celulelor responsabile de formarea barierei hematoencefalice.
 - D. Proprietățile specifice de organizare a receptorilor, alcătuiți din unități macromoleculare complexe atât structural, cât și funcțional.
 - E. Polarizarea sinapsei neuro-musculare, ceea ce înseamnă că impulsul este întotdeauna direcționat de la axon spre următorul neuron.
4. Indicați descrierea corectă a sindromului lichivorean meningitic pozitiv.
 - A. Creșterea numărului de celule, în timp ce conținutul de proteine în lichidul cefalorahidian rămâne normal.
 - B. Creșterea atât a numărului de celule, cât și a conținutului de proteine, comparativ cu indicii normali.
 - C. Creșterea conținutului de proteine, în timp ce numărul de celule rămâne normal.
 - D. Prezența eritrocitelor nemodificate în lichidul cefalorahidian.
 - E. Prezența eritrocitelor modificate patologic în lichidul cefalorahidian.
5. Așezarea în „boabe de cafea” îi este caracteristică:
 - A. Streptococului (*Streptococcus pneumoniae*).
 - B. Meningococului (*Neisseria meningitidis*).
 - C. *Haemophilus influenzae*.
 - D. Boreliei *Burgdorferi*.
 - E. *Streptococcus aureus*.

6. Perioada de incubație a meningitei meningococice durează:
 - A. 1–2 zile.
 - B. 2–4 zile.
 - C. 5–10 zile.
 - D. 10–20 zile.
 - E. 20–30 zile.
7. În meningita tuberculoasă infecția pătrunde în tunicile cerebrale pe cale:
 - A. Aeriană.
 - B. Fecal-orală.
 - C. Parenterală.
 - D. Hematogenă.
 - E. De migrare axono-plasmatică.
8. De regulă, inflamația specifică sub formă de tuberculi în meningita tuberculoasă este localizată:
 - A. În cortexul cerebral și nucleii bazali.
 - B. În hipocamp.
 - C. În plexul hioroidal al sistemului ventricular cerebral.
 - D. Pe meningele bazai.
 - E. Pe meningele convexital.
9. În prezent, diagnosticul rapid al meningitei tuberculoase se bazează pe:
 - A. Detectarea genomului *Mycobacterium tuberculosis* în lichidul cefalorahidian prin reacția de polimerizare în lanț.
 - B. Investigațiile microbiologice care identifică *Mycobacterium tuberculosis* în lichidul cefalorahidian.
 - C. Analizele de laborator care stabilesc titrul de anticorpi specifici ce fac parte din clasa IgM.
 - D. Examenul neuroimagic prin rezonanță magnetică cerebrală.
 - E. Examenul clinic atent, cu colectarea specială a anamnezei epidemiologice.
10. Incluziunile intranucleare cu particule de virus „ochi de taur” se constată la examenul ultrastructural în encefalita:
 - A. Cauzată de virusul ECHO.
 - B. Cauzată de virusul Coxsackie.
 - C. Cauzată de virusul Polio.
 - D. Herpetică.
 - E. Cauzată de virusul bolii cu incluziuni citomegalice.
11. Anticorpul specific în encefalita herpetică fac parte din clasa:
 - A. IgE.
 - B. IgM.
 - C. IgA.
 - D. IgD.
 - E. IgC.
12. În cazurile dificile de diagnostic în encefalită se recurge la:
 - A. Examenul prin potențiale evocate somatosenzoriale.
 - B. Echoencefaloscopie.
 - C. Electroencefalografie.

- D. Rezonanță magnetică cerebrală.
E. Biopsie cerebrală explorativă.
13. Aciclovirul este medicația etiologică în tratamentul:
A. Encefalitei gripale.
B. Encefalitei reumatice.
C. Encefalitei herpetice.
D. Encefalitei rujeolice.
E. Encefalitei rubeolice.
14. Examenul neuroimagic de elecție în diagnosticul encefalitei gripale este:
A. Pneumoencefalografia.
B. Ventriculografia.
C. Tomografia computerizată cerebrală.
D. Rezonanța magnetică nucleară cerebrală.
E. Tomografia computerizată cerebrală prin emisie de pozitroni.
15. Protecția celulară nespecifică în encefalita gripală se va realiza prin administra-
re de:
A. Interferon.
B. Manitol.
C. Glicerol.
D. Furosemid.
E. Diacarb.
16. Coreea Sydenham este o neuroinfecție cauzată de:
A. Virusul rujeolei.
B. Virusul rubeolei.
C. Streptococul β -hemolitic din grupul A.
D. Virusul urlian.
E. Virusul gripal tip A.
17. Alterațiile degenerative neuronale în encefalita reumatică sunt localizate perica-
rional în:
A. Paleostriat.
B. Neostriat.
C. Hipotalamus.
D. Talamus.
E. Cerebel.
18. O formă clinică a encefalitei reumatice a căpătat denumirea *coree moale* (*chorea mollis*) pe motiv de:
A. Labilitate emoțională sever exprimată.
B. Deviere neregulată, în diferite direcții a capului și trunchiului corpului bolnavului.
C. Diminuare severă a reflexelor osteotendinoase.
D. Hipotonie musculară foarte exprimată.
E. Mișcări involuntare spontane, ilogice, dezordonate și scurte.
19. Examenul electromiografic cu electrozi de suprafață în coreea reumatică va înre-
gistra:
A. Un traseu silențios.

- B. O activitate spontană neregulată.
 - C. O activitate spontană patologică de tip fasciculații.
 - D. Unde pozitive ascuțite.
 - E. Potențiale de fibrilații.
20. Regimul de pat, izolarea, măsurile de protecție pentru a evita loviturile se indică în cadrul tratamentului encefalitei:
- A. Herpetice.
 - B. Reumatice.
 - C. Rujeolice.
 - D. Rubeolice.
 - E. Variceloase.
21. În tratamentul encefalitei reumatice, cantitatea de glucide se limitează, fiindcă ele:
- A. Favorizează înmulțirea streptococului.
 - B. Creează posibilități suplimentare de suprainfecție.
 - C. Sporesc riscul de manifestare a diabetului zaharat latent.
 - D. Potențează acțiunea tranchilizantelor.
 - E. Reduc acțiunea antibioticelor.
22. După vindecare, pacientului cu encefalită reumatică i se indică:
- A. Regim de pat, izolarea și protecția de un eventual stres psihoemoțional.
 - B. Salicilate.
 - C. Amidopirină.
 - D. Butadion.
 - E. Tratament profilactic antireumatismal după schema clasică; dacă este nevoie, se efectuează amigdalectomie.
23. Cu scop profilactic, persoanelor de contact în cazul encefalitei rujeolice li se indică:
- A. medicație de dezintoxicare.
 - B. Desensibilizante.
 - C. Antiedemice.
 - D. Gamaglobulină.
 - E. Antipiretice.
24. Care dintre encefalitele asociate cu infecții virale are evoluție gravă, cu letalitate în 25% din cazuri?
- A. Encefalita rujeolică.
 - B. Encefalita rubeolică.
 - C. Encefalita variceloasă.
 - D. Encefalita herpetică.
 - E. Encefalita gripală.
25. Analiza lichidului cefalorahidian în encefalita variceloasă constată:
- A. Prezența hematiilor proaspete (nemodificate).
 - B. Prezența sindromului licvorean de disociație proteică-celulară.
 - C. Prezența sindromului licvorean meningitic.
 - D. Prezența sindromului licvorean de disociație celulară-proteică.
 - E. Componenta lui normală.

26. Prevenirea suprainfecției bacteriene în encefalita variceloasă se face prin:
- Respectarea unui regim sanitar strict.
 - Administrarea antibioticelor cu spectru larg.
 - Medicația de dezintoxicare.
 - Administrarea desensibilizantelor.
 - Administrarea antiedemicilor.
27. Profilaxia encefalitei cauzate de vaccinarea antipertusică-antidifterică-antitetanică constă în:
- Administrarea corticosteroizilor timp de 4–6 săptămâni înainte de vaccinare.
 - Administrarea antihistaminicilor timp de 1 săptămână înainte de vaccinare.
 - Determinarea strictă a indicațiilor privind vaccinarea.
 - Administrarea vitaminelor cu 30 zile înainte de vaccinare.
 - Administrarea nootropilor timp de 30 zile înainte de vaccinare.
28. Evoluția encefalitei cauzate de vaccinul antirabic este:
- Gravă, cu letalitate în 25% din cazuri.
 - Favorabilă.
 - Benignă.
 - Gravă, cu letalitate crescută și sechele sub formă de retard psihic, sindrom convulsiv, pareze.
 - De lungă durată, cu sechele piramidale.
29. Alegeți afirmația corectă privind reacția encefalică:
- Reacția encefalică este pierderea cunoștinței și vigilenței (stării de veghe) de lungă durată, ce se manifestă prin absența răspunsului adaptativ la stimulenții externi sau interni.
 - Reacția encefalică este o entitate clinică și se manifestă prin episoade sau stări de dureri de cap de intensitate ușoară sau moderată, ce nu afectează activitatea zilnică și nu se amplifică la efort fizic.
 - Reacția encefalică este o maladie cu manifestări paroxistice de cefalee, cu durată de 4–72 ore, asociată cu grețuri, vomă, fonofobie și fotofobie.
 - Reacția encefalică este o suferință cu desfășurare dramatică, de etiologii diverse, în cadrul căreia un individ este predispus la crize convulsive recurente.
 - Reacția encefalică cuprinde manifestările encefalice generale sub formă de sindrom convulsiv (convulsii febrile) sau delirant la copilul atacat de infecție sau toxine.
30. La 10% din numărul bolnavilor cu convulsii, din cadrul reacției encefalice, se instalează starea de rău epileptic pe motiv de:
- Edem cerebral.
 - Disfuncție a sistemului hipotalamo-hipofizar-suprarenal.
 - Hipertermie.
 - Excitație psihomotorie.
 - Apariție a zonelor de necroză cerebrală.
31. Lovacitatea excesivă este o manifestare de debut al:
- Formei convulsive a reacției encefalice.
 - Formei delirioase a reacției encefalice.
 - Encefalitei letargice von Economo.

- D. Encefalitei de căpușe din Europa Centrală.
 - E. Poliomielitei acute anterioare (boala Heine-Medin).
32. Indicați principala manifestare ce persistă la copilul care a suferit de sindromul de decerebrare pe motiv de reacție encefalică:
- A. Stereotipuri motorii nemotivate.
 - B. Dezinhibiția motorie.
 - C. Dispariția vorbirii frazeologice.
 - D. Retardul psihic.
 - E. Diminuarea interesului față de lumea înconjurătoare.
33. Deosebit de dificilă este diferențierea reacției encefalice de:
- A. Epilepsie.
 - B. Coreea Sydenham.
 - C. Delirium tremens.
 - D. Istérie.
 - E. Criza miastenică.
34. Acidoza metabolică se corectează prin administrare de:
- A. Manitol.
 - B. Sorbitol.
 - C. Glicerol.
 - D. Soluție de hidrocarbonat de sodiu de 4%.
 - E. Fenobarbital cu sau fără difenin.
35. Cea mai detaliată descriere a encefalitei letargice îi aparține lui:
- A. Heine.
 - B. Medin.
 - C. Constantin Freiherr von San Serff Economo.
 - D. A.T. Tarasenkov.
 - E. Nicola Tesla.
36. Indicați motivul pentru care encefalita von Economo a fost numită *letargică*:
- A. Deoarece suferă predominant substanța cenușie a creierului.
 - B. Somnolența sever exprimată în unele cazuri.
 - C. Deoarece s-au găsit leziuni degenerative și inflamatorii perivasculare în substanța cenușie a diencefalului și trunchiului cerebral.
 - D. Fiindcă deosebit de semnificativ este afectată substanța neagră și regiunea nucleelor oculomotorii din calota creierului mijlociu.
 - E. Fiindcă debutul bolii este în context infecțios cu o cefalee puternică, febră (39–40°C), frisoane, amețeli, adinamie.
37. Tabloul clinic al fazei cronice a encefalitei epidemice este identic cu cel al:
- A. Encefalitei de căpușe din Europa Centrală.
 - B. Parkinsonismului.
 - C. Poliomielitei acute anterioare.
 - D. Arahnoiditei spinale.
 - E. Meningitei sifilitice.
38. Agentul cauzal al encefalitei de căpușe din Europa Centrală este:
- A. Un arbovirus din grupul A.

- B. Un arbovirus din grupul B.
 - C. Un arbovirus din grupul C.
 - D. *Borrelia burgdorferi*.
 - E. Virusul poliomieltic din familia *Picornaviridae*, genul *Enterovirus*.
39. Pe prim-plan în terapia encefalitei de căpușe din Europa Centrală se situează:
- A. Reducerea edemului cerebral la minimum.
 - B. Medicația de combatere a hipertermiei.
 - C. Administrarea interferon-beta.
 - D. Administrarea medicamentelor anticomțiale.
 - E. Medicația de reechilibrare hidroelectrolitică.
40. Leziunile din sistemul nervos central în poliomieltita acută anterioară predomină în:
- A. Coarnele anterioare ale măduvei spinării.
 - B. Coarnele posterioare ale măduvei spinării.
 - C. Coarnele laterale ale măduvei spinării.
 - D. Cordoanele anterioare ale măduvei spinării.
 - E. Cordoanele laterale ale măduvei spinării.
41. Cea mai frecventă formă clinică a stadiului paraltic al poliomieltitei acute anterioare este:
- A. Forma spinală.
 - B. Forma bulbară.
 - C. Forma pontină.
 - D. Forma mixtă bulbospinală.
 - E. Forma mixtă bulbopontină.
42. Principala măsură de prevenire și eradicare a poliomieltitei este:
- A. Izolarea obligatorie a bolnavilor timp de 6 săptămâni.
 - B. Repausul absolut la pat al bolnavului, pentru a se evita orice solicitare neuro-nală.
 - C. Dezinfecția continuă pentru excreții și secreții nazofaringiene și pentru toate obiectele contaminate de bolnav.
 - D. Realizarea unui program complex de recuperare și de reeducare musculară.
 - E. Vaccinarea.
43. Indicați câte procente de populație trebuie să fie cuprinse cu vaccinarea antipoli-omieltică, pentru a preveni apariția de noi cazuri sau a unei epidemii:
- A. 90%.
 - B. 80%.
 - C. 70%.
 - D. 60%.
 - E. 50%.
44. Mortalitatea în empiemul subdural atinge 40% din cauza:
- A. Ineficacității remediului antibacterian.
 - B. Eșecului identificării agentului patogen în licvor și respectiv administrarea greșită a tratamentului.
 - C. Dificultăților de diagnostic și respectiv a tratamentului întârziat.
 - D. Unei suprainfecții (infecție mixtă), fiecare germene patologic având specificul său.
 - E. Examenului CT sau RMN, care nu vizualizează focarul patologic.

45. Arahnoiditele se desfășoară în special după:
- A. Suportarea unei gripe.
 - B. Suportarea unei angine.
 - C. Reumatism.
 - D. Sepsis.
 - E. Afecțiunile acute sau cronice ale sferei otorinolaringologice.
46. Arahnoiditele posttraumatice se localizează, de regulă:
- A. Pe suprafața convexitală a regiunii fronto-parietale.
 - B. În fosa craniană anterioară.
 - C. În unghiul ponto-cerebelos.
 - D. În fosa craniană medie.
 - E. În fosa craniană posterioară.
47. Dintre simptomele generale în arahnoiditele cerebrale predomină:
- A. Cefaleea.
 - B. Manifestările de iritare meningească (meningismul).
 - C. Sindromul convulsiv.
 - D. Hipertermia.
 - E. Agitația psihomotorie.
48. Manifestările clinice de focar ale arahnoiditelor cerebrale depind de:
- A. Expresia dereglărilor morfopatologice.
 - B. Starea sistemului imun al pacientului.
 - C. Localizarea procesului patologic.
 - D. Specificul germenului patologic.
 - E. Alegerea remediei antibacteriene.
49. Manifestările clinice de arahnoidită de fosă craniană posterioară au foarte mult comun cu manifestările de:
- A. Meningită sifilitică.
 - B. Tumoare de cerebel.
 - C. Meningită borelică limfocitară.
 - D. Arahnoidită de unghi ponto-cerebelos.
 - E. Arahnoidită cerebrală convexitală.
50. Până la implementarea uzuală a tomografiei computerizate și a rezonanței magnetice cerebrale, prioritate în diagnosticul arahnoiditelor avea:
- A. Examenul clinic.
 - B. Scintigrafia cerebrală.
 - C. Pneumoencefalografia.
 - D. Ventriculografia cerebrală.
 - E. Electroencefalografia.
51. Indicați măsura terapeutică primordială pentru a preveni arahnoiditele cerebrale, dacă se descoperă afecțiuni otorinolaringologice:
- A. Administrarea antibioticelor.
 - B. Administrarea sulfanilamidelor.
 - C. Administrarea salicilaților.
 - D. Sanarea focarelor de infecție.
 - E. Administrarea corticosteroizilor.

52. Importantă în stabilirea diagnosticului de mielită este următoarea modificare patologică a lichidului cefalorahidian:
- A. Creșterea moderată a presiunii.
 - B. Sindromul lichidian meningitic.
 - C. Diminuarea conținutului de glucoză.
 - D. Creșterea semnificativă a glicorahiei.
 - E. Diminuarea conținutului de cloride.
53. Investigația imagistică de elecție în diagnosticarea mielitei transverse este:
- A. Rezonanța magnetică nucleară.
 - B. Tomografia computerizată.
 - C. Mielografia.
 - D. Mielografia computerizată.
 - E. Epidurografia.
54. Sifilisul este o maladie sexual-transmisibilă cauzată de:
- A. Virusul imunodeficienței umane.
 - B. *Toxoplasma gondi*.
 - C. *Borrelia burgdorferi*.
 - D. *Treponema palidă*.
 - E. Streptococul β -hemolitic din grupul A.
55. În cazul neurosifilisului cu afectarea selectivă a meningelui bazei encefalului, dintre nervii cranieni de cele mai multe ori suferă nervul:
- A. Olfactiv.
 - B. Optic.
 - C. Oculomotor.
 - D. Abducens.
 - E. Facial.
56. Alegeți descrierea corectă a semnelui Argyll-Robertson din meningita sifilitică:
- A. Fotoreacția directă și consensuală este abolită, în timp ce acomodarea pupilară și convergența globilor oculari sunt perfecte.
 - B. Fotoreacția directă și consensuală este perfectă, în timp ce acomodarea pupilară și convergența globilor oculari sunt abolite.
 - C. Sunt abolite funcțiile de îngustare pupilară, atât la controlul fotoreacției directe și consensuale, cât și la controlul acomodării și convergenței globilor oculari.
 - D. Fotoreacția directă este abolită, în timp ce fotoreacția consensuală este perfectă.
 - E. Fotoreacția directă este perfectă, în timp ce fotoreacția consensuală este abolită.
57. Disparația simțului de durere la compresiunea puternică a tendonului achilian în faza de instalare a hipoesteziei în tabesul dorsal se numește semn:
- A. Bernadski.
 - B. Argyll-Robertson.
 - C. Wasserman.
 - D. Lange.
 - E. Abadi.

58. Un semn patognomonic precoce al tabesului dorsal este:
- A. Dispariția simțului de durere la compresiunea puternică a nervului ulnar în vecinătatea apofizei cubitale.
 - B. Diminuarea acuității vizuale.
 - C. Dereglări ale vederii cromatice.
 - D. Îngustarea concentrică a câmpului vizual.
 - E. Diminuarea și abolirea reflexelor osteotendinoase.
59. Care reflexe dețin întâietatea în procesul de abolire a reflexelor osteotendinoase în tabesul dorsal?
- A. De pe extremitățile superioare.
 - B. Abdominale.
 - C. Cremasterian.
 - D. Achiliene și rotulienne.
 - E. Plantare.
60. Indicați cel mai frecvent test reagicinic utilizat în diagnosticul de laborator al sifilisului:
- A. Reacția Wasserman.
 - B. Reacțiile coloidale Lange.
 - C. Reacția de imunofluorescență.
 - D. VDRL (Venereal Disease Research Laboratory).
 - E. Reacțiile de precipitare Kan.
61. Faza atactică a tabesului dorsal se caracterizează prin:
- A. Dureri radiculare intense cu caracter lancinant.
 - B. Parestezii.
 - C. Abolirea reflexelor osteotendinoase.
 - D. Ataxie spinală progresivă.
 - E. Excitare sexuală exagerată.
62. Leucoencefalita multifocală progresivă este o afecțiune provocată de:
- A. Un virus al grupului lentivirus din familia retrovirusurilor.
 - B. *Cryptococcus neoformans*.
 - C. Micobacterii atipice.
 - D. Un papovirus ubicuitar (virusul JC).
 - E. Citomegalovirus.
63. Gazda definitivă a infecției *Toxoplasma gondi* este:
- A. Hulubul.
 - B. Pisica.
 - C. Porcul.
 - D. Capra.
 - E. Rozătoarele mici.
64. Omul achiziționează agentul patogen în maladia Lyme prin:
- A. Înțepătura de țânțar.
 - B. Ingerarea chisturilor (biftec puțin prăjit, carne de oaie crudă, contactul cu fecale de pisică).
 - C. Înțepătura căpușelor infectate din clasa *Ixodes*.
 - D. Consumul de lapte și produse lactate.
 - E. Perfuzii intravenoase.

65. Eritemul cronic migrator este un semn clinic prețios în stabilirea diagnosticului bolii:
- A. Imunodeficiență umană (HIV/SIDA).
 - B. Neurosifilis.
 - C. Lyme.
 - D. Toxoplasmoză.
 - E. Bruceloză.
66. Indicați simptomul care, uneori, este dominant în meningita borelică:
- A. Astenia.
 - B. Cefaleea.
 - C. Grețurile.
 - D. Voma.
 - E. Fotofobia.
67. Indicați simptomul care poate fi unica manifestare a radiculonevritei borelice:
- A. Durerea.
 - B. Hipoalgezia de tip segmentar.
 - C. Tulburările de ortostațiune.
 - D. Semnele de elongație pozitive.
 - E. Diminuarea reflexului achilian.
68. Indicați neuropatia craniană cea mai frecventă în neuroborelioză:
- A. Facială.
 - B. Oculomotorie.
 - C. Trigeminală.
 - D. Cochleară.
 - E. Vestibulară.
69. Cea mai severă manifestare neurologică a maladiei Lyme este:
- A. Encefalita.
 - B. Mielita.
 - C. Meningita.
 - D. Neuropatia facială.
 - E. Eritemul migrator.
70. O importanță decisivă în stabilirea diagnosticului de neuroborelioză au:
- A. Datele clinice.
 - B. Datele anamnestice.
 - C. Datele epidemiologice.
 - D. Diagnosticul de laborator.
 - E. Examenul neuroimagic.
71. Acrodermatita cronică atrofică este o formă dermatologică tardivă a:
- A. Bolii Parkinson.
 - B. Encefalomielitei progresive.
 - C. Toxoplasmozei.
 - D. Brucelozei.
 - E. Maladiei Lyme.
72. De ce în cazul vizitării zonelor de viețuire naturală a ixodelor se recomandă folosirea îmbrăcămintei de culoare deschisă?
- A. Deoarece poate fi ușor îmbibată cu repelent antiacarian.

- B. Pentru a detecta rapid căpușele.
 - C. Deoarece căpușele „nu văd” culorile deschise.
 - D. Fiindcă nuanța albă respinge atacul căpușelor.
 - E. Fiindcă îmbrăcămintea de culoare albă diminuează eliberarea undelor infra-roșii produse de corpul uman, astfel diminuând și atacul căpușelor.
73. Una dintre cele mai frecvente manifestări ale brucelezei este:
- A. Multinevrita acută.
 - B. Poliradiculonevrita acută.
 - C. Polineuropatia cronică inflamatorie demielinizantă.
 - D. Meningita acută sau cronică.
 - E. Encefalita limbică.
74. Indicați care pereche de nervi cranieni este cel mai des implicată în bruceleza sistemului nervos:
- A. A IV-a (n. trohlear).
 - B. A V-a (n. trigemen).
 - C. A VI-a (n. abducens).
 - D. A VII-a (n. facial).
 - E. A VIII-a (n. vestibulocohlear).
75. Conform distribuției geografice, hidatioza prevalează în:
- A. Europa.
 - B. Asia.
 - C. America de Nord.
 - D. Africa.
 - E. Țările în care creșterea oilor și a vitelor mari cornute este foarte dezvoltată.
76. Frecvența hidatiozei cerebrale este în funcție de:
- A. Endemia echinococozii.
 - B. Caracterul sezonier al maladiei (lunile martie-mai).
 - C. Sursa naturală a maladiei.
 - D. Evoluția bolii la om.
 - E. Inocularea primară a parazitului în organismul uman.
77. În structura localizării, echinococoză cerebrală deține locul:
- A. Întâi.
 - B. Doi.
 - C. Trei.
 - D. Patru.
 - E. Cinci.
78. Localizarea preferențială a chistului hidatic în echinococoză sistemului nervos este:
- A. Măduva spinării.
 - B. Emisfera cerebrală.
 - C. Sacul dur al medular.
 - D. Unghiul ponto-cerebelos.
 - E. Sistemul ventricular cerebral.

79. Indicați localizarea extrem de rară a hidatiozei sistemului nervos:
- A. Fosa craniană anterioară.
 - B. Fosa craniană medie.
 - C. Fosa craniană posterioară.
 - D. Teritoriul arterei sylviene.
 - E. Canalul medular.
80. Tratamentul conservator medical al echinococozii cerebrale:
- A. Nu există.
 - B. Administrare de streptomycină.
 - C. Administrare intravenoasă de penicilină G.
 - D. Administrare de pirimetamină.
 - E. Administrare de sulfadiazină.
81. Cea mai frecventă formă de cisticercoză a sistemului nervos este:
- A. Cisticercoza emisferică.
 - B. Cisticercoza ventriculară.
 - C. Cisticercoza bazală.
 - D. Cisticercoza generală difuză.
 - E. Cisticercoza trunculară.
82. Cisticercoza cerebrală emisferică se manifestă prin:
- A. Criză comițială de tip focal.
 - B. Hipertensiune intracraniană.
 - C. Tulburări psihice.
 - D. Deficit neurologic.
 - E. Criză comițială primar generalizată.
83. Blocând căile de circulație ale lichidului cefalorahidian, cisticercozele ventriculare provoacă:
- A. Epilepsie secundară.
 - B. Hipertensiune intracraniană.
 - C. Disfuncție vegetativă suprasegmentară.
 - D. Excitație psihomotorie.
 - E. Reacție toxicoalergică.
84. Dintre multiplele teste imunobiologice, unica identificare de laborator a cisticercozei nevraxiale este:
- A. Leucopenia cu limfocitoză relativă din analiza generală a sângelui.
 - B. Eozinofilia în examenul general în sânge și în lichidul cefalorahidian.
 - C. Reacția de fixare a complementului în lichidul cefalorahidian.
 - D. Testul imunoenzimatic (ELISA).
 - E. Reacția de imunofluorescență indirectă.
85. Diseminarea veziculelor în cisticercoza medulară secundară are loc pe cale:
- A. Hematogenă.
 - B. Limfogenă.
 - C. Gastrointestinală.
 - D. Lichidiană.
 - E. De migrare axonoplasmatică.

86. Dintre toate medicamentele folosite în tratamentul cisticercozei cerebrale, cele mai categorice indicații are:
- Notezinul.
 - Antimoniul.
 - Medicația anticonvulsivă.
 - Piretoterapia antiinflamatorie.
 - Corticoterapia.
87. Principala complicație postoperatorie în tratamentul chirurgical al cisticercozei cerebrale generalizate este:
- Hipertensiunea intracraniană.
 - Blocajul ventricular.
 - Diseminarea lichidiană a veziculelor.
 - Meningoencefalita ca reacție toxicoalergică.
 - Instalarea stării de rău epileptic, ce nu reacționează la tratamentul anticomital.
88. Paragonimioza este o:
- Parazitoză frecventă în Extremul Orient.
 - Encefalomielită acută diseminată, care face parte din grupul bolilor demielinizante.
 - Infectare a creierului și măduvei spinării, cu forma larvară a cestodului *Taenia solium*.
 - Boală parazitară determinată de dezvoltarea în organism a larvei de *Taenia echinococcus*.
 - Boală cu parazitism intracelular.
89. Adesea, debutul paragonimiozei se manifestă prin:
- Convulsii.
 - Cefalee.
 - Diaree.
 - Nistagmus.
 - Tulburări ale funcțiilor nervilor cranieni.
90. Prognosticul în paragonimioză este:
- Favorabil.
 - Nefavorabil.
 - Grav.
 - Ușor.
 - Rezervat.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. În funcție de evoluție, neuroinfecțiile se clasifică în:
- Fulminante.
 - Acute.
 - Subacute.
 - Cronice (infecții persistente).
 - Remitente.

2. Perioadele succesive ale neuroinfecției sunt:
 - A. Invazia.
 - B. Perioada de stare.
 - C. Perioada de declin.
 - D. Perioada de convalescență.
 - E. Perioada de cronicizare.
3. Faza acută a procesului neuroinfecțios este determinată de:
 - A. Instalarea unor procese autoimune.
 - B. Suferința neuronilor.
 - C. Declanșarea unor mecanisme de autoagresiune împotriva țesutului cerebral.
 - D. Suferința infecțioasă a vaselor cerebrale și medulare.
 - E. Acțiunea toxică a agentului patogen asupra întregului organism.
4. Triada meningitică (algoritmul de diagnostic al meningitei) cuprinde:
 - A. Semne și simptome generale de infecție (hipertermie, cefalee, grețuri, vomă, frisoane etc.).
 - B. Sindromul meningian pozitiv.
 - C. Sindromul licvorean meningitic pozitiv.
 - D. Sindromul licvorean de disociație celulară-proteică pozitiv.
 - E. Starea de meningism.
5. Meningita septică acută poate fi provocată de orice germene bacterian patologic. În majoritatea cazurilor însă este cauzată de:
 - A. Meningococ (*Neisseria meningitidis*).
 - B. Virusul *Coxsackie*.
 - C. Pneumococ (*Streptococcus pneumoniae*).
 - D. Streptococul β -hemolitic din grupul A.
 - E. *Haemophilus influenzae*.
6. Alegeți afirmațiile juste referitoare la epidemiologia meningitei meningococice:
 - A. Infecția meningococică se transmite pe cale fecal-orală.
 - B. Afecțiunea are un caracter sporadic, mai rar se constată epidemii de proporții mici.
 - C. Pot fi infectate persoane de toate vârstele.
 - D. Este o meningită secundară și se dezvoltă la bolnavii cu otite cronice purulente.
 - E. Reprezintă o reacție infecțioasă-alergică vasculo-parenchimatousă a țesutului cerebral.
7. Indicați antibioticele care pot fi folosite în tratamentul meningitei meningococice:
 - A. Penicilina.
 - B. Ampicilina.
 - C. Cloramfenicolul.
 - D. Lincomicina.
 - E. Rifampicina.
8. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la meningita limfocitară (seroasă) acută:
 - A. Debutează prin hipertermie, durere de cap pronunțată, vomă.
 - B. Pe mucoasa buzelor și cavității nazale, de obicei, se observă erupții herpetice și se dezvoltă amigdalita herpetică.

- C. Examenul neurologic pune în evidență absența sindromului meningeal.
 - D. Analiza generală a sângelui este normală sau poate arăta o leucopenie și o limfocitoză relative.
 - E. Lichidul cefalorahidian este clar, se elimină sub presiune înaltă, în componența lui se depistează o pleiocitoză limfocitară, conținutul de proteine crește ușor, conținutul de glucoză rămâne normal.
9. În funcție de sindromul clinic dominant, se disting următoarele forme ale meningitei tuberculoase:
- A. Meningoconvexitală.
 - B. Meningobazală.
 - C. Horioidală.
 - D. Meningovasculară.
 - E. Meningospinală.
10. Diagnosticul diferențial al meningitei tuberculoase trebuie să includă:
- A. Meningita cu criptococ.
 - B. Meningitele acute sau cronice virale și cele bacteriene parțial tratate.
 - C. Infiltrația neoplazică și granulomatoasă (carcinoamele, leucemiile, limfoamele, sarcoidoza).
 - D. Tumorile cerebrale.
 - E. Encefalita herpetică.
11. Deosebit de greu decurge meningita tuberculoasă la:
- A. Copii.
 - B. Persoanele de vârstă înaintată.
 - C. Bolnavii cu SIDA.
 - D. Bolnavii cu coree Sydenham.
 - E. Bolnavii cu sistem imun compromis.
12. Deseori, meningita tuberculoasă condiționează manifestări reziduale sub formă de:
- A. Accese epileptice.
 - B. Dereglări psihice.
 - C. Dereglări somato-viscerale.
 - D. Dereglări comportamentale.
 - E. Tulburări oculomotorii.
13. Encefalita este o leziune a encefalului cu semnificație:
- A. Vasculară.
 - B. Toxică.
 - C. Alergică.
 - D. Infecțioasă-alergică.
 - E. Infecțioasă.
14. În conformitate cu criteriul histologic, se deosebesc următoarele forme de encefalite:
- A. Polioencefalite.
 - B. Corioencefalite.
 - C. Leucoencefalite.
 - D. Meningoencefalite.
 - E. Panencefalite.

15. Criteriul anatomo-patologic clasifică encefalitele în:
- A. Necrotice.
 - B. Demielinizante.
 - C. Crepusculare.
 - D. Infiltrative-proliferative.
 - E. Hemoragice.
16. Indicați encefalitele care se consideră a fi provocate de prioni:
- A. Encefalita epidemică letargică von Economo.
 - B. Boala Creutzfeldt-Jakob.
 - C. Boala Kuru.
 - D. Insomnia fatală familială.
 - E. Encefalita herpetică.
17. În raport cu criteriul sezonier și epidemiologic, encefalitele se clasifică în:
- A. Sezoniere.
 - B. Fără caracter sezonier strict definit.
 - C. Endemice.
 - D. Epidemice.
 - E. Izolate.
18. Afectarea sistemului nervos central în encefalita herpetică are loc pe cale:
- A. Hematogenă.
 - B. Axonoplasmatică.
 - C. Aeriană.
 - D. Fecal-orală.
 - E. Parenterală.
19. Zonele de necroză în faza acută a encefalitei herpetice pot fi localizate în:
- A. Lobul temporal.
 - B. Lobul frontal.
 - C. Lobul parietal.
 - D. Hipocamp.
 - E. Lobul occipital.
20. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la tabloul clinic și evoluția encefalitei herpetice:
- A. Boala debutează prin manifestări clinice de hemoragie subarahnoidiană.
 - B. Mai târziu se instalează faza manifestărilor generale.
 - C. Urmează faza manifestărilor de focar.
 - D. Agravarea progresivă este urmată mai apoi de dereglări de respirație, sindrom meningeal, stare comatoasă.
 - E. 70–80% din supraviețuitori rămân cu grave manifestări sechelare.
21. Diagnosticul diferențial al encefalitei herpetice se face în primul rând cu:
- A. Meningita tuberculoasă atipică.
 - B. Encefalita reumatică.
 - C. Encefalita cauzată de zona Zoster.
 - D. Encefalita letargică (boala von Economo).
 - E. Encefalita rujeolică.

22. Combaterea edemului cerebral în faza acută a encefalitei herpetice se face prin administrare de:
- A. Anticonvulsive.
 - B. Diuretice osmotice.
 - C. Aciclovir.
 - D. Corticosteroizi.
 - E. Desensibilizante.
23. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la etiologia și detaliile epidemiologice ale encefalitei gripale:
- A. Boala este provocată, de cele mai multe ori, de virusurile gripale A, B și asiatic.
 - B. Are caracter sezonier (în perioada epidemiilor de gripă).
 - C. Atacă mai ales copilul mic, între 6 luni și 5 ani.
 - D. Pot fi afectați și adulții.
 - E. Proporția femeii/bărbați este de aproximativ 2:1.
24. Indicați formele de focar ale encefalitei gripale:
- A. Medulară.
 - B. Bulbară.
 - C. Cochleovestibulară.
 - D. Mezodiencefalică.
 - E. Pontină.
25. În cazurile dificile de diagnostic în encefalita gripală, o importanță decisivă au:
- A. Examenul serologic.
 - B. Examenul virusologic.
 - C. Examenul prin CT cerebrală.
 - D. Examenul prin rezonanță magnetică cerebrală.
 - E. Examenul prin tomografie prin emisie de pozitroni.
26. Encefalita reumatică survine sporadic, îndeosebi în perioadele:
- A. Martie–aprilie.
 - B. Noiembrie–decembrie.
 - C. Ianuarie–februarie.
 - D. Septembrie–octombrie.
 - E. Mai–iunie.
27. Sindroamele clinice cardinale ale encefalitei reumatice sunt:
- A. Delirul.
 - B. Somnolența sau insomnia.
 - C. Mișcările coreice.
 - D. Hipotonia musculară.
 - E. Labilitatea emoțională.
28. Indicați tehnicile clinice elaborate pentru a diferenția mișcările coreice de hiperkineziile funcționale:
- A. Semnul indicelui Kreindler.
 - B. Semnul pronator Willson.
 - C. Examinatorul discută cu copilul, sprijinindu-se pe mâinile lui.
 - D. Probe de forță continuă egală.
 - E. Fenomenul Gordon.

29. Au fost descrise următoarele forme clinice ale encefalitei reumatice:
 - A. Obişnuită, generalizată.
 - B. Hemicoree.
 - C. Cu predominanță mintală.
 - D. Coree gravidică.
 - E. Coree juvenilă.
30. Analiza generală a sângelui în encefalita reumatică poate prezenta:
 - A. O anemie.
 - B. O leucocitoză ușoară.
 - C. Viteză de sedimentare a hematiilor (VSH) crescută.
 - D. Limfocitoză.
 - E. Eozinofilie relativă.
31. Indicați semnele morfopatologice ale encefalitei rujeolice.
 - A. Hemoragii parenchimotoase-meningiene.
 - B. Edemațierea pereților vaselor cerebrale.
 - C. Vacuolizarea și omogenizarea celulelor nervoase.
 - D. Demielinizarea diseminată, hemoragii, flebotromboze ale venelor și sinusurilor cerebrale.
 - E. Leziuni acute ale celulelor din cortexul cerebral.
32. Alături, simptomatologia neurologică a encefalitei rujeolice ia aspect de:
 - A. Pareze, plegii.
 - B. Hiperkinezie.
 - C. Afectare a perechilor de nervi cranieni II, III, VII.
 - D. Tulburări conductive ale sensibilității, tulburări sfinteriene.
 - E. Sindrom extrapiramidal.
33. Indicați formele de focar ale encefalitei rubeolice:
 - A. Hipokinetică.
 - B. Hiperkinetică.
 - C. Paralitică.
 - D. Bazală.
 - E. Ataxică.
34. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la etiopatogenia și epidemiologia encefalitei variceloase:
 - A. Este o encefalită primară.
 - B. Survine cu o incidență de 15–20%.
 - C. Incubația este de 3–8 zile de la constituirea erupției cutanate.
 - D. Reprezintă o reacție infecțioasă-alergică a țesutului cerebral.
 - E. Reprezintă o reacție vasculo-parenchimotoasă a țesutului cerebral.
35. La baza mecanismului patogenetic al reacției encefalice stau:
 - A. Tulburările hemolicevrodinamice.
 - B. Reacția inflamatorie hiperergică a meningelor.
 - C. Hipoxia.
 - D. Demielinizarea inflamatorie a sistemului nervos central.
 - E. Reacția neadecvată a sistemului imun la o agresiune infecțioasă sau toxică.

36. Acidoza metabolică cerebrală provoacă:
- A. Denaturarea structurilor proteice.
 - B. Creșterea permeabilității membranelor cerebrale.
 - C. Pătrunderea fără piedică a ionilor de sodiu în celulă.
 - D. Vacuolizarea și omogenizarea celulelor nervoase.
 - E. Infiltrația neurogliei cu neutrofile și limfocite.
37. Accesele convulsive în reacția encefalică sunt precedate de:
- A. Neliniște generală.
 - B. Cutremurări.
 - C. Tremor.
 - D. Secuze musculare.
 - E. Reducerea reflexelor osteotendinoase.
38. Examenul clinic al bolnavului în stare de rău epileptic urmărește scopul de a stabili:
- A. Maladiile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.
 - B. Faza de evoluție a maladiei.
 - C. Caracterul convulsiei.
 - D. Gradul de tulburare a conștiinței.
 - E. Existența unei eventuale simptomatologii trunculare.
39. Răspândirea edemului spre etajele superioare ale trunchiului cerebral se manifestă prin:
- A. Convulsii de decerebrare.
 - B. Strabism convergent.
 - C. Strabism divergent.
 - D. Nistagmus vertical spontan.
 - E. Nistagmus orizontal cu componentă rotatorie.
40. Sindromul de decerebrare la copilul de vârstă fragedă se manifestă prin:
- A. Reacție minimală la excitații externe.
 - B. Dispariția abilităților preexistente de vorbire.
 - C. Dispariția abilităților preexistente de motilitate voluntară.
 - D. Dispariția reflexelor automatismului oral.
 - E. Instalarea reflexelor labirintice tonice.
41. Tratamentul complex al reacției encefalice include:
- A. Antimicotice.
 - B. medicație etiologică.
 - C. Antibiotice de spectru larg.
 - D. Diuretice osmotice.
 - E. Plasmă sau albumină.
42. Indicați manifestările tipice pentru faza acută a encefalitei epidemice:
- A. Sindromul convulsiv.
 - B. Febra.
 - C. Agitația psihomotorie.
 - D. Tulburările funcției hipnice.
 - E. Paralizii oculare.

43. Indicați formele clinice posibile în varianta clasică de evoluție a encefalitei letargice:
- A. Forma delirioasă.
 - B. Forma comițială.
 - C. Forma somnolentă-oftalmoplegică.
 - D. Forma hiperkinetică.
 - E. Forma akinetică.
44. Surse de virus natural al encefalitei de căpușe din Europa Centrală sunt:
- A. Diverse rozătoare.
 - B. Pisicile.
 - C. Câinii.
 - D. Păsările.
 - E. Reptilele.
45. Indicați fazele evoluției encefalitei de căpușe din Europa Centrală:
- A. Faza de viremie (aspect „gripal”).
 - B. Faza de localizare pe sistemul nervos central, cu aspect de encefalită acută sau encefalomielită.
 - C. Faza cronică.
 - D. Faza de convalescență.
 - E. Faza sechelară.
46. Diagnosticul de encefalită de căpușe din Europa Centrală se suspectează și se precizează în baza:
- A. Datelor clinice.
 - B. Datelor epidemiologice.
 - C. Examenelor bacteriologice.
 - D. Examenelor serologice.
 - E. Eliminării altor factori etiologici.
47. Indicați elementele auxiliare în diagnosticul pozitiv al encefalitei de căpușe din Europa Centrală:
- A. Zonele cu epidemii de encefalită.
 - B. Înregistrarea unui număr sporit de cazuri de parkinsonism.
 - C. Călătorii în zone cu epidemii de encefalită.
 - D. Pierirea în masă a păsărilor și rozătoarelor sălbatice.
 - E. Înțepături de căpușe.
48. Caracteristicile lichidului cefalorahidian în encefalita de căpușe din Europa Centrală sunt următoarele:
- A. Este clar sau ușor opalescent.
 - B. Este tulbure, de culoare galben-verzuie.
 - C. Conține câteva zeci/sute de limfocite/mm³.
 - D. Proteinozahia este moderat crescută.
 - E. Glicorahia este moderat redusă.
49. La necesitate, în caz de obstruare a căilor respiratorii, în encefalita de căpușe din Europa Centrală se recurge la:
- A. Administrarea mucoliticelor.
 - B. Administrarea vitaminelor B (B₁, B₁₂ și B₆) în doze mari.

- C. Aspirarea secrețiilor.
 - D. Traheostomie.
 - E. Respirație asistată.
50. Poliomiелita acută anterioară rămâne actuală pentru țările:
- A. Americii de Nord.
 - B. Cu decădere economică.
 - C. Scandinave.
 - D. Africii.
 - E. Asiei.
51. Virusul poliomiелitei se transmite pe cale:
- A. Fecal-orală.
 - B. Parenterală.
 - C. Sexuală.
 - D. Aerogenă.
 - E. Habituală.
52. Poarta de intrare a virusului poliomiелitic în organism este:
- A. Mucoasa globilor oculari.
 - B. Orofaringele.
 - C. Tractul gastrointestinal.
 - D. Mucoasa organelor genitale.
 - E. Defectele de pe suprafața tegumentelor corpului.
53. Virusul poliomiелitic se multiplică în:
- A. Ganglionii paravertebrali.
 - B. Celulele epiteliale ale intestinului.
 - C. Țesutul limfatic al faringelui.
 - D. Țesutul limfatic al intestinului.
 - E. Celulele nervoase (mai ales în neuronii motorii).
54. Indicați stadiile patogeniei poliomiелitei acute anterioare:
- A. Stadiul tonsilitei.
 - B. Stadiul nevralic.
 - C. Stadiul intestinal.
 - D. Stadiul de viremie (apare atunci când apărarea locală și cea limfatică intestinală sunt depășite).
 - E. Stadiul de invazie a sistemului nervos central.
55. În funcție de localizarea parezelor și paraliziiilor, în stadiul paraliic al poliomiелitei acute anterioare se disting următoarele forme clinice:
- A. Spinală.
 - B. Bulbară.
 - C. Pontină.
 - D. Mixtă.
 - E. Corticală.
56. Izolarea virusului poliomiелitic se face din:
- A. Spăături nazofaringiene.
 - B. Fecale.

- C. Lichidul cefalorahidian.
 - D. Spută.
 - E. Țesutul nervos (la necropsie).
57. În majoritatea cazurilor, afectarea învelișului dur cerebral în bolile infecțioase are loc din cauza ascensiunii infecției din:
- A. Cavitatea bucală.
 - B. Sinusurile paranazale.
 - C. Oasele craniului.
 - D. Sistemul mandibulodentar.
 - E. Oasele tubulare mari.
58. Alegeți entitățile nozologice care se referă la afecțiunile infecțioase ale *durei mater*:
- A. Abcesul epidural.
 - B. Empiemul subdural.
 - C. Arahnoidita cerebrală.
 - D. Abcesul intraparenchimos.
 - E. Infiltrația purulentă a Țesuturilor moi ale craniului.
59. Afecțiunile urechii medii, de cele mai multe ori, cauzează apariția arahnoiditelor:
- A. Fosei craniene anterioare.
 - B. Fosei craniene medii.
 - C. Unghiului pontocerebelos.
 - D. Fosei cerebrale posterioare.
 - E. Cistemei craniene mari.
60. Procesele patologice ale cavității nazale și ale sinusurilor paranazale contribuie la apariția arahnoiditelor:
- A. Bazale.
 - B. Fosei craniene anterioare.
 - C. Fosei craniene medii.
 - D. Unghiului ponto-cerebelos.
 - E. Fosei craniene posterioare.
61. În patogenia arahnoiditelor cerebrale joacă un rol important:
- A. Reacția inflamatorie hiperergică a meningelor.
 - B. Tulburările locale de circulație sanguină la nivel de tunici cerebrale și spațiu subarahnoidian.
 - C. Tulburările locale de circulație lichidiană la nivel de tunici cerebrale și spațiu subarahnoidian.
 - D. Procesele alergice.
 - E. Procesele de hipersensibilitate imună.
62. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la modificările morfopatologice depistate în arahnoidite:
- A. Învelișul păienjenos devine dens, de culoare gri-deschis.
 - B. Între arahnoidă și învelișul moale, pe de o parte, și cel dur, pe de altă parte, se formează adeziuni.
 - C. Procesul proliferativ conduce la formarea chisturilor arahnoidiene cu conținut de lichid cefalorahidian.

- D. Adeziunile și chisturile exercită acțiune compresivă asupra sectoarelor din vecinătate, provocând tulburări de circulație sanguină și lichidiană.
- E. Procesul patologic afectează deosebit de semnificativ substanța neagră și regiunea nucleilor oculomotorii din calota creierului mijlociu.
63. Lichidul cefalorahidian în arahnoiditele cerebrale:
- A. La puncție lombară se scurge sub presiune crescută.
 - B. La examenul de laborator întotdeauna denotă modificări patologice.
 - C. Are o componență de obicei normală.
 - D. La examenul de laborator denotă o ușoară creștere a conținutului de proteine.
 - E. La examenul de laborator denotă o ușoară creștere a numărului de celule.
64. În arahnoiditele cerebrale convexitale se evidențiază:
- A. Tulburările de hemitip cortical al sensibilității.
 - B. Tulburările de monotip cortical al sensibilității.
 - C. Accesele jacksoniene senzitive.
 - D. Accesele jacksoniene motorii.
 - E. Semnele meningeale negative.
65. Indicați modificările câmpului vizual posibile în arahnoiditele cerebrale optico-chiasmale:
- A. Îngustare concentrică.
 - B. Scotom central.
 - C. Hemianopsie heteronimă bitemporală.
 - D. Hemianopsie heteronimă binazală.
 - E. Hemianopsie omonimă stângă sau dreaptă.
66. Procesul patologic în arahnoiditele cerebrale optico-chiasmale poate să se manifeste prin:
- A. Atingerea funcțiilor nervului oculomotor comun.
 - B. Tulburări de hemi- sau monotip cortical al sensibilității.
 - C. Atingerea funcțiilor nervului olfactiv.
 - D. Atingerea căilor piramidale.
 - E. Accese jacksoniene senzitive și/sau motorii.
67. Tratatamentul chirurgical al chisturilor arahnoidiene cu efect de masă se face în cazul:
- A. Evoluției negative a cefaleei.
 - B. Sindromului epileptic rebel la terapie anticonvulsivă.
 - C. Hidrocefaliei ocluzante.
 - D. Manifestărilor de focar în evoluție progresivă.
 - E. Vomelor persistente.
68. Localizarea de elecție a arahnoiditelor spinale este:
- A. Joncțiunea cranio-spinală.
 - B. Regiunea cervicală.
 - C. Regiunea toracică.
 - D. Regiunea lombară.
 - E. *Cauda equina*.

69. Indicați fazele evoluției clinice a neurinomului intrarahidian intradural dorsal:
- A. Faza manifestărilor generale.
 - B. Faza manifestărilor de focar.
 - C. Faza manifestărilor de tip radicular.
 - D. Faza sindromului Brown-Séquard.
 - E. Faza lezării medulare transverse totale.
70. Indicați examenele neuroimagistice care contribuie în mod decisiv la stabilirea diagnosticului de arahnoidită spinală:
- A. Spondilografia.
 - B. Epidurografia.
 - C. Mielografia.
 - D. Tomografia computerizată.
 - E. Rezonanța magnetică nucleară.
71. Diagnosticul diferențial al arahnoiditelor spinale se face cu:
- A. Tumorile cerebrale.
 - B. Forma spinală a sclerozei multiple.
 - C. Siringomielia.
 - D. Mielopatia vasculară cronică.
 - E. Hematomielia.
72. În funcție de criteriul patogenetic, mielitele sunt:
- A. Parainfecțioase.
 - B. Postinfecțioase.
 - C. Primare.
 - D. Secundare.
 - E. *Per continuum*.
73. Indicați stările după care se poate instala mielita secundară:
- A. Anghine.
 - B. Pneumonii.
 - C. Gripă.
 - D. Traumatism craniocerebral.
 - E. Vaccinare antirabică.
74. Virusul și toxinele lui pătrund în măduva spinării, producând mielita, pe cale:
- A. Iatrogenă (punție lombară, infiltrații epidurale, perfuzii intravenoase).
 - B. De migrare axonoplasmatică.
 - C. Hematogenă.
 - D. Limfogenă.
 - E. Prin spațiile perineurale.
75. Drept factori favorizanți în patogenia mielitei pot servi:
- A. Suprarăcirea.
 - B. Intoxicațiile.
 - C. Supraefortul fizic.
 - D. Supraefortul psihoemoțional.
 - E. Traumatismul vertebro-medular.

76. Procesul patologic în mielite se poate localiza la nivel medular:
- A. Cervical.
 - B. Toracic.
 - C. Lombosacrat.
 - D. Bulbar.
 - E. Pontin.
77. Indicați simptomele caracteristice tabloului clinic al mielitei:
- A. Vertijul.
 - B. Tetra- sau paraplegia/pareza.
 - C. Tulburarea conductivă (paraplegică) a tuturor felurilor de sensibilitate.
 - D. Tulburări ale funcțiilor sfincteriene.
 - E. Dereglările vegetative-trofice.
78. În funcție de evoluție, mielitele se divizează în:
- A. Fulminante.
 - B. Subacute.
 - C. Fruste.
 - D. Cronice.
 - E. Staționare.
79. Care dintre examinările electrofiziologice enumerate mai jos pot fi utile în stabilirea diagnosticului de suferință medulară, precum și a prognosticului evoluției mielitei acute:
- A. Examenul EMG cu electrod coaxial.
 - B. Electroneurografia.
 - C. Potențialele evocate motorii.
 - D. Potențialele evocate auditive.
 - E. Potențialele evocate somatosenzoriale.
80. Profilaxia mielitei acute presupune:
- A. Vaccinarea.
 - B. Administrarea gama-globulinei.
 - C. Administrarea antibioticelor.
 - D. Combaterea și sanarea focarelor de infecții.
 - E. Măsurile de călire și fortificare generală a organismului uman.
81. Neurosifilisul, în raport cu axa timpului, se clasifică în:
- A. Primar.
 - B. Secundar.
 - C. Terțiar.
 - D. Precoce.
 - E. Tardiv.
82. Tabesul dorsal în varianta clasică parcurge următoarele faze de evoluție:
- A. Asimptomatică.
 - B. Nevralgică.
 - C. Atactică.
 - D. Paralitică.
 - E. Vindecare spontană.

83. Indicați modificările pupilare care se pot observa deja în prima fază de evoluție a tabesului dorsal:
- A. Mioza paralică.
 - B. Semnul Argyll Robertson.
 - C. Midriaza paralică.
 - D. Pupila crenelată.
 - E. Anizocoria.
84. În faza nevralgică a tabesului dorsal pot fi afectați nervii cranieni:
- A. Optic.
 - B. Oculomotor comun.
 - C. Trohlear.
 - D. Auditiv.
 - E. Hipoglos.
85. Virusul imunodeficienței umane are tropism pentru următoarele tipuri de celule:
- A. Macrofag-monocit (în sistemul nervos central omologul lor este microglia).
 - B. Limfocite T helper.
 - C. Limfocite T killer.
 - D. Macroglie.
 - E. Oligodendrocite.
86. Manifestările rare la pacienții seropozitivi în infecția HIV includ:
- A. Sindromul Guillain-Barré.
 - B. Angeita cerebrală.
 - C. Rabdomioliza acută.
 - D. Dissomnia.
 - E. Amiotrofia nevralgică.
87. Studiul electrofiziologic în polineuropatia demielinizantă inflamatorie cronică depistează:
- A. Creșterea latenței motorii distale.
 - B. Diminuarea amplitudinii răspunsului motor la stimulare distală.
 - C. Bloc de conducere.
 - D. Denervare-reinervare cronică.
 - E. Încetinirea vitezei de conducere.
88. Polineuropatia demielinizantă inflamatorie cronică din cadrul infecției HIV/SIDA poate să se amelioreze spontan, efectul curativ atribuindu-se:
- A. Plasmaferezei.
 - B. Iradierii sângelui cu raze ultraviolete.
 - C. Hemosorbției.
 - D. Perfuziilor de plasmă proaspăt congelată.
 - E. Injecțiilor intravenoase de gama-globulină.
89. Sistemul nervos este afectat în toxoplasmoză în următoarele moduri:
- A. Diseminarea toxoplasmei în cadrul infecției generalizate.
 - B. Ca o manifestare de hipersensibilizare la ruperea chisturilor.
 - C. Ca o recădere infecțioasă.
 - D. Afectarea limfocitelor CD4+.
 - E. Infiltrație inflamatorie cu limfocite CD8.

90. Pentru toxoplasmoza congenitală a fost descrisă tetrada diagnostică Sabin, compusă din:
- A. Ataxie.
 - B. Sindrom convulsiv.
 - C. Corioretinită.
 - D. Hidrocefalie.
 - E. Calcificări cerebrale.
91. Diagnosticul de toxoplasmoză se bazează pe:
- A. Depistarea semnelor de toxoplasmoză generalizată (febră, limfadenopatii, hepatosplenomegalie).
 - B. Teste serologice.
 - C. Izolarea parazitului prin inoculare la șoarece a lichidului cefalorahidian extras de la boînav.
 - D. Diagnosticul histologic, în special din biopsia musculară.
 - E. Examenul electromiografic.
92. Tratamentul toxoplasmozei se face cu:
- A. Penicilină G.
 - B. Tetraciclină.
 - C. Pirimetamină.
 - D. Sulfadiazină.
 - E. Eritromicină.
93. Maladia Lyme este o zooantroponoză, sursele căreia sunt:
- A. Rozătoarele.
 - B. Căprioarele.
 - C. Furnicile.
 - D. Căinii.
 - E. Pisicile.
94. Cele mai afectate organe și sisteme în maladia Lyme sunt:
- A. Pielea.
 - B. Sistemul gastrointestinal.
 - C. Sistemul nervos.
 - D. Articulațiile.
 - E. Cordul.
95. În varianta „clasică” de evoluție a neuroboreliozei poate fi observat următorul lanț de evenimente:
- A. Plimbare în parc sau pădure.
 - B. Mușcătură de căpușă.
 - C. Eritem migrator.
 - D. Semne de intoxicație generală.
 - E. Manifestări neurologice.
96. Indicați părțile corpului afectate de eritemul migrator în maladia Lyme:
- A. Fața.
 - B. Abdomenul.
 - C. Regiunea axilară.
 - D. Coapsele.
 - E. Regiunea inghinală.

97. Sindromul Garin-Boujadoux-Bannwarth din borelioza precoce include:
- A. Meningita septică.
 - B. Meningita limfocitară.
 - C. Radiculonevrita.
 - D. Encefalita.
 - E. Neuropatia craniană.
98. Semnele generale în encefalita borelică sunt:
- A. Lipsa dorinței de a dormi.
 - B. Labilitatea emoțională.
 - C. Dereglările memoriei.
 - D. Dereglările de concentrație.
 - E. Dereglările de comportament.
99. Afectarea în focar a parenchimului encefalului în encefalita borelică se manifestă prin:
- A. Cefalee.
 - B. Ataxie.
 - C. Tulburări sfîcteriene de tip central.
 - D. Para- sau tetrapareză spastică.
 - E. Diminuarea/pierderea neurosenzorială a auzului.
100. Indicați grupele de antibiotice care pot fi folosite în tratamentul neuroboreliozei:
- A. Macrolide.
 - B. Osmotice.
 - C. Peniciline semisintetice.
 - D. Cefalosporine de generația II.
 - E. Cefalosporine de generația III.
101. Profilaxia infectării cu *Borrelia burgdorferi* prevede:
- A. Luarea măsurilor de prevenire a mușcăturilor de căpușă.
 - B. Folosirea repelentului antiacarian.
 - C. Administrarea profilactică a antibioticelor în caz de mușcătură de căpușă.
 - D. Utilizarea vaccinului antiborelic.
 - E. Luarea măsurilor sanitare de nimicire a ixodelor în zonele naturale de viațuire a lor.
102. Indicați caracteristicile etiopatogenice ale brucelozei:
- A. Brucelele sunt microorganisme grampozitive.
 - B. Brucelele sunt anaerobi obligați.
 - C. Bruceloza face parte din zoonoze, omul infectându-se predominant pe cale alimentară – prin lapte și produse lactate.
 - D. Rolul principal în aspect epidemiologic în bruceloză le revine bovinelor.
 - E. Boala are un caracter sezonier – în perioada lunilor martie-mai.
103. *Brucella* este susceptibilă la:
- A. Streptomycină.
 - B. Trimetoprim.
 - C. Sulfamethoxazol.
 - D. Tetraciline.
 - E. Diazepam.

104. În Moldova, cele mai frecvente parazitoze ale sistemului nervos sunt:
- A. Echinococoza.
 - B. Cisticercoza.
 - C. Paragonimiaza.
 - D. Ascaridoza.
 - E. Trichinoza.
105. Dintre parazitozele sistemului nervos cu distribuție geografică difuză sunt extrem de rare:
- A. Schistostomiaza.
 - B. Toxocaroză.
 - C. Paragonimiaza.
 - D. Toxoplasmoza.
 - E. Trichinoza.
106. Care sunt cele mai dese localizări ale hidatiozei la om?
- A. Hepatică.
 - B. Pulmonară.
 - C. Cerebrală.
 - D. Renală.
 - E. Gastrointestinală.
107. Care sunt consecințele dezvoltării chistului hidatic asupra parenchimului cerebral?
- A. Țesutul cerebral suferă o deplasare continuă datorită creșterii chistului.
 - B. Substanța cerebrală suferă efectul compresiunii și al ischemiei consecutive.
 - C. Ventriculele cerebrale se deplasează.
 - D. Căile de circulație a lichidului cefalorahidian se blochează, producând fenomene de hipertensiune intracraniană.
 - E. Vor apărea semne cerebeloase discrete uni- sau bilaterale.
108. Semnele clinice ale cisticercozei sistemului nervos depind de:
- A. Numărul paraziților din creier.
 - B. Localizarea paraziților.
 - C. Faza biologică a cisticercului (viu, mort).
 - D. Complicațiile produse în creier (edem cerebral, arahnoidită,ependimită).
 - E. Starea sistemului imun al organismului-gazdă.
109. Din punct de vedere clinic, cisticercoza cerebrală se manifestă prin următoarele sindroame:
- A. Hipertensiune intracraniană.
 - B. Crize de epilepsie.
 - C. Radicular.
 - D. Psihic.
 - E. De localizare.
110. Formele clinice de cisticercoză a sistemului nervos, în funcție de localizare, pot fi:
- A. Medulare.
 - B. Emisferice.
 - C. Ventriculare.
 - D. Bazale.
 - E. Generalizate (difuze).

111. Examenul lichidului cefalorahidian în cisticercoza sistemului nervos arată:
- Limfocitoză.
 - Eozinofilie.
 - Hiperalbuminorahie.
 - Hiperglicorahie.
 - Scăderea clorurilor.
112. Tabloul clinic al paragonimiazei comportă următoarele faze clinice de evoluție:
- Infecțare pe cale orală.
 - Invazie.
 - Diseminare hematogenă.
 - Hipertensiune intracraniană.
 - Tardivă sechelară.
113. În paragonimiază se deosebesc următoarele forme clinice:
- Forma pseudovasculară ictală cu tabloul unei embolii din stadiul inițial.
 - Forma polinevritică.
 - Forma de hipertensiune intracraniană cu sau fără semne de focar.
 - Forma epileptică de tip psihoorganic.
 - Forme mixte.
114. Evoluția paragonimiazei este:
- Staționară.
 - Progresivă.
 - Cronică, întreruptă de remisiuni cu durată variabilă.
 - Benignă.
 - Cu prognostic grav.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați denumirile bolilor infecțioase ale sistemului nervos cu substratul anatomic lezat:

Substratul anatomic:	Denumirea afecțiunii:
a. Sistemul nervos periferic somatic.	1. Panencefalită.
b. Meningele spinal și/sau cerebral.	2. Leucoencefalită.
c. Parenchimul cerebral.	3. Polioencefalită.
	4. Mononevrită.
	5. Multinevrită.
	6. Polinevrită.
	7. Plexită.
	8. Radiculită.
	9. Leptomeningită.
	10. Arahnoidită.
	11. Pachimeningită.

2. Asociați cifrele cu literele:

- | | |
|------------------------|--|
| a. Semne meningiene. | 1. Lessaj. |
| b. Semne de elongație. | 2. Lasegue. |
| | 3. Brudzinski superior, mediu, inferior. |
| | 4. Neri. |
| | 5. Redoarea cefei. |
| | 6. Wassermann. |
| | 7. Kernig. |
| | 8. Turin. |
| | 9. Weiss-Edelman. |
| | 10. Mendel. |

3. Asociați:

- | | |
|---------------------|-----------------------------------|
| a. Coreea Sydenham. | 1. Facies inexpressiv. |
| b. Boala Parkinson. | 2. Grimase bizare și grotești. |
| | 3. Vorbire explozivă. |
| | 4. Lentoare în vorbire. |
| | 5. Rigiditate musculară. |
| | 6. Mers „săltător” sau „dansant”. |

4. Asociați literele cu cifrele:

- | | |
|------------------------|---|
| a. Reacția encefalică. | 1. Este de scurtă durată și aproape întotdeauna se termină cu bine. |
| b. Epilepsie. | 2. Accese precedente (generalizate și absențe). |
| | 3. Accesele epileptice din primele ore ale stării de rău epileptic se desfășoară după un scenariu unic. |
| | 4. Convulsiile nu respectă un stereotip oarecare și se manifestă în apogeul hipertermiei. |
| | 5. Acidoză metabolică. |
| | 6. Alcaloză metabolică. |
| | 7. Traseul EEG poartă un caracter nespecific. |
| | 8. Traseul EEG denotă activitate paroxistică de focar. |
| | 9. Examenenele neuroimagistice denotă modificări de focar. |
| | 10. Examenenele neuroimagistice denotă modificări de tipul tumefierii cerebrale. |

5. Asociați semnele clinice cu suferința în care au fost descrise:

- | | |
|--|--|
| Maladia: | Manifestările clinice: |
| a. Encefalita reumatică. | 1. „Furtună motorie”. |
| b. Stadiul preparalitic al poliomielitei acute anterioare. | 2. Semne clinice de „coloratură nervoasă”. |
| | 3. „Inerția cefei”. |
| | 4. Semnul indicelui Kreindler. |
| | 5. Semnul pronator Willson. |
| | 6. Semnul de migrație a ombilicului. |
| | 7. Probe de forță continuă egală. |
| | 8. Semnul sărutului. |
| | 9. Semnul trepidului. |
| | 10. Fenomenul Gordon. |

6. Asociați formele clinice cu perioada de evoluție a neurosifilisului:

Neurosifilis:

- a. Precoce.
- b. Tardiv.

Forma clinică:

- 1. Neurosifilis meningovascular.
- 2. Tabes dorsalis.
- 3. Meningită asimptomatică precoce.
- 4. Meningoencefalită.
- 5. Meningomieliță.
- 6. Meningită asimptomatică tardivă.
- 7. Paralizie generală progresivă.
- 8. Mononevrită.
- 9. Polinevrită.
- 10. Afectare gumoasă a encefalului.
- 11. Afectare gumoasă a măduvei spinale.

7. Asociați bolile determinate direct cu virusul HIV cu cele determinate de infecții oportuniste în cadrul infecției SIDA:

- a. Boli determinate direct cu virusul HIV.

- b. SIDA cu infecții oportuniste.

- 1. Leucoencefalita multifocală progresivă.
- 2. Sifilisul.
- 3. Alte infecții virale (virusul varicelozosterian, virusul herpesului simplu tip 1 și 2).
- 4. Infecții cu micobacterii atipice.
- 5. Infecția cu *Cryptococcus neoformans*.
- 6. Toxoplasmoza.
- 7. Complexul cognitiv-motor.
- 8. Mielopatia HIV.
- 9. Neuropatia HIV.
- 10. Miopatia cauzată de SIDA.

8. Asociați:

- a. Metode de laborator directe de detectare a spirochetelor în maladia Lyme.

- b. Metode de laborator indirecte de detectare a spirochetelor în maladia Lyme.

- 1. Tehnica *Western-blot*.
- 2. Testul imunoenzimatic (ELISA).
- 3. Izolarea directă din piele, sânge, lichid sinovial.
- 4. Reacția de polimerizare în lanț.
- 5. Reacția de imunofluorescență indirectă.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Sistemul nervos central posedă o anumită autonomie imună grație existenței barierei hematoencefalice.
2. Durata antibioterapiei în meningita meningococică depinde de starea pacientului și de viteza de sanare a lichidului cefalorahidian.
3. Deoarece infecția enterovirală este foarte contagioasă, meningitele enterovirale, de regulă, se manifestă sub formă de epidemii, mai frecvent la copii.
4. În primele două luni, chimioterapia de atac a meningitei tuberculoase trebuie să cuprindă trei sau patru medicamente antituberculoase, deoarece modificarea barierei hematoencefalice în stadiul activ al meningitei tuberculoase permite intrarea în cantitate suficientă a lor și distrugerea microorganismelor.
5. Isoniazidul inițiază insuficiența de piridoxină în organism, fapt pentru care este necesar a indica piridoxină câte 30 mg/24 de ore.
6. La maturi, encefalita herpetică este provocată de virusul herpesului simplu tip 2, iar la copii – de virusul herpesului simplu tip 1.
7. Rezonanța magnetică nucleară cerebrală este metoda neuroimagică de elecție în detectarea focarelor de encefalită, deoarece le depistează încă în faza de inflamație și edematiere, când la administrarea tratamentului e posibilă regresia completă a procesului patologic.
8. Debutul encefalitei reumatice este cu stare de neliniște motorie, cu neîndeplinire, irascibilitate, inatenție, randament intelectual scăzut; din acest motiv, copiii deseori suportă sancțiuni disciplinare atât din partea părinților, cât și a învățătorilor.
9. Forma delirioasă a reacției encefalice este proprie, de obicei, vârstei fragede a copilului, iar cea febrilă – vârstei mature.
10. Deși este greu de închipuit, nu este exclus ca epidemiile de encefalită letargică să mai survină.
11. Rata mortalității de encefalită de căpușe în Europa Centrală este înaltă (40–50%), iar sechelele postencefalitice sunt rare.

12. Leziunile în poliomielita acută anterioară sunt prezente nu numai în nevrax, ci și în alte organe (inimă, plămâni, ficat etc.).
13. De tratament medicamentos beneficiază în special arahnoiditele spinale adezi-ve, pe când cele chistoase se supun exclusiv intervențiilor neurochirurgicale.
14. Neuropatia craniană este o manifestare de suferință a sistemului nervos în bruceloză, deoarece, ca și în tuberculoză sau sarcoidoză, suferă predomi-nant baza encefalului.

RĂSPUNSURI

I.	II.	III.	IV.
1. C, p. 276.	1. B, C, D, p. 277.	1.	1. A, p. 277.
2. A, p. 277.	2. A, B, C, D, p. 277.	a. 4, 5, 6, 7, 8.	2. B, p. 279.
3. A, p. 277.	3. B, E, p. 277.	b. 9, 10, 11.	3. A, p. 280.
4. B, p. 278.	4. A, B, C, p. 278.	c. 1, 2, 3, p. 276.	4. A, p. 281.
5. B, p. 278.	5. A, C, E, p. 278.		5. A, p. 281.
6. C, p. 279.	6. B, C, p. 278.	2.	6. E, p. 282.
7. D, p. 280.	7. A, B, C, p. 279.	a. 1, 3, 5, 7, 9, 10,	7. B, p. 283.
8. D, p. 281.	8. A, B, D, E, p. 280.	p. 278.	8. A, p. 285.
9. A, p. 281.	9. B, D, E, p. 281.	b. 2, 4, 6, 8,	9. E, p. 289.
10. D, p. 282.	10. A, B, C, D, p. 281.	p. 219–220.	10. B, p. 293.
11. B, p. 283.	11. A, B, p. 281–282.		11. D, p. 294.
12. E, p. 283.	12. A, B, D, E, p. 282.	3.	12. B, p. 296.
13. C, p. 284.	13. B, C, D, E, p. 282.	a. 2, 3, 6, p. 285.	13. B, p. 304.
14. D, p. 284.	14. A, C, E, p. 282.	b. 1, 4, 5,	14. A, p. 304.
15. A, p. 284.	15. D, E, p. 282.	p. 485–486.	
16. C, p. 284.	16. B, C, D, p. 282.	4.	
17. B, p. 285.	17. A, B, C, D, p. 282.	a. 1, 4, 5, 7, 10,	
18. D, p. 286.	18. A, B, p. 282.	p. 291–292.	
19. B, p. 286.	19. A, B, D, E, p. 282.	b. 2, 3, 6, 8, 9,	
20. B, p. 286.	20. B, C, D, E, p. 282–283.	p. 291–292.	
21. A, p. 286.	21. A, C, p. 283.		
22. E, p. 286.	22. B, D, p. 283.	5.	
23. D, p. 287.	23. A, B, C, D, p. 284.	a. 1, 4, 5, 7, 10,	
24. A, p. 287.	24. B, C, D, p. 284.	p. 285, 286.	
25. C, p. 288.	25. A, B, p. 284.	b. 2, 3, 6, 8, 9,	
26. B, p. 288.	26. A, B, p. 284.	p. 297.	
27. C, p. 288.	27. C, D, E, p. 285.		
28. E, p. 289.	28. A, B, C, D, p. 285.	6.	
29. E, p. 289.	29. A, B, C, D, p. 286.	a. 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11,	
30. A, p. 290.	30. B, C, D, E, p. 286.	p. 307.	
31. B, p. 290.	31. B, D, p. 287.	b. 1, 2, 6, 7, p. 307.	
32. D, p. 291.	32. A, B, C, D, p. 287.		
33. A, p. 291.	33. B, C, E, p. 287.	7.	
34. D, p. 292.	34. C, D, E, p. 287.	a. 7, 8, 9, 10, p. 312.	
35. C, p. 292.	35. A, C, p. 289.	b. 1, 2, 3, 4, 5, 6,	
36. B, p. 293.	36. A, B, C, p. 289.	p. 312–313.	
37. B, p. 294.	37. A, B, C, D, p. 290.		
38. B, p. 294.	38. C, D, E, p. 290.	8.	
39. A, p. 295.	39. A, C, D, p. 290.	a. 3, 4, p. 317.	
40. A, p. 296.	40. A, B, C, E, p. 291.	b. 1, 2, 5, p. 317.	
41. A, p. 297.	41. B, C, D, E, p. 292.		
42. E, p. 299.	42. B, D, E, p. 293.		
43. A, p. 299.	43. C, D, E, p. 293.		
44. C, p. 300.	44. A, D, p. 294.		
45. E, p. 301.	45. A, B, p. 294.		

46. A, p. 301.
47. A, p. 302.
48. C, p. 302.
49. B, p. 302.
50. C, p. 303.
51. D, p. 303.
52. B, p. 305.
53. A, p. 306.
54. D, p. 307.
55. C, p. 307.
56. A, p. 307.
57. E, p. 308.
58. E, p. 308.
59. D, p. 308.
60. D, p. 309.
61. D, p. 309.
62. D, p. 313.
63. B, p. 313.
64. C, p. 315.
65. C, p. 315.
66. B, p. 316.
67. A, p. 316.
68. A, p. 316.
69. B, p. 316.
70. D, p. 317.
71. E, p. 317.
72. B, p. 318.
73. D, p. 318.
74. E, p. 318.
75. E, p. 319.
76. A, p. 319.
77. C, p. 319.
78. B, p. 320.
79. C, p. 320.
80. A, p. 321.
81. A, p. 323.
82. A, p. 323.
83. B, p. 323.
84. C, p. 324.
85. D, p. 325.
86. E, p. 325.
87. D, p. 325.
88. A, p. 326.
89. A, p. 326.
90. C, p. 326.
46. A, B, D, E, p. 294.
47. A, C, E, p. 294.
48. A, C, D, p. 294.
49. C, D, E, p. 295.
50. B, D, E, p. 295.
51. A, D, p. 296.
52. B, C, p. 296.
53. B, C, D, E, p. 296.
54. C, D, E, p. 296.
55. A, B, C, D, p. 297.
56. A, B, C, E, p. 298.
57. B, C, D, p. 300.
58. A, B, p. 300.
59. B, C, E, p. 301.
60. A, B, p. 301.
61. B, C, D, E, p. 301.
62. A, B, C, D, p. 301.
63. A, C, D, E, p. 302.
64. A, B, C, D, p. 302.
65. A, B, C, p. 302.
66. A, C, D, p. 302.
67. B, C, D, p. 303.
68. C, E, p. 303.
69. C, D, E, p. 304.
70. D, E, p. 304.
71. B, C, D, E, p. 304.
72. C, D, p. 304.
73. A, B, C, E, p. 304.
74. C, D, E, p. 304.
75. A, B, C, D, p. 305.
76. A, B, C, p. 305.
77. B, C, D, E, p. 305.
78. A, B, D, p. 305.
79. A, B, C, E, p. 306.
80. D, E, p. 307.
81. D, E, p. 307.
82. B, C, D, p. 308.
83. A, B, D, E, p. 308.
84. B, D, E, p. 309.
85. A, B, p. 310.
86. A, B, C, E, p. 311.
87. A, C, E, p. 311.
88. A, E, p. 311.
89. A, B, C, p. 313–314.
90. B, C, D, E, p. 314.
91. A, B, C, D, p. 314–315.
92. C, D, p. 315.
93. A, B, D, E, p. 315.

- 94. A, C, D, E, p. 315.
- 95. B, C, D, E, p. 315.
- 96. C, D, E, p. 315.
- 97. B, C, E, p. 316.
- 98. B, C, D, E, p. 316.
- 99. B, C, D, E, p. 316.
- 100. A, C, D, E, p. 317.
- 101. A, B, D, p. 318.
- 102. C, E, p. 318.
- 103. A, B, C, D, p. 319.
- 104. A, B, p. 319.
- 105. D, E, p. 319.
- 106. A, B, C, p. 319.
- 107. A, B, C, p. 320.
- 108. A, B, C, D, p. 322.
- 109. A, B, D, E, p. 322.
- 110. B, C, D, E, p. 323.
- 111. A, B, C, E, p. 324.
- 112. B, D, E, p. 326.
- 113. A, C, D, E, p. 326.
- 114. B, C, p. 326.

15. BOLILE DEMIELINIZANTE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Majoritatea pacienților care au suportat o encefalomielită acută diseminată supraviețuiesc, având ca urmare:
 - A. Vindecare completă.
 - B. Atacuri de panică frecvente.
 - C. Deficite neurologice persistente.
 - D. Anghină pectorală și sindrom neurastenic persistent.
 - E. Tulburări de ritm cardiac.
2. Statisticile arată că în circa 80% din cazuri nevrita optică evoluează spre:
 - A. Pierderea completă a vederii.
 - B. Încețoșarea vederii.
 - C. Encefalomielită acută diseminată.
 - D. Scleroză multiplă.
 - E. Hemoragie subarahnoidiană spontană.
3. Boala Devic se întâlnește în special la:
 - A. Latinoamericani.
 - B. Africani.
 - C. Australieni.
 - D. Japonezi.
 - E. Romi.
4. Indicați principala cauză a incapacității neurologice la persoanele de vârstă tânără:
 - A. Boala Devic.
 - B. Encefalomielita acută diseminată.
 - C. Scleroza multiplă.
 - D. Nevrita optică.
 - E. Ictusul ischemic cardioembolic.
5. Pentru prima dată a descris scleroza multiplă:
 - A. Charcot.
 - B. Babinski.
 - C. Marinescu.
 - D. Pavlov.
 - E. Friedreich.
6. De unde provine denumirea bolii *scleroză multiplă*?
 - A. Are loc o microangiopatie aterosclerotică difuză a sistemului nervos central.
 - B. Suferă memoria recentă a bolnavilor.
 - C. Are loc sclerozarea importantă a spațiilor perivasculare Virchow.
 - D. Se sclerozează căile conductoare motorii și senzitive din cadrul encefalului și măduvei spinării.
 - E. Are loc o cicatrizare (sclerozare) a ariilor de demielinizare în substanța albă a sistemului nervos central.

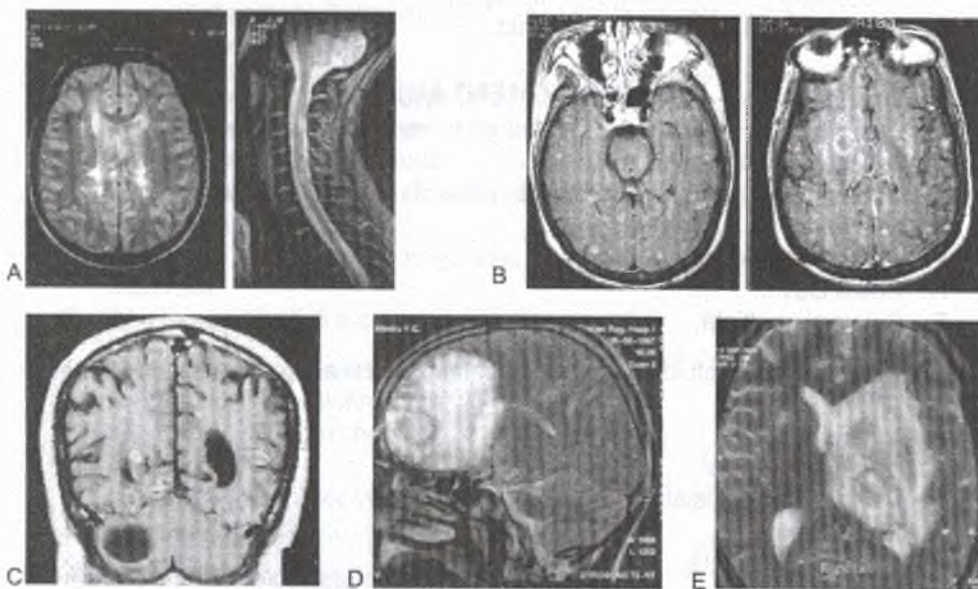
7. Frecvența medie a cazurilor de scleroză multiplă la 100 000 locuitori, după Kurtzke, este:
 - A. Peste 30.
 - B. Între 20 și 30.
 - C. Între 15 și 20.
 - D. Între 5 și 15.
 - E. Sub 5.
8. În Republica Moldova s-a înregistrat următorul indice de prevalență a cazurilor de scleroză multiplă la 100 000 de locuitori:
 - A. 8,6.
 - B. 6,3.
 - C. 6,5.
 - D. 7,5.
 - E. 9,9.
9. Alegeți descrierea corectă a semnelor Lhermitte:
 - A. Imposibilitatea flectării bărbiei spre piept, din cauza redorii occipitale.
 - B. Senzația de „descărcare electrică” la flectarea capului înainte.
 - C. Dureri violente la percuția apofizelor cervicale posterioare.
 - D. Poziția imobilă antalgică a capului.
 - E. Flectarea picioarelor în articulațiile coxofemorale și ale genunchilor la încercarea de a aduce bărbia la piept.
10. Primele simptome ale sclerozei multiple pot fi tulburările de sensibilitate, în special ale celei:
 - A. Algice.
 - B. Tactile.
 - C. Vibratorii.
 - D. Mioartrocinetice.
 - E. Stereognozice.
11. Oftalmofundoscopia la bolnavii cu scleroză multiplă arată:
 - A. O paliditate a jumătății nazale a papilei nervului optic.
 - B. Atrofia secundară a papilei nervului optic.
 - C. Leziuni vasculare și retiniene cu aspect variabil.
 - D. O decolorare a papilei în sectorul temporal.
 - E. O tromboză de venă centrală a retinei.
12. La examenul prin oftalmofundoscopie, edemul papilei nervului optic (edemul papilar) este rar întâlnit în cazul:
 - A. Unui proces intracranian înlocuitor de spațiu.
 - B. Creșterii presiunii intracraniene.
 - C. Accidentelor vasculare cerebrale însoțite de edem cerebral acut.
 - D. Leziunilor extinse ale ambelor radiații optice.
 - E. Unui proces inflamator.
13. Indicați medicamentele cel mai des folosite în tratarea episoadelor acute ale sclerozei multiple:
 - A. Corticosteroizii (metilprednisolonul).
 - B. Azatioprina (imuran, imurel).

- C. Copaxonul.
- D. Betaferoanele.
- E. Baclofenul.

14. În prezent, cel mai eficient remediu de tratare a puseelor de scleroză multiplă este:

- A. Puls-terapia cu 500–1000 mg/zi metilprednisolon.
- B. Plasmafereza.
- C. Oxigenarea hiperbarică.
- D. Transplantul de măduvă osoasă.
- E. Administrarea celulelor stem.

15. Alegeți imaginea cu rezonanță magnetică cerebrală sugestivă pentru un bolnav cu scleroză multiplă:



16. Indicați metoda terapeutică de la care se așteaptă rezultate deosebite în tratamentul sclerozei multiple:

- A. Tratamentul imunosupresiv.
- B. Plasmafereza.
- C. Tratamentul de desensibilizare.
- D. Transplantul de măduvă osoasă.
- E. Inginerie genetică.

17. Betaseronul se recomandă în tratamentul sclerozei multiple cu evoluție:

- A. În pusee.
- B. În pusee-progresivă.
- C. Progresivă.
- D. Cronică.
- E. Abortivă.

18. Indicați medicamentul cel mai eficace pentru reducerea tonusului muscular în scleroza multiplă:
- Betasercol.
 - Betaferonul.
 - Copaxonul.
 - Avonexul.
 - Baclofenul.
19. *Dantrolene sodium (Dantrium)* este utilizat în tratamentul tonusului muscular crescut la bolnavii cu scleroză multiplă atunci când:
- Pacientul nu are asigurare medicală (medicamentul este ieftin).
 - Medicul nu are experiență în tratamentul sclerozei multiple.
 - Prognosticul clinic-imagistic este rezervat.
 - Poate apărea dependența de diazepam.
 - Celelalte medicamente nu au efect.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

- Indicați maladiile demielinizante:
 - Encefalomielite acută diseminată.
 - Boala lacunară cerebrală.
 - Nevrita optică.
 - Boala Devic.
 - Scleroza multiplă.
- Printre agenții cauzali identificați ai encefalomielitei acute demielinizante se numără:
 - Virusul ECHO.
 - Virusurile herpes.
 - Virusul Cocksackie.
 - Mycoplasma.
 - Treponema palidă.
- Alegeți particularitățile fiziopatologice ale encefalomielitei acute demielinizante:
 - Demielinizarea inflamatorie a sistemului nervos central depinde de pătrunderea limfocitelor activate prin bariera hematoencefalică.
 - Pătrunderea limfocitelor activate prin bariera hematoencefalică favorizează contactul țesutului cerebral perivascular cu toți mediatorii imuni celulari.
 - Modificările microscopice sunt limitate inițial la infiltrația intensă perivenoasă cu celule mononucleate și la hemoragie.
 - În faza inițială nu apare demielinizare.
 - Are loc infiltrația parenchimului cerebral și a celui medular cu celule limfoide; se formează focare mari de necroză; are loc trombozarea venelor superficiale și profunde.
- Tabloul clinic al encefalomielitei acute diseminate este variabil și poate evalua sub formă de:
 - Mielită.
 - Encefalomielită.
 - Opticoencefalită.

- D. Opticoencefalopoliradiculonevrită.
 - E. Multinevrită craniană.
5. Debutează, de obicei, encefalomielite acută diseminată cu:
- A. Paraplegie și tulburări sfincteriene.
 - B. Fenomene catarale.
 - C. Indispoziție generală.
 - D. Cefalee.
 - E. Reacții vegetative și emoționale.
6. Lichidul cefalorahidian în encefalomielite acută diseminată conține:
- A. O cantitate diminuată de albumine.
 - B. Eozinofile.
 - C. Un amestec de polimorfonucleare și limfocite.
 - D. O cantitate crescută de proteine.
 - E. Eritrocite proaspete.
7. Rezonanța magnetică nucleară în encefalomielite acută diseminată arată:
- A. Modificări similare celor care apar în scleroza multiplă.
 - B. Multiple chisturi mici conturate pe fondal de hidrocefalie comunicantă.
 - C. Leziuni mai întinse și mai simetrice decât cele în scleroza multiplă, persistând o perioadă lungă.
 - D. Focare de inflamație și edemație, localizate predominant în lobul frontal al creierului.
 - E. Afectarea selectivă a cortexului frontal.
8. Pierderea tranzitorie a vederii poate apărea în:
- A. Nevrita optică demielinizantă.
 - B. Neuropatia optică ischemică.
 - C. Sarcoidoză.
 - D. Compresiunea căilor vizuale în porțiunea anterioară.
 - E. Nevroza isterică.
9. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la boala Devic:
- A. Are loc demielinizarea căilor auditive.
 - B. Morfopatologic, se manifestă prin demielinizare masivă și confluentă la nivelul căilor vizuale anterioare, asociată cu o demielinizare de egală severitate a măduvei spinale.
 - C. Demielinizările pot să apară simultan sau secvențial, indiferent de ordine, episoadele fiind la intervale de săptămâni sau luni.
 - D. Este cauzată de o infiltrație limfoidală de focar și hiperplazie a endoteliului arahnoidian bazal.
 - E. Se datorează unui proces chistos-adeziv pe suprafața convexului cerebral.
10. Morfologic, în scleroza multiplă au loc schimbări:
- A. Inițial, apar infiltrații limfomonocitare perivenulare în substanța albă a sistemului nervos central, caracteristică unui proces inflamator nespecific.
 - B. Dezintegrarea melinei pe arii diseminate, în substanța albă, de forme și dimensiuni diferite (demyelinizare).
 - C. Procesul începe prin apariția macrofagilor, care fagocitează mielina.

- D. Lezarea primară a axonilor sistemului nervos central, urmată de demielinizarea secundară.
 - E. Refacerea completă a arilor de demielinizare prin fagocitoză.
11. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la scleroza multiplă și sistemul imun:
- A. În cazul sclerozei multiple există o reacție neadecvată din partea sistemului imun.
 - B. Are loc creșterea conținutului de creatininkinază în ser.
 - C. Complexul major de histocompatibilitate este baza ce realizează nu determinanta genetică, ci doar susceptibilitatea la boală.
 - D. Inițial, are loc o reacție inflamatorie hiperergică a meningelor, care mai târziu se transformă în proces proliferativ de cicatrizare.
 - E. Suferă două tipuri de celule: linia macrofag-monocit și limfocitele T helper.
12. Selectați argumentele care pledează pentru originea virală a sclerozei multiple:
- A. Studiile epidemiologice au constatat existența unei lungi perioade de latență între expunerea subiectului la un presupus agent etiologic infecțios și debutul sclerozei multiple.
 - B. Observațiile clinice indică evoluția ondulantă a bolii.
 - C. Studiile anatomo-patologice demonstrează existența demielinizării cu conservarea inițială a axonilor.
 - D. Există unele boli virale experimentale, în care o lungă perioadă latentă de incubatie este însoțită de evoluția clinică cu remisiuni, recăderi și demielinizare, ca principal model anatomopatologic.
 - E. Studiile statistice (dublu-orbe, randomizate) demonstrează eficiența tratamentului cu medicație antivirală la bolnavii cu scleroză multiplă.
13. Tulburările principale de mișcare în ataxie sunt:
- A. Instabilitatea posturală.
 - B. Deficitul de coordonare a mișcării.
 - C. Tulburările de sensibilitate ce se încadrează într-un sindrom medular Brown-Sequard.
 - D. Articulația insuficientă.
 - E. Rezonanța nazală sau stridentă.
14. Tulburările neuropsihice din scleroza multiplă includ:
- A. Anxietate accentuată.
 - B. Stare depresivă.
 - C. Labilitate emotivă.
 - D. Euforie, uneori psihoze.
 - E. Chemări imperioase la micțiune.
15. Primele simptome ale sclerozei multiple se manifestă prin:
- A. Anosmie.
 - B. Nistagmus.
 - C. Tulburări de coordonare și de statică.
 - D. Simptome piramidale.
 - E. Tulburări de sensibilitate.
16. Indicați formele clinice tipice ale sclerozei multiple:
- A. Cerebrală.

- B. Spinală.
 - C. Cerebro-spinală.
 - D. Hepato-cerebrală.
 - E. Retrobulbară.
17. Indicați tipurile de evoluție a sclerozei multiple:
- A. În pusee (recurentă).
 - B. În pusee progresivă (secundar progresivă).
 - C. Progresivă (primar progresivă).
 - D. În regres (primar regresivă).
 - E. Monofazică (de tipul encefalomielitei acute diseminate).
18. Indicați sinonimele termenului *puseu*:
- A. Episod.
 - B. Estompare.
 - C. Atac.
 - D. Exacerbare.
 - E. Extensie.
19. După gradul de certitudine, distingem scleroză multiplă:
- A. Verificată prin autopsie.
 - B. Verificată prin tomografie computerizată.
 - C. Definită clinic.
 - D. Clinic probabilă.
 - E. Clinic posibilă.
20. Examenul lichidului cefalorahidian în cursul puseelor de scleroză multiplă arată:
- A. O componentă normală.
 - B. O creștere moderată a numărului de celule.
 - C. O reducere ușoară a conținutului de albumine.
 - D. O creștere moderată a albuminorahiei.
 - E. Electroforetic, o hipergamaglobulinorahie – benzi oligoclonale.
21. Potențialele evocate în scleroza multiplă, în raport cu intensitatea leziunii, arată:
- A. Diminuarea amplitudinii răspunsului evocat.
 - B. Întârzierea latenței răspunsurilor.
 - C. Absența răspunsului evocat.
 - D. Reducerea timpului de latență a răspunsului evocat la stimulare vizuală.
 - E. Blocuri de conducere severe.
22. Rezonanța magnetică nucleară în scleroza multiplă arată:
- A. Anomalii ale substanței albe ventriculare și ale nucleilor cenușii.
 - B. O angajare occipitală.
 - C. Prezența ariilor de distrucție a barierei hematoencefalice.
 - D. Prezența plăcilor de scleroză.
 - E. Cavități al căror semnal anormal este apropiat de cel al lichidului cefalorahidian.
23. Plăcile de scleroză, detectate prin examenul de rezonanță magnetică nucleară cerebrală, sunt localizate:
- A. Periventricular.

- B. În corpul calos.
 - C. În nervul optic.
 - D. În trunchiul cerebral.
 - E. În coarnele medulare posterioare.
24. În scleroza multiplă se aplică tratamentul medicamentos:
- A. Imunosupresiv.
 - B. Imunomodulator.
 - C. Imunostimulator.
 - D. De desensibilizare.
 - E. Simptomatic.
25. Indicați efectele secundare ale metilprednisolonului utilizat în puls-terapia sclerozei multiple:
- A. Sindromul Cushing.
 - B. Ulcere trofice.
 - C. Înroșirea feței.
 - D. Edemul gleznelor.
 - E. Gust metalic în timpul perfuziei și în orele următoare.
26. Selectați afirmațiile corecte referitoare la azatioprină:
- A. Este o proteină din clasa interferonilor beta, produsă prin inginerie genetică.
 - B. Este un antagonist purinic ce intervine în metabolismul acizilor nucleici.
 - C. Poate fi administrată în doză de 2,5–3 mg/kg corp/zi, în 2–3 prize.
 - D. Tratament continuu pe termen lung (2–3 ani) al sclerozei multiple.
 - E. Nu are efect secundar major.
27. Selectați efectele secundare ale betaseronului:
- A. Cefalee.
 - B. Febră.
 - C. Senzație de oboseală.
 - D. Dureri musculare.
 - E. Reacții ușoare în locul injectării.
28. Antidepresivele triciclice (amitriptilina) pot fi indicate în cazul:
- A. Stărilor de anxietate nemotivată.
 - B. Sindromului algic violent, refractar la administrarea analgicelor.
 - C. Labilității emotive.
 - D. Euforiei.
 - E. Demenței, uneori psihozei.
29. Antidepresivele triciclice (amitriptilina) pot fi indicate în scleroza multiplă în cazul:
- A. Stărilor depresive.
 - B. Labilității emoționale.
 - C. Euforiei.
 - D. Spasticității severe (unele cazuri).
 - E. Demenței și psihozei.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați manifestările clinice proprii sindroamelor motor, senzitiv și ataxiei din cadrul sclerozei multiple.

- | | |
|------------------------|--|
| a. Sindromul motor. | 1. Instabilitate posturală. |
| b. Sindromul senzitiv. | 2. Parapareză spastică. |
| c. Ataxia. | 3. Deficit de coordonare a mișcării. |
| | 4. Hemipareză. |
| | 5. Parestezii la membre. |
| | 6. Monopareză. |
| | 7. Hiperreflexie osteotendinoasă. |
| | 8. Dureri în regiunea lombară. |
| | 9. Modificarea direcției și gradului mișcării. |
| | 10. Semnul Lhermitte. |
| | 11. Abolirea reflexelor abdominale. |
| | 12. Hipoestezii cu diverse topografii. |
| | 13. Reflexe patologice piramidale. |
| | 14. Deteriorarea echilibrului. |

2. Asociați medicamentele utilizate în tratamentul de desensibilizare a bolnavilor cu scleroză multiplă cu proprietățile lor:

Medicamentul:

- a. Copolimerul I (*Cop I, Copaxone*).
b. Betaseronul.

Proprietățile:

1. Preparat din creier de vacă.
2. Proteină din clasa interferonilor beta.
3. Poate fi administrat per os.
4. Produs prin inginerie genetică.
5. Are funcții de regulator imun.
6. Reacționează încrucișat cu proteina bazică mielinică.
7. Se recomandă numai pentru formele de scleroză multiplă cu evoluție în pu-see.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor va nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Encefalomielita acută diseminată are caracter monofazic, dar o parte din pacienții care se recuperează după atacul inițial fac recăderi ulterioare și boala lor nu poate fi diferențiată de forma cerebrală a sclerozei multiple.
2. Frecvența cazurilor de scleroză multiplă are o corelație directă cu gradele de latitudine din emisferele sudică și nordică ale globului pământesc. Printre persoanele care au părăsit zona geografică cu risc sporit de îmbolnăvire de scleroză multiplă până la vârsta de 15 ani riscul de îmbolnăvire este identic zonei unde s-au născut.
3. Plasmafereza este un procedeu ce se bazează pe ipoteza că plasma sanguină a bolnavilor cu scleroză multiplă conține anticorpi ce lezează mielina. Odată cu îndepărtarea plasmei, se îndepărtează și acești anticorpi, obținându-se efecte favorabile în procesul evoluției bolii.

RĂSPUNSURI

I.

1. C, p. 327.
2. D, p. 328.
3. D, p. 328.
4. C, p. 328.
5. A, p. 328.
6. E, p. 328.
7. D, p. 328.
8. D, p. 329.
9. B, p. 330.
10. C, p. 330.
11. D, p. 331.
12. E, p. 331.
13. A, p. 331.
14. A, p. 331.
15. A, p. 332.
16. C, p. 332.
17. A, p. 333.
18. E, p. 333.
19. E, p. 333.

II.

1. A, C, D, E, p. 327, 328, 329.
2. A, B, C, D, p. 327.
3. A, B, C, D, p. 327.
4. A, B, C, D, p. 327.
5. B, C, D, E, p. 327.
6. C, D, p. 327.
7. A, C, p. 327.
8. A, B, C, D, p. 328.
9. B, C, p. 328.
10. A, B, C, p. 328.
11. A, C, p. 329.
12. A, B, C, D, p. 329.
13. A, B, p. 330.
14. A, B, C, D, p. 330.
15. B, C, D, E, p. 330.
16. A, B, C, p. 330.
17. A, B, C, p. 331.
18. A, C, D, p. 331.
19. A, C, D, E, p. 331.
20. D, E, p. 331.
21. B, C, p. 331.
22. C, D, p. 331.
23. A, B, C, D, p. 331.
24. A, D, E, p. 331–333.
25. C, D, E, p. 332.
26. B, C, D, E, p. 332.
27. B, C, D, E, p. 333.
28. C, D, E, p. 333.
29. A, B, C, E, p. 333.

III.

1.
 - a. 2, 4, 6, 7, 11, 13, p. 330.
 - b. 5, 8, 10, 12, p. 330.
 - c. 1, 3, 9, 14, p. 330.
2.
 - a. 1, 3, 6, p. 332.
 - b. 2, 4, 5, 7, p. 333.

IV.

1. B, p. 327.
2. C, p. 328–329.
3. A, p. 332.

16. PATOLOGIA SISTEMULUI NERVOS DE ORIGINE EXOGENĂ ȘI ENDOGENĂ

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Manifestările neurologice cu caracter generalizat, nespecific în multe afecțiuni somatice și endocrine, aparțin sindromului:
 - A. Asteno-vegetativ.
 - B. Depresiv.
 - C. Neurasteniform.
 - D. Anxios.
 - E. Neurotic.
2. Indicați rata semnelor de afectare cerebrală în infarctul miocardic:
 - A. 1–5% din cazuri.
 - B. 5–10% din cazuri.
 - C. 10–30% din cazuri.
 - D. 30–45% din cazuri.
 - E. 45–50% din cazuri.
3. Care este semnul clinic cel mai frecvent în infarctul miocardic?
 - A. Căderea tensiunii arteriale.
 - B. Pulsul filiform.
 - C. Somnolența.
 - D. Stupoarea.
 - E. Tulburarea de ritm.
4. Criteriul definitiv în diagnosticul encefalopatiei acute, ca o complicație neurologică a hipertensiunii arteriale, este:
 - A. Edemul papilar.
 - B. Manifestările clinice.
 - C. Modificările specifice pentru convulsii și/sau sincope depistate la electroencefalografie.
 - D. Lipsa modificărilor structurale la examenul prin tomografie computerizată cerebrală.
 - E. Răspunsul prompt la terapia antihipertensivă.
5. Indicați rata pacienților cu endocardită bacteriană la care se dezvoltă semnele neurologice:
 - A. 1/2.
 - B. 1/3.
 - C. 1/4.
 - D. 1/5.
 - E. 1/6.
6. Indicați procentajul mortalității în endocardita cu complicații neurologice:
 - A. 50%.
 - B. 60%.
 - C. 70%.

- D. 80%.
- E. 90%.
7. Incidența complicațiilor neurologice în endocardita bacteriană depinde în mod direct de:
- A. Vârsta pacientului.
 - B. Vechimea endocarditei.
 - C. Severitatea tulburării funcției cardiace.
 - D. Măsurile terapeutice aplicate.
 - E. Microorganismul care cauzează endocardita.
8. Complicațiile neurologice în endocardita bacteriană sunt foarte frecvente la bolnavii infectați cu:
- A. *Staphylococcus epidermidis*.
 - B. *Staphylococcus saprophyticus*.
 - C. *Staphylococcus aureus*.
 - D. *Streptococcus pyogenes*.
 - E. *Streptococcus pneumoniae*.
9. Hemoragia subarahnoidiană, ca o complicație a endocarditei bacteriene, se instalează pe motiv de:
- A. Embolism cerebral.
 - B. Multiple embolii bacteriene.
 - C. Erupție a anevrismului micotic.
 - D. Reacție metabolică a ischemiei.
 - E. Puseu de hipertensiune arterială.
10. Aproximativ 50% din toate complicațiile neurologice ale endocarditei bacteriene se manifestă prin:
- A. Embolism cerebral cu dezvoltarea infarctului cerebral.
 - B. Encefalopatie difuză.
 - C. Crize epileptice.
 - D. Absces cerebral.
 - E. Meningoencefalită.
11. Stările sincopale se dezvoltă în special atunci când frecvența pulsului devine:
- A. 45 pulsații/min.
 - B. 40 pulsații/min.
 - C. 35 pulsații/min.
 - D. 35–31 pulsații/min.
 - E. 30–10 pulsații/min.
12. În sincopă poate apărea incontinența de urină:
- A. Când accesul de sincopă trece în acces comițial.
 - B. Când sincopa face parte din simptomatologia sindromului nefrotic în amiloidoză.
 - C. În cazul asocierii slăbiciunii sfincterului extern al uretrei.
 - D. Atunci când pacientul cu sincope are vezica urinară plină.
 - E. Atunci când pacientul cu sincopă suferă de incontinență paradoxală de urină.

13. Sincopile frecvente pot cauza:
- A. Traumatisme craniocerebrale grave.
 - B. Dezvoltarea sindromului encefalopatic (lacunarism cerebral).
 - C. Demență.
 - D. Insuficiență vertebro-bazilară.
 - E. Afazie amnestică.
14. Cea mai frecventă afectare a sistemului nervos în afecțiunile pulmonare cronice este:
- A. Encefalopatia hipertensivă acută.
 - B. Encefalopatia hipoxică cronică.
 - C. Sindromul hipotalamic-hipofizar.
 - D. Ataxia senzitivă.
 - E. Dissomnia.
15. Se numește *betalepsie*:
- A. Criza de sincopă la bolnavul cu hipoxie cronică.
 - B. Dereglările de memorie la bolnavul cu encefalopatie hipoxică cronică.
 - C. Crizele epileptiforme provocate de tuse.
 - D. Hiperestezia, hiperpatia sau hipoestezia în zonele Head-Zaharine.
 - E. Diminuarea bruscă a tonusului muscular la bolnavul cu encefalopatie hipoxică cronică la trecerea din ortostatism în clinostatism.
16. Patogenia tulburărilor neurologice în bolile gastrointestinale, în afara perturbărilor metabolismelor proteic, lipidic, glucidic, vitaminic, electrolitic, se datorează și:
- A. Intoxicației provocate de azotemie.
 - B. Acidozei sau cetozei, din cauza oxidării proaste a grăsimilor.
 - C. Concentrației reduse (cel puțin de două ori) a hemoglobinei.
 - D. Impulsului patologic de la organele interne afectate.
 - E. Microinfarctelor vasculitice care lezează vasele cerebrale mici.
17. Impulsul patologic în ulcerul duodenal se proiectează sub formă de parestezii și dureri (zona Head-Zaharine) în:
- A. Regiunea paravertebrală.
 - B. Porțiunea inferioară a omoplatului stâng.
 - C. Regiunile lombară, subscapulară, paraombilicală dreaptă.
 - D. Regiunea inferioară a abdomenului, lombară și sacrată.
 - E. Regiunea cordului și a abdomenului.
18. Deficitul de vitamina K poate conduce la:
- A. Hemoragii intracraniene.
 - B. Delir.
 - C. Amnezie.
 - D. Ataxie.
 - E. Oftalmoplegie.
19. Pacienții cu carență în vitamina B₁₂, de obicei, dezvoltă:
- A. Un accident vascular cerebral.
 - B. O degenerescență subacută spinală combinată – mieloză funiculară.
 - C. Comă metabolică.

- D. Ictus ischemic medular (sindromul arterelor medulare posterioare).
E. Diplegie facială.
20. Carența în acid folic poate cauza:
A. Sindrom miopatic.
B. Sindrom de fatigabilitate patologică.
C. O polineuropatie manifestată prin parestezii, senzații de arsură și slăbiciune în porțiunile distale ale membrilor.
D. Sindrom de poliradiculonevrită acută.
E. Mielopatie vasculară cronică.
21. La baza encefalopatiei hepatice acute stă (stau):
A. Hipoperfuzia cerebrală.
B. Insuficiența cardio-circulatorie.
C. Hipoxia cronică.
D. Perturbările metabolice.
E. Dereglările de ritm cardiac (bradicardia).
22. Examenul electroencefalografic în encefalopatia hepatică acută poate fi util prin înregistrarea modificărilor caracteristice sub forma:
A. Undelor ascuțite.
B. Silențului electrocerebral.
C. Descărcărilor epileptiforme.
D. Undelor trifazice.
E. Undelor alfa.
23. Patogenia dereglărilor neurologice în afecțiunile renale, în cele mai multe cazuri, este condiționată de:
A. Malabsorbție.
B. Hipoxie.
C. Hipercapnie.
D. Căderea tensiunii arteriale.
E. Intoxicația provocată de azotemie.
24. Apariția durerii și a hiperesteziilor în zonele renale Head-Zaharine în nefrolitiază este provocată de:
A. Pierderea sodiului și a clorurilor.
B. Hipo- sau hiperkaliemie.
C. Compresiunea mecanică de către calculii renali a ramurilor plexului vegetativ al rinichiului.
D. Hipertensiunea arterială renală.
E. Hipoalbuminemie.
25. Cele mai frecvente complicații neurologice în cadrul afecțiunilor endocrine apar în:
A. Diabetul zaharat.
B. Hipotiroidism.
C. Hipertiroidism.
D. Sindromul Cushing.
E. Boala Addison.

26. Mirosul de acetona poate fi sesizat la bolnavul aflat în comă:
- A. Diabetică.
 - B. Etică.
 - C. Uremică.
 - D. Hepatică.
 - E. Căuzată de otrăvire cu cianide.
27. Care dintre manifestările neurologice enumerate mai jos pot fi de debut în diabetul zaharat?
- A. Atacurile ischemice tranzitorii.
 - B. Accidentele vasculare cerebrale.
 - C. Radiculopatiile.
 - D. Neuropatia periferică.
 - E. Encefalopatia.
28. În care stări patologice de origine endocrină, enumerate mai jos, se pot dezvolta coreea, miopia proximală, miastenia, paralizile periodice hipokaliemice?
- A. Hipertiroidism.
 - B. Hipotiroidism.
 - C. Hiperadrenalism.
 - D. Hipoadrenalism.
 - E. Hipoglicemie.
29. Uneori, boala Fahr (depunerea calcificărilor în ganglionii bazali cu simptomatologie extrapiramidală) poate fi o umare a:
- A. Hiperglicemiei.
 - B. Hipotiroidismului.
 - C. Hiperadrenalismului.
 - D. Hipertiroidismului.
 - E. Hipoadrenalismului.
30. Sindromul carpian în hipotiroidism apare datorită:
- A. Lezării vasculare a nervului.
 - B. Unei susceptibilități deosebite a nervilor periferici la compresiune de către structurile adiacente.
 - C. Hipokaliemiei.
 - D. Depunerii de țesut mixedematos în jurul nervului.
 - E. Hiponatremiei.
31. În care dintre patologii endocrine enumerate mai jos o neuropatie periferică este rară?
- A. Diabetul zaharat.
 - B. Tireotxicoza.
 - C. Mixedemul.
 - D. Sindromul Cushing.
 - E. Boala Addison.
32. Cefaleea și amețelile apar în anemii atunci când concentrația hemoglobinei este redusă de cel puțin:
- A. 6 ori.
 - B. 5 ori.

- C. 4 ori.
 - D. 3 ori.
 - E. 2 ori.
33. Mieloza funiculară (degenerescența subacută spinală combinată) adesea se poate dezvolta în:
- A. Anemia feriprivă.
 - B. Anemia megalocitară.
 - C. Policitemie.
 - D. Hemofilie.
 - E. Mielomul multiplu.
34. Cea mai caracteristică complicație neurologică a hemofiliei este:
- A. Neuropatia periferică.
 - B. Poliradiculonevrita.
 - C. Hemoragia intracraniană.
 - D. Encefalopatia dismetabolică.
 - E. Sindromul picioarelor neliniștite.
35. Tulburarea integrității osoase cu o eventuală compresiune a structurilor sistemului nervos are loc în:
- A. Lupusul eritematos sistemic.
 - B. Dermatomiozită.
 - C. Mielomul multiplu.
 - D. Poliartrita reumatoidă.
 - E. Sclerodermia sistemică.
36. În maladiile de sistem (lupusul eritematos sistemic, periarterita nodoasă, dermatomiozita, poliartrita reumatoidă, sclerodermia sistemică ș.a.) afectarea sistemului nervos central sau a celui periferic se datorează:
- A. Dezvoltării infiltratelor de configurație rotundă formate din celule plasmactice în stern, vertebre, coaste, oasele craniului și în unele organe interne.
 - B. Proceselor vasculitice care lezează vasele mici.
 - C. Carenței de vitamine.
 - D. Scăderii concentrației de hemoglobină.
 - E. Tromboembolismului arterial și celui venos.
37. Care dintre manifestările de mai jos pot preceda orice alt semn al sclerodermiei sistemice?
- A. Sindromul Raynaud.
 - B. Miozita proximală.
 - C. Afectarea nervului facial.
 - D. Neuropatia de trigemen.
 - E. Ictusul ischemic cerebral.
38. Hipertermia malignă este o anomalie metabolică rară, moștenită genetic, a anesteziilor cu dereglare a metabolismului:
- A. Cerebral.
 - B. Medular.
 - C. Nervilor periferici.

- D. Joncțiunii neuro-musculare.
 - E. Muscular.
39. Temperatura corpului în comă, cauzată de hipotermie, este:
- A. 36,6° C.
 - B. 35,5° C.
 - C. 34,4° C.
 - D. 33,3° C.
 - E. Mai mică de 32,2° C.
40. Alegeți expresia cea mai reușită pentru descrierea patogeniei bolii de decompresiune:
- A. Tub electronic – ecran al televizorului.
 - B. Pistă – avion în decolare.
 - C. Conducător auto – traseu în ascensiune.
 - D. Deschiderea unei sticle cu băutură carbogazoasă.
 - E. Mersul unei unități militare în pas cadențat pe pod.
41. În boala de decompresiune (cheson), azotul este eliberat în cantități mari în țesutul nervos, fiindcă:
- A. Este liposolubil.
 - B. Este elementul principal al țesutului nervos.
 - C. Nu poate fi legat de proteinele circulante în serul sanguin.
 - D. Depășește foarte ușor bariera hemato-encefalică.
 - E. Patogenia fenomenului nici până în prezent nu este cunoscută.
42. În boala de decompresiune (cheson) poate să persiste:
- A. Cefaleea de tip tensional.
 - B. Migrena cronică.
 - C. Vertijul vestibular periferic.
 - D. Criza comițială generalizată tonico-clonică.
 - E. Suferința mielopatică.
43. Tulburări ale sistemului nervos în electrocutare apar mai ales atunci când curentul electric a fost aplicat pe:
- A. Traiectul unui nerv periferic.
 - B. Proiecția plexului brahial stâng.
 - C. Coloana vertebrală cervicală.
 - D. Craniu.
 - E. Coloana vertebrală toracică.
44. Indicați manifestarea principală a sindromului Raynaud:
- A. Necroză a țesuturilor.
 - B. Tulburări ale funcțiilor vestibulare.
 - C. Crize de angiospasm.
 - D. Dureri radiculare în diferite regiuni ale coloanei vertebrale.
 - E. Crampe în mușchii mâinilor.
45. Polineuropatia saturnină este rezultatul unei intoxicații cronice cu:
- A. Cupru.
 - B. Plumb.
 - C. Mercur.

- D. Aluminiu.
 - E. Arsen.
46. Intoxicația saturnină debutează cu:
- A. Colici abdominale și artralгии.
 - B. Oboseală, excitabilitate, amețeli, grețuri, paloare a feței cu nuanță pământie.
 - C. Dunga gingivală Burton.
 - D. Sindromul de iritație meningeală.
 - E. Tulburări psihice, crize convulsive.
47. Una dintre cele mai frecvente leziuni în intoxicația cu arsen este:
- A. Encefalopatia.
 - B. Mielopatia.
 - C. Sindromul Raynaud.
 - D. Plexopatia lombosacrată.
 - E. Polineuropatia cu tulburări motorii, de sensibilitate și trofice.
48. Benzile Mees la degetele mâinilor se observă în intoxicația cu:
- A. Plumb.
 - B. Arsen.
 - C. Oxid de carbon.
 - D. Pesticide.
 - E. Compuși ai clorului.
49. În care intoxicație acută fața și mâinile bolnavului sunt de culoare roz, iar pe corp are pete cianotice?
- A. Oxicarbonică.
 - B. Cu compuși ai fosforului.
 - C. Cu compuși ai mercurului.
 - D. Cu alcool.
 - E. Cu cianuri.
50. Indicați termenul de instalare a simptomatologiei neurologice după intoxicația cu clorofos:
- A. 3–4 minute.
 - B. 3–4 ore.
 - C. 3–4 zile.
 - D. 3–4 săptămâni.
 - E. 3–4 luni.
51. Care substanțe utilizate în agricultură pot provoca intoxicație severă cu deces prin paralizie respiratorie și fibrilație atrială?
- A. Compuși ai clorului.
 - B. Compuși ai fosforului.
 - C. Compuși ai mercurului.
 - D. Compuși ai arsenului.
 - E. Compuși ai acidului carboic (fenolului).
52. Poate provoca mioză pronunțată intoxicația cu substanțele utilizate în agricultură:
- A. Compuși ai clorului.
 - B. Compuși ai fosforului.
 - C. Compuși ai mercurului.

- D. Compuși ai arsenului.
- E. Compuși ai acidului carbolic (fenolului).

53. Putem obține o recuperare spectaculoasă a mișcărilor oculare la bolnavul cu encefalopatie alcoolică acută Gayet-Wernicke în debut prin administrarea intravenoasă a:
- A. Diazepamului.
 - B. Atropinei.
 - C. Vitaminei B₁.
 - D. Acidului nicotinic.
 - E. Prozerinei.
54. În spectrul afecțiunilor cerebeloase la un bolnav cu encefalopatie alcoolică acută Gayet-Wernicke extrem de rară este:
- A. Ataxia.
 - B. Inexactitatea la îndeplinirea probei indice-nas.
 - C. Inexactitatea la îndeplinirea probei călcâi-genunchi.
 - D. Dizartria cerebeloasă.
 - E. Tremurătura amplă a membrelor.
55. Indicați cea mai frecventă manifestare de lezare a funcțiilor mentale la bolnavii cu encefalopatie alcoolică acută Gayet-Wernicke:
- A. Dezorientare temporospațială.
 - B. Deficit de memorie pentru evenimentele recente.
 - C. Excitație psihomotorie.
 - D. Neatenție și indiferență față de anturaj.
 - E. Confuzie cu apatie globală.
56. Care dintre manifestările clinice enumerate mai jos precede, de regulă, encefalopatia alcoolică acută Gayet-Wernicke cu câteva zile sau chiar săptămâni?
- A. Oftalmoplegia cu sau fără ataxie.
 - B. Golurile de memorie pentru faptele recente, înlocuite de evenimente imaginare, confabulatorii.
 - C. Fenomenele de servaj alcoolic.
 - D. Tulburările tonusului muscular.
 - E. Anorexia, setea, colicile abdominale, vomela, pierderea ponderală.
57. Etiologia neuropatiei etilice este atribuită:
- A. Intoxicației cu azot.
 - B. Deficitului de tiamină.
 - C. Perturbării funcționării sistemului de enzime.
 - D. Deficitului de glucide.
 - E. Dereglării proceselor de oxidare.
58. Care funcții, din cele enumerate mai jos, se afectează foarte rar în neuropatia alcoolică?
- A. Mnezice.
 - B. Somatice.
 - C. Cognitive.
 - D. Vegetative.
 - E. Sfinteriene.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la generalitățile manifestărilor neurologice în patologia somatică:
 - A. În stadiile precoce ale patologiei somatice manifestările neurologice, în majoritatea cazurilor, sunt funcționale, apoi devin constante și ireversibile.
 - B. Dereglările sistemului nervos, de obicei, precedă cu 3–5 ani apariția afecțiunilor somatice.
 - C. Uneori, manifestările neurologice pot preceda manifestările somatice, având, astfel, un rol diagnostic important în depistarea precoce a maladiei somatice.
 - D. În bolile somatice se dezvoltă o gamă variată de manifestări neurologice.
 - E. În multe afecțiuni somatice manifestările neurologice au un caracter specific.
2. Sindromul asteno-vegetativ include următoarele simptome și semne clinice:
 - A. Slăbiciune generală și fatigabilitate sporită.
 - B. Tulburări de somn, indispoziție.
 - C. Anxietate, transpirații, amețeli, cefalee.
 - D. Labilitatea tensiunii arteriale și a pulsului.
 - E. Accese comițiale.
3. Patogenia semnelor de afectare cerebrală în infarctul miocardic se manifestă prin:
 - A. Tulburări ale metabolismului glucidelor.
 - B. Dezvoltarea unei ateroscleroze precoce a vaselor magistrale cervico-cerebrale.
 - C. Tulburări de hemodinamică cerebrală.
 - D. Embolii cerebrale.
 - E. Vagotonie de origine suprasegmentară.
4. Sindromul cardiocerebral din infarctul miocardic include:
 - A. Tulburări de conștiență (sincopă, stupoare, comă).
 - B. Crize comițiale.
 - C. Cefalee, agitație psihomotorie, grețuri, vomă.
 - D. Semne de elongație.
 - E. Deficite cerebrale de focar (hemipareze, afazie, dereglări senzitive, vizuale etc.).
5. În infarctul miocardic se pot observa următoarele sindroame neurologice:
 - A. Cardio-cerebral.
 - B. Cardio-spinal.
 - C. Umăr-mână.
 - D. De tunel median.
 - E. De tunel cubital.
6. Sindromul cardio-spinal din infarctul miocardic se manifestă prin:
 - A. Parapareze.
 - B. Tulburări de sensibilitate de tip conductiv.
 - C. Tulburări de sensibilitate de tip segmentar.
 - D. Dereglări sfinteriene.
 - E. Dereglări cerebeloase.

7. Datele etiologice ale sindromului umăr-mână, care se poate dezvolta în timpul convalescenței în infarctul miocardic, cuprind mai mulți factori:
 - A. Tulburări ale sistemului nervos vegetativ.
 - B. Discopatia cervicală.
 - C. Hipercolesterinemia.
 - D. Hipodinamia.
 - E. Bursita subdeltoidiană.
8. În anghina pectorală pot fi observate următoarele manifestări neurologice:
 - A. Sindromul neurastenic.
 - B. Atacul ischemic tranzitor.
 - C. Ictusul cerebral.
 - D. Ictusul medular.
 - E. Vertijul vestibular periferic.
9. Cele mai frecvente manifestări ale viciilor cardiace congenitale sunt:
 - A. Retardul mintal.
 - B. Sindromul sincopai.
 - C. Sindromul neurasteniform.
 - D. Radiculopatia discogenă lombară.
 - E. Simptomatologia neurologică focală.
10. Indicați manifestările neurologice care deseori se asociază cu viciile cardiace dobândite:
 - A. Sindromul neurastenic, depresia.
 - B. Atacurile ischemice tranzitorii.
 - C. Accidentele vasculare cerebrale.
 - D. Vasculita reumatică cerebrală.
 - E. Coreea Huntington.
11. În tulburările de ritm cardiac se pot întâlni următoarele manifestări neurologice:
 - A. Atacul ischemic tranzitoriu.
 - B. Sindromul comițial.
 - C. Sindromul sincopai.
 - D. Sindromul algic toraco-lombar.
 - E. Accidentul vascular cerebral.
12. Cele mai frecvente complicații neurologice ale hipertensiunii arteriale sunt:
 - A. Encefalopatia hipertensivă acută.
 - B. Cefaleea secundară hipertensiunii arteriale.
 - C. Vertijul.
 - D. Hidrocefalia.
 - E. Accidentele vasculare cerebrale.
13. Manifestările neurologice ale encefalopatiei hipertensive acute sunt:
 - A. Cefaleea severă.
 - B. Starea confuzională, crizele epileptice.
 - C. Somnambulismul.
 - D. Tulburările vizuale.
 - E. Deficitul neurologic tranzitor.

14. Un rol important în patogenia manifestărilor neurologice din cadrul afecțiunilor respiratorii au:
- A. Hiperventilația.
 - B. Dereglările paternelui de respirație.
 - C. Tipul de respirație.
 - D. Hipoxia.
 - E. Hipercapnia.
15. Fiecare caz de pneumonie necomplicată include următoarele manifestări neurologice:
- A. Cefalee moderată.
 - B. Fotofobie.
 - C. Hiperestezie generală.
 - D. Tulburări vegeto-distonice.
 - E. Depresie mascată.
16. În formele de pneumonii lobare pot fi întâlnite următoarele manifestări neurologice:
- A. Sindromul comițial.
 - B. Sindromul sincopal.
 - C. Sindromul encefalopatic.
 - D. Sindromul de hipertensiune intracraniană (HIC).
 - E. Sindromul meningeal.
17. Sindromul encefalopatic din pneumonia franc-lobară se manifestă prin:
- A. Cefalee severă.
 - B. Constipații.
 - C. Excitație psihomotorie.
 - D. Semne neurologice focale discrete.
 - E. Vegetodistonie.
18. Indicați afecțiunile aparatului respirator care pot fi însoțite de encefalopatie hipoxică cronică:
- A. Bronșita cronică.
 - B. Astmul bronșic.
 - C. Emfizemul pulmonar.
 - D. Pneumoscleroza.
 - E. Pneumonia franc-lobară.
19. Simptomatologia neurologică a encefalopatiei hipoxice cronice e compusă din:
- A. Cefalee difuză, preponderent matinală, cu înțepire la efort fizic și tuse.
 - B. Sincop.
 - C. Coprolalie.
 - D. Depresie.
 - E. Betalepsie.
20. Afectarea sistemului nervos în bolile gastrointestinale în majoritatea cazurilor se datorează perturbărilor de metabolism:
- A. Proteic.
 - B. Lipidic.
 - C. Mintal.

- D. Vitaminic.
 - E. Electrolitic.
21. Cele mai frecvente sindroame neurologice întâlnite în afecțiunile gastrointestinale sunt:
- A. Sindromul algic, în zonele Head-Zaharine.
 - B. Sindromul neurasteniform.
 - C. Distonia vegetativă, manifestată prin tulburări vegetative permanente și paroxismale.
 - D. Sindromul Parkinson.
 - E. Sindromul meningeal.
22. Printre manifestările neurologice în bolile gastrointestinale se pot întâlni:
- A. Sindromul sincopai.
 - B. Sindromul polineuropatic.
 - C. Encefalopatia dismetabolică.
 - D. Encefalomielopatia dismetabolică.
 - E. Encefalopatia uremică.
23. Carența vitaminei A cauzează:
- A. Cecitate nocturnă.
 - B. Crize epileptiforme.
 - C. Ulcerații corneene.
 - D. Pseudotumoră cerebrală (hipertensiune intracraniană benignă).
 - E. Cheratomalacie.
24. Deficiența vitaminei B₆ (piridoxină) poate cauza:
- A. Pareză mimică de tip periferic.
 - B. Nevralgie de trigemen.
 - C. Polineuropatie.
 - D. Crize epileptice.
 - E. Ictus medular.
25. Mieloza funiculară (cauzată de carența vitaminei B₁₂) se manifestă prin:
- A. Parestezii și slăbiciune în porțiunile distale ale extremităților, care apoi se răspândește și în porțiunile proximale ale lor.
 - B. Mioză paraltică.
 - C. Parapareză spastică.
 - D. Ataxie senzitivă.
 - E. Alterarea statusului mintal și neuropatie optică.
26. Actualmente, sunt cunoscute următoarele sindroame hepato-cerebrale:
- A. Encefalopatia portosistemică acută (encefalopatia hepatică acută).
 - B. Encefalopatia portosistemică subacută.
 - C. Encefalopatia portosistemică reversibilă recurentă.
 - D. Encefalopatia portosistemică ireversibilă cronică progresivă.
 - E. Sindromul convulsiv cauzat de insuficiența hepatică.
27. Tulburările motorii din encefalopatia hepatică acută cuprind:
- A. Asterixis și mioclonus.
 - B. Tremor.

- C. Hipersalivație.
 - D. Posturi patologice (prin *decorticare* și *decerebrare*), condiționate de progresele encefalopatiei.
 - E. Paralizia flască și areflexia (în stadiile finale).
28. Indicii de laborator caracteristici pentru encefalopatia hepatică acută sunt următorii:
- A. Hiperamonemia.
 - B. Creșterea nivelului de glutamină în sânge.
 - C. Alcaloza respiratorie.
 - D. Hipoxemia.
 - E. Creșterea pronunțată a nivelului de amilază în sânge.
29. Tabloul clinic al encefalopatiei hepatice cronice cuprinde:
- A. Modificările intelectuale.
 - B. Tulburările cognitive.
 - C. Dereglările de conștiință.
 - D. Semnele neurologice: tremorul, coreea, sindromul akinetico-rigid, parapareză spastică.
 - E. Sindromul meningeal (cefalee, grețuri, vomă, fotofobie, hiperestezie, semnul Kernig).
30. Tratamentul encefalopatiei hepatice cronice include:
- A. Dietă bogată în proteine.
 - B. Administrarea antibioticelor, în scopul sterilizării intestinului.
 - C. Administrarea delactulozei.
 - D. Plasmafereză.
 - E. Iradierea sângelui cu raze ultraviolete.
31. Indicați expresiile corecte referitoare la polineuropatie, care, uneori, se dezvoltă în afecțiunile hepatice cronice:
- A. Fibrele motorii sunt afectate timpuriu și mai exprimat.
 - B. Tabloul clinic se manifestă prin senzații de furnicătură, amorțeli, înțepături, arsuri, care, mai târziu, se asociază cu hipotrofia ale eminentele metatarsiene.
 - C. Pacienții nu pot merge pe călcâie.
 - D. Pacienții pot merge pe degete.
 - E. Examenul obiectiv pune în evidență un deficit senzitiv pentru toate modulele sensibilității de tip polineuritic, abolirea reflexelor achiliene.
32. Indicați verigile procesului patogenetic care produc dereglări degenerative ale neuronilor în patologia renală:
- A. Pierderea sodiului și a clorurilor, hipo- sau hiperkaliemia, hipoalbuminemia.
 - B. Creșterea exagerată a presiunii osmotice-coloidale a sângelui.
 - C. Creșterea permeabilității vaselor.
 - D. Hemoragii prin diapedeză, plasmoragii.
 - E. Edemul țesutului nervos.
33. Cele mai frecvente manifestări neurologice întâlnite în afecțiunile renale sunt:
- A. Radiculalgiiile.
 - B. Sindromul polineuropatic.
 - C. Sindromul neurasteniform.

- D. Paraliziile diskaliemice (hipo- sau hiperkaliemice).
 - E. Sindromul miastenic.
34. În stadiile avansate ale patologiei renale se pot dezvolta:
- A. Encefalopatia uremică acută.
 - B. Encefalopatia uremică cronică.
 - C. Coma uremică.
 - D. Accidentele vasculare cerebrale (complicație a hipertensiunii arteriale renale).
 - E. Sindromul miopatic cu grave dereglări ale funcției locomotorii.
35. Neuropatia autonomă (vegetativă) este obișnuită în diabetul zaharat și poate provoca:
- A. Impotență.
 - B. Diaree, anhidroză.
 - C. Anomalii pupilare.
 - D. Hipotensiune ortostatică, sincopă.
 - E. Halucinații auditive.
36. Simptomele neurologice principale întâlnite în hipertiroidism sunt:
- A. Tremorul.
 - B. Anxietatea.
 - C. Bradicardia.
 - D. Cefaleea.
 - E. Insomnia.
37. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la boala ochiului distiroidian:
- A. Apare uneori la bolnavii cu tireotoxicoză.
 - B. Cel mai comun semn inițial este diplopia datorată scăderii forței mușchului ocular drept superior.
 - C. Cu timpul, poate să apară o oftalmoplegie externă.
 - D. În evoluția negativă a bolii apare endoftalmia.
 - E. Chemosis.
38. Uneori, mixedemul este însoțit de pseudomiotonie, care se manifestă prin:
- A. Tulburare particulară a decontractării musculare.
 - B. Prelungirea duratei reflexelor tendinoase.
 - C. Crampe musculare.
 - D. Dureri și înțepenire a mușchilor.
 - E. Sindrom de fatigabilitate musculară patologică, mai ales în a doua jumătate a zilei.
39. În care din patologii endocrine enumerate mai jos este prezent sindromul miopatic sau amiotrofic?
- A. Feocromocitom.
 - B. Tireotoxicoză.
 - C. Mixedem.
 - D. Sindromul Cushing.
 - E. Boala Addison.
40. În care din patologii endocrine enumerate mai jos pot să apară atacuri de paralizii periodice, asociate cu hipokaliemia?
- A. Diabetul zaharat.

- B. Tireotxicoza.
 - C. Mixedemul.
 - D. Sindromul Cushing.
 - E. Boala Addison.
41. Crizele addisoniene pot fi însoțite de convulsii generalizate atribuite:
- A. Hipotensiunii arteriale.
 - B. Hiponatremiei.
 - C. Hiperkaliemiei.
 - D. Hipoglicemiei.
 - E. Intoxicației cu apă.
42. Examenul oftalmoscopic în anemie poate pune în evidență:
- A. Edemul papilei nervului optic.
 - B. Paloarea.
 - C. Hemoragiile retiniene mici.
 - D. Hemoragiile retiniene fusiforme.
 - E. Atrofia secundară a papilei nervului optic.
43. Bolnavii cu anemie feriprivă prezintă alimentație compulsivă manifestată prin:
- A. Anorexie.
 - B. Bulemie.
 - C. Polidipsie.
 - D. Picacism.
 - E. Parorexie.
44. În anemia feriprivă este descris sindromul Ekbom, care include:
- A. Sindromul picioarelor neliniștite.
 - B. Mioclonii nocturne.
 - C. Acatizie.
 - D. Crampe musculare.
 - E. Miochimii.
45. În leucemii se disting următoarele tipuri de lezare a sistemului nervos:
- A. Metabolic.
 - B. Toxic.
 - C. Vascular.
 - D. Limfocitar.
 - E. Pseudotumoral.
46. Indicați manifestările neurologice, care pot avea loc în lupusul eritematos sistemic:
- A. Boala Parkinson.
 - B. Hiperkinezii coreice sau mioclonii.
 - C. Infarct cerebral emisferial sau de trunchi.
 - D. Modificări mintale (depresie, manie, psihoză schizoidă, halucinații, tulburări cognitive), crize comițiale.
 - E. Polineuropatie, mononevrită multiplex, sindrom Guillain-Barré.
47. Indicați afirmațiile care au o importanță esențială în stabilirea diagnosticului diferențial dintre lupusul eritematos și scleroza multiplă:
- A. Trăsăturile sistemice ale bolii cu artrite.

- B. Leziuni cutanate, alopecie.
 - C. Afectări pleurale.
 - D. Fenomenul Raynaud.
 - E. Otite purulente.
48. Care indici de laborator pot fi valoroși pentru diagnosticul pozitiv al lupusului eritematos sistemic?
- A. Anemia, leucopenia, VSH cu valori crescute.
 - B. Inversarea raportului proteic al serului.
 - C. Hiperglicemia.
 - D. Anticorpi anti-ADN.
 - E. Anticorpi cardiolipidici.
49. Care din manifestările clinice din dermatomiozită, enumerate mai jos, mimează o suferință primar neurologică?
- A. Disfagia.
 - B. Eritemele întinse cu descumări.
 - C. Suferința mușchilor proximali ai extremităților, fatigabilitatea musculară.
 - D. Deficitul de motilitate facială.
 - E. Afectarea mușchilor oculari extrinseci.
50. Indicați condițiile în care se poate instala șocul caloric:
- A. Expunerea la temperaturi înalte.
 - B. Activități fizice intense în condiții neobișnuit de calde.
 - C. Administrarea tratamentelor anticolinergice (de ex. pentru boala Parkinson).
 - D. În orice condiții care împiedică transpirația.
 - E. Coma metabolică.
51. Care sunt manifestările șocului termic?
- A. Bolnavii devin agitați și au stări confuzionale înainte de a deveni stuporoși sau comatoși, uneori dezvoltă convulsii generalizate.
 - B. Pielea bolnavului este umedă și lipicioasă.
 - C. Se constată tahicardie și hipotensiune.
 - D. Colaps circulator ce conduce la deces.
 - E. Pacienții care supraviețuiesc pot rămâne cu complicații neurologice constante (amnezie, dizartrie, ataxie, demență, hemipareze).
52. Boala de decompresiune îi afectează pe:
- A. Astronauți.
 - B. Aviatori.
 - C. Scufundători.
 - D. Alpinisti.
 - E. Muncitorii din tunele, care lucrează în condițiile unei atmosfere presurizate.
53. S-au observat efecte întârziate ale șocurilor electrice, cum ar fi:
- A. Sindromul bulbar.
 - B. Sindromul pseudobulbar.
 - C. Mielopatii.
 - D. Neuropatii.
 - E. Boala neuronului motor.

54. Care din maladiile neurologice enumerate mai jos pot fi rezultatul unei agresiuni prin iradiere?
- A. Mielopatia.
 - B. Encefalopatia.
 - C. Atrofia nervului optic.
 - D. Plexopatia brahială.
 - E. Nevroza anxioasă.
55. Indicați la care profesii se poate întâlni mai frecvent boala de trepidații (vibrațiune):
- A. Tractoriști.
 - B. Excavatoriști.
 - C. Conducători de tren.
 - D. Marinari.
 - E. Piloți.
56. Trepidațiile de termen lung cauzează:
- A. Alterări histologice.
 - B. Alterări histochimice.
 - C. Tulburări neurohormonale.
 - D. Hiperostoză frontală.
 - E. Modificări distrofice în sistemul nervos la diferite niveluri.
57. Tabloul clinic al bolii de trepidații cuprinde:
- A. Scăderea acuității olfactive până la anosmie.
 - B. Reducerea acuității vizuale și a câmpului vizual.
 - C. Tulburări ale funcției vestibulare.
 - D. Dereglări ale sensibilității vibratorii, tactile, termice, algice și proprioreceptive.
 - E. Sindromul vertebral, lombosciatică.
58. Alegeți caracteristicile sindromului Raynaud din cadrul bolii de vibrațiune:
- A. Crize de paloare, urmate de cianoza sau roșeața degetelor II–III–IV–V; concomitent, bolnavul acuză senzații neplăcute în extremități, amorțeli, furgicături, chiar dureri.
 - B. La debutul bolii aceste simptome sunt reversibile, mai apoi însă devin persistente.
 - C. Se manifestă îndeosebi la femeile tinere, fără expunere la trepidații.
 - D. Afectează predominant mâinile.
 - E. Afectează atât membrele superioare, cât și cele inferioare.
59. Care din nervii cranieni enumerați pot fi afectați în intoxicația saturnină?
- A. Optic.
 - B. Oculomotor.
 - C. Abducens.
 - D. Facial.
 - E. Hipoglos.
60. Diagnosticul de polineuropatie saturnină se stabilește prin:
- A. Datele anamnestice (anumite profesii, consumul apei trecute prin conducte de plumb, folosirea vaselor de lut rău prelucrate).
 - B. Tabloul clinic caracteristic (deficit exclusiv motor).
 - C. Depistarea plumbului în sânge și urină.

- D. Atingerea funcțiilor mentale în 100% din cazuri.
 - E. Administrarea glucozei și a dozelor mari de tiamină, care ameliorează rapid starea bolnavului.
61. Managementul intoxicației cu compuși ai fosforului include:
- A. Întreruperea contactului cu substanța toxică.
 - B. Administrarea prozerinei 0,05% – 2,0 i/m, la fiecare 4 ore.
 - C. Administrarea vasoconstrictoarelor (în cazul scăderii bruște a tensiunii arteriale) și a anticonvulsivantelor (la dezvoltarea convulsiilor).
 - D. Administrarea atropinei – 2 mg i/v, la fiecare 3–5 minute (până la dispariția simptomelor), apoi per os.
 - E. Administrarea pralidoximului – 1 g i/v, timp de 2 minute, la fiecare 8–12 ore (cu scopul reactivării acetilcolinesterazei în sinapsele periferice).
62. În intoxicațiile provocate de compuși mercurului (granozan, fungitox) se marchează afectarea preponderentă a următoarelor părți componente ale sistemului nervos:
- A. Cortexul.
 - B. Cerebelul.
 - C. Măduva spinării.
 - D. Plexurile regionale.
 - E. Nervii periferici.
63. Intoxicațiile grave cu compuși ai mercurului (granozan, fungitox) se manifestă prin următoarele simptome:
- A. Diplegie facială.
 - B. Paralizia extremităților.
 - C. Pierderea vederii.
 - D. Scăderea auzului.
 - E. Psihoze.
64. Tratamentul în intoxicația acută cu compuși ai mercurului se compune din următoarele etape:
- A. Eliminarea mercurului neabsorbit din intestin: provocarea vărsăturilor; spălături gastrice cu administrarea ulterioară a soluțiilor proteice (albumină); cărbune activ; în dereglări de conștiință – intubarea traheii; formaldehid-sulfoxilat Na 5% – 200 ml în duoden.
 - B. Legarea mercurului absorbit: dimercaprol – câte 4–5 mg/kg/corp, la fiecare 4 ore în decursul primelor 24 ore, apoi la fiecare 8 ore.
 - C. Prevenirea insuficienței renale acute; în caz de anurie – hemodializă.
 - D. Doze mari de vitamine din grupa B.
 - E. Oxibaroterapia.
65. În patogenia manifestărilor neurologice în alterarea alcoolică, o mare importanță au carențele în vitaminele:
- A. A.
 - B. B.
 - C. C.
 - D. D.
 - E. E.

66. În tabloul clinic al encefalopatiei alcoolice acute Gayet-Wernicke predomină:
- A. Dereglările oculomotorii (oftalmopareză, strabism, mioză).
 - B. Hiperkineziile (tremurătură a mandibulei, mioclonii, coreoatetoză).
 - C. Tulburările tonusului muscular.
 - D. Dereglările circulației sanguine medulare în sistemul arterei Desprograss-Gotterone.
 - E. Dereglările vegetative (hipertermie, tahicardie, hiperhidroză ș.a.).
67. În care stupoare sau comă se administrează tiamina (vit. B₁) în doza de 250 mg/zi, în asocieră cu vitamina C și cu alte vitamine ale grupului B?
- A. În coma hipoglicemică.
 - B. Asociată cu unele semne oculomotorii.
 - C. Asociată cu o neuropatie periferică.
 - D. Asociată cu unele antecedente apropiate cu consumul exagerat de alcool.
 - E. Asociată cu unele vărsături incoercibile.
68. Alegeți enunțurile corecte referitoare la neuropatia alcoolică:
- A. Din punct de vedere anatomopatologic, amintește boala beri-beri.
 - B. Este o neuropatie mielinică cu afectarea predominantă a fibrelor vegetative.
 - C. Produce parestezii distale mai întâi în membrele inferioare, apoi în cele superioare.
 - D. Într-un stadiu mai avansat se instalează scăderea progresivă a forței musculare cu amiotrofii specifice.
 - E. Reflexele osteotendinoase sunt diminuate sau abolite.
69. Care părți ale cerebelului se afectează, de regulă, în degenerarea cerebeloasă alcoolică?
- A. Pedunculii superiori.
 - B. Pedunculii mijlocii.
 - C. Pedunculii inferiori.
 - D. Partea anterosuperioară a vermisului.
 - E. Emisferele.
70. Demența alcoolică se manifestă prin:
- A. Modificarea personalității.
 - B. Tulburarea memoriei.
 - C. Păstrarea capacităților intelectuale.
 - D. Instabilitate emoțională.
 - E. Neglijarea serviciului și familiei.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați manifestările neurologice posibile în carența de vitamine:

Carența de:

- a. Vitamina D.
- b. Vitamina B₁ (tiamină).

Manifestările neurologice:

- 1. Ambliopie cu scotom bilateral.
- 2. Dureri osoase nocturne.
- 3. Polineuropatie axonală.
- 4. Slăbiciune musculară.
- 5. Degenerescență corticală cerebeloasă.
- 6. Tetanie.
- 7. Encefalopatie Wernicke.
- 8. Tulburări auditive.
- 9. Sindrom miopatic.

2. Asociați cifrele cu literele:

- a. Anemie feriprivă.
- b. Anemie megalocitară.
- c. Policitemie.
- d. Hemofilie.
- e. Mielom multiplu.

- 1. Sindromul picioarelor neliniștite.
- 2. Tromboembolism cerebral.
- 3. Mieloză funiculară.
- 4. Fracturi ale vertebrelor.
- 5. Hemoragii intracraniene.

3. Asociați boala de sistem cu manifestările neurologice caracteristice:

Boala de sistem:

- a. Poliartrita reumatoidă.
- b. Sclerodermia sistemică.

Manifestările neurologice:

- 1. Sindromul Raynaud.
- 2. Înțepenirea dureroasă a mâinilor.
- 3. Oboseala și durerea de cap.
- 4. Neuropatia periferică, predominant motorie.
- 5. Mielopatia compresivă.
- 6. Durerile radiculare occipitale.
- 7. Scăderea forței proximale la nivelul membrilor.
- 8. Scăderea forței musculare și amiotrofiile musculaturii cefei.
- 9. Hipoestezia trigeminală.
- 10. Crizele convulsive.
- 11. Modificările cognitive.
- 12. Pareza mimică de tip Bell.
- 13. Ictusul ischemic.
- 14. Demența.
- 15. Ataxia pseudotabetică.

4. Asociați ocupațiile expuse riscului îmbolnăvirii de boala de trepidații cu cele expuse riscului îmbolnăvirii de intoxicație saturnină:

Afecțiunea: a. Boala de trepidații. b. Polineuropatia și encefalopatia saturnină.	Ocupațiile: 1. Persoane antrenate în industria grafică. 2. Tractoriști. 3. Persoane antrenate în industria vopselelor. 4. Conducători de tren. 5. Șoferi. 6. Persoane care lucrează cu acumulatori. 7. Piloți. 8. Muncitori care montează cabluri telefonice. 9. Topitori. 10. Pielari. 11. Muncitori la mașini fixe, care transmit vibrațiile prin sol, la mecanisme speciale ș.a. 12. Lucrătorii stațiilor de alimentare cu benzină.
---	--

5. Asociați manifestările neurologice cu gradul intoxicației, provocată de pesticidele folosite în agricultură:

Gradul intoxicației: a. Ușoară. b. Gravă.	Manifestările neurologice: 1. Astenie. 2. Encefalopatie toxică. 3. Cefalee. 4. Parestezii. 5. Tulburări vegetative. 6. Polineuropatie. 7. Fenomene extrapiramidale. 8. Tulburări cerebeloase. 9. Sindrom convulsiv.
---	--

6. Asociați substanțele folosite în agricultură cu grupul compușilor din care fac parte:

Grupul: a. Compuși ai clorului. b. Compuși ai fosforului.	Denumirea substanței: 1. Tiofosul. 2. Metafosul. 3. Carbofosul. 4. Clorofosul. 5. Fosfamida. 6. Cloridanul. 7. Hexacloranul. 8. Gamehanul. 9. Lindanul. 10. DDT.
---	--

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Căderea tensională, fiind semnul cel mai frecvent în infarctul miocardic, cauzează dezvoltarea sindromului cardiocerebral.
2. Perturbările metabolice stau la baza encefalopatiei hepatice acute, fiind în raport direct cu gradul de dereglare a conștienței și disfuncția cognitivă.
3. Complicații frecvente ale policitemiei sunt meningoencefalitele bacteriene sau virale, deoarece în această afecțiune hematologică scade considerabil imunitatea.
4. În intoxicația cronică cu arsen se întâlnesc simptome intestinale sever exprimate (dureri acute în epigastru, vărsături, colici abdominale, diaree, hipotermie, convulsii), precum și hipersalivația.
5. Compușii clorului, folosiți în agricultură, sunt ușor solubili în grăsimi, ceea ce contribuie la pătrunderea lor rapidă în celulele nervoase.
6. Purgativele uleioase dizolvă compușii clorului și grăbesc absorbția lor, fapt ce le face absolut necesare în terapia de urgență a intoxicațiilor cu aceste substanțe.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 334.
2. C, p. 335.
3. A, p. 335.
4. E, p. 336.
5. B, p. 336.
6. D, p. 336.
7. E, p. 336.
8. C, p. 336.
9. C, p. 336.
10. A, p. 336.
11. E, p. 336.
12. D, p. 336.
13. B, p. 336.
14. B, p. 337.
15. C, p. 337.
16. D, p. 337.
17. C, p. 337.
18. A, p. 338.
19. B, p. 338.
20. C, p. 338.
21. D, p. 338.
22. D, p. 338.
23. E, p. 339.
24. C, p. 339.
25. A, p. 340.
26. A, p. 340.
27. D, p. 340.
28. A, p. 340–341.
29. B, p. 341.
30. D, p. 341.
31. E, p. 341.
32. E, p. 342.
33. B, p. 342.
34. C, p. 342.
35. C, p. 342.
36. B, p. 343.
37. D, p. 344.
38. E, p. 345.
39. E, p. 345.
40. D, p. 346.
41. A, p. 346.
42. E, p. 346.
43. D, p. 346.
44. C, p. 347.
45. B, p. 347.

II.

1. A, C, D, E, p. 334.
2. A, B, C, D, p. 334.
3. C, D, p. 335.
4. A, B, C, E, p. 335.
5. A, B, C, p. 335.
6. A, B, C, D, p. 335.
7. A, B, E, p. 335.
8. A, B, C, p. 335.
9. A, B, C, E, p. 335.
10. A, B, C, D, p. 335.
11. A, C, E, p. 335.
12. A, E, p. 335.
13. A, B, D, E, p. 335–336.
14. D, E, p. 336.
15. A, B, C, D, p. 336.
16. C, E, p. 337.
17. A, C, D, E, p. 337.
18. A, B, C, D, p. 337.
19. A, B, D, E, p. 337.
20. A, B, D, E, p. 337.
21. A, B, C, p. 337.
22. A, B, C, D, p. 337.
23. A, C, E, p. 337.
24. C, D, p. 338.
25. A, C, D, E, p. 338.
26. A, C, D, p. 338.
27. A, B, D, E, p. 338.
28. A, B, C, D, p. 338.
29. A, B, C, D, p. 338–339.
30. B, C, p. 339.
31. B, C, E, p. 339.
32. A, C, D, E, p. 339.
33. A, B, C, D, p. 339.
34. A, B, C, D, p. 339.
35. A, B, C, D, p. 340.
36. A, B, D, E, p. 340.
37. A, B, C, E, p. 341.
38. A, B, C, D, p. 341.
39. B, C, D, E, p. 340–341.
40. B, E, p. 340–341.
41. B, E, p. 341.
42. B, C, D, p. 342.
43. D, E, p. 342.
44. A, B, C, p. 342.
45. C, E, p. 343.

III.

1.
 - a. 2, 4, 6, 8, 9.
 - b. 1, 3, 5, 7, p. 338.
2.
 - a. 1.
 - b. 3.
 - c. 2.
 - d. 5.
 - e. 4, p. 342.
3.
 - a. 4, 5, 6, 10, 11.
 - b. 1, 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, p. 344.
4.
 - a. 2, 4, 5, 7, 11, p. 346.
 - b. 1, 3, 6, 8, 9, 10, 12, p. 347–348.
5.
 - a. 1, 3, 4, 5, p. 350.
 - b. 2, 6, 7, 8, 9.
6.
 - a. 6, 7, 8, 9, 10.
 - b. 1, 2, 3, 4, 5, p. 350.

IV.

1.
 - A, p. 335.
2.
 - A, p. 338.
3.
 - E, p. 342.
4.
 - D, p. 348.
5.
 - A, p. 350.
6.
 - C, p. 350.

46. A, p. 348.
47. E, p. 348.
48. B, p. 348.
49. A, p. 349.
50. D, p. 349.
51. A, p. 350.
52. B, p. 351.
53. C, p. 353.
54. D, p. 353.
55. E, p. 353.
56. A, p. 353.
57. B, p. 354.
58. E, p. 354.
46. B, C, D, E, p. 343.
47. A, B, C, D, p. 343.
48. A, B, D, E, p. 343.
49. A, C, D, E, p. 344.
50. A, B, C, D, p. 345.
51. A, C, D, E, p. 345.
52. C, E, p. 345.
53. C, D, E, p. 346.
54. A, B, C, D, p. 346.
55. A, B, C, E, p. 346.
56. A, B, C, E, p. 347.
57. B, C, D, E, p. 347.
58. A, B, D, p. 347.
59. A, B, D, E, p. 348.
60. A, B, C, p. 348.
61. A, C, D, E, p. 351.
62. A, B, C, p. 351.
63. B, C, D, E, p. 351.
64. A, B, C, p. 352.
65. B, E, p. 352.
66. A, B, C, E, p. 352–353.
67. B, C, D, E, p. 353.
68. A, C, D, E, p. 354.
69. D, E, p. 354.
70. A, B, D, E, p. 354.

17. TUMORILE CEREBRALE ȘI MEDULARE

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Staza venoasă determinată de tumorile intracraniene contribuie la apariția:
 - A. Edemului cerebral.
 - B. Manifestărilor clinice de focar.
 - C. Acceselor epileptice parțiale.
 - D. Acceselor epileptice generalizate.
 - E. Manifestărilor clinice de ordin general.
2. Simptomele de hipertensiune intracraniană apar la bolnavii cu procese expansive intracraniene în:
 - A. 100% din cazuri.
 - B. 60–80% din numărul total de bolnavi.
 - C. 40–50% din cazuri.
 - D. 20–30% din numărul total de bolnavi.
 - E. Aproximativ 15% din cazuri.
3. Hipertensiunea intracraniană apare mai precoce și este mai intensă în cazurile în care tumorile sunt situate:
 - A. În fosa craniană anterioară.
 - B. În fosa craniană medie.
 - C. În fosa craniană posterioară (subtentorial).
 - D. Supratentorial.
 - E. Extracranian.
4. O tumoră, care se dezvoltă în primul an de viață, poate să nu dea fenomene de hipertensiune intracraniană, deoarece:
 - A. Creierul la această etapă de dezvoltare nu are proprietatea de a se tumefia.
 - B. Ea produce o hiposecreție de lichid cefalorahidian.
 - C. Copilul nu poate reda manifestările subiective pe care le are.
 - D. Se produce o disjunctie a suturilor oaselor craniului.
 - E. Nu se deteriorează căile de scurgere a lichidului cefalorahidian.
5. În cele mai multe cazuri, primul simptom clinic din cadrul sindromului de hipertensiune intracraniană, cauzat de un proces expansiv intracranian, este:
 - A. Accesul epileptic.
 - B. Tulburările vestibulare.
 - C. Semnele de iritație meningiană.
 - D. Staza papilară.
 - E. Cefaleea.
6. Percuția craniului decelează, de cele mai multe ori (în peste o jumătate din cazuri), o zonă dureroasă la nivelul unde se localizează procesul patologic în:
 - A. Nevralgie trigeminală.
 - B. Encefalită herpetică.
 - C. Tumoră intracraniană.
 - D. Meningită limfocitară.
 - E. Hidrocefalie.

7. Cefaleea cedează definitiv în procesul expansiv intracranian odată cu:
 - A. Extirparea completă a procesului expansiv.
 - B. Apariția edemului papilei nervului optic.
 - C. Dispariția atrofiei papilei nervului optic.
 - D. Drenarea unei cantități de lichid ventricular.
 - E. Restabilirea chirurgicală a căilor de circulație a lichidului cefalorahidian.
8. Indicați simptomul care poate fi unica manifestare a hipertensiunii intracraniene la copil:
 - A. Cefaleea.
 - B. Grețurile.
 - C. Vomismențele.
 - D. Plânsul.
 - E. Iritabilitatea.
9. O importanță deosebită în diagnosticul tumorii intracraniane are manifestarea clinică de suferință a perechii de nervi cranieni:
 - A. II.
 - B. III.
 - C. IV.
 - D. V.
 - E. VI.
10. În calitate de semn al hipertensiunii intracraniane este mult discutat următorul semn clinic:
 - A. Amețeala.
 - B. Vertijul.
 - C. Tulburările vestibulare.
 - D. Epilepsia.
 - E. Dereglările oculomotorii.
11. În gliomele situate supratentorial în faza de hipertensiune intracraniană deseori apar:
 - A. Accesele epileptice parțiale.
 - B. Accesele epileptice generalizate.
 - C. Accesele epileptice parțial generalizate.
 - D. Absențele epileptice.
 - E. Somnambulismul.
12. La copii, tumorile de fosă craniană posterioară se întâlnesc în aproximativ:
 - A. 70% cazuri.
 - B. 50% cazuri.
 - C. 80% cazuri.
 - D. 90% cazuri.
 - E. 100% cazuri.
13. Sindromul de lob frontal este dominat de:
 - A. Epilepsie jacksoniană motorie.
 - B. Epilepsie jacksoniană senzitivă.
 - C. Agrafie.

- D. Tulburări psihice.
 - E. Semne piramidale.
14. Însușirea de a fi vesel și comunicativ în cadrul tulburărilor de afectivitate, cauzate de tumoarea de lob frontal, se numește:
- A. Euforie.
 - B. Jovialitate.
 - C. Euritmie.
 - D. Euțanasie.
 - E. Disforie.
15. Semnele pseudocerebeloase în tumorile de lob frontal sunt determinate de lezarea:
- A. Circumvoluțiunii precentrale.
 - B. Structurilor profunde ale lobului frontal.
 - C. Arterei cerebrale medii.
 - D. Structurilor bazale ale lobului frontal.
 - E. Centrelor și căilor fronto-ponto-cerebeloase.
16. Criza descrisă pentru prima dată de Foster, care constă în devierea conjugată a ochilor și a capului de partea opusă tumorii de lob frontal, urmată de mișcarea de torsiune a corpului și a membrilor, se numește criză:
- A. Pseudocerebeloasă.
 - B. Epileptică majoră.
 - C. Adversivă.
 - D. Jacksoniană.
 - E. De tip absență.
17. Tulburarea limbajului de tip afazie motorie se întâlnește în tumorile de:
- A. Lob frontal.
 - B. Lob parietal.
 - C. Lob temporal.
 - D. Lob occipital.
 - E. Fosă craniană posterioară.
18. Dereglările de câmp vizual în tumorile de la baza lobului frontal cu compresiunea nervilor optici și a chiasmei se manifestă sub formă de:
- A. Hemianopsii omonime.
 - B. Hemianopsii heteronime.
 - C. Hemianopsii de tip cadran.
 - D. Scotom central.
 - E. Îngustare concentrică de câmp vizual.
19. Bolnavul cu tumoare de lob frontal deseori nu este conștient sau nu acuză tulburările ce țin de:
- A. Sfera piramidală.
 - B. Sfera extrapiramidală.
 - C. Criza adversivă.
 - D. Vorbire.
 - E. Funcția olfactivă.

20. Criza jacksoniană în partea dreaptă a corpului, cauzată de tumoare de lob frontal, este însoțită de:
- A. Crize oculo-cefalogire.
 - B. Semne extrapiramidale.
 - C. Semnul de prehensiune.
 - D. Dereglări de vorbire.
 - E. Modificări ale acuității vizuale.
21. Nu sunt urmate de deficit motor crizele jacksoniene cauzate de:
- A. Hidrocefalia ocluzivă.
 - B. Hidrocefalia comunicantă.
 - C. Tumorile benigne de lob frontal.
 - D. Tumorile maligne de lob frontal.
 - E. Tumorile metastatice de lob occipital.
22. Indicați cea mai des întâlnită tulburare de sensibilitate în tumorile parietale:
- A. Parestezii în hemicorpul opus localizării tumorii.
 - B. Hipoalgezie în partea opusă a corpului.
 - C. Diminuarea simțului de vibrațiune în partea opusă localizării cerebrale a procesului neoplazic.
 - D. Hiperestezie termică în mână dependentă de inervația senzorială, afectată de tumoarea lobului parietal.
 - E. Astereognozia.
23. Alegeți descrierea corectă a pseudomieliiei, fenomen clinic întâlnit în tumorile de lob parietal:
- A. Senzații de furnicături, amorțeli, senzații de rece, arsură, înțepături, care cuprind hemicorpul opus sau parțial.
 - B. Manifestare paroxistică de tulburare a schemei corporale.
 - C. Bolnavul are senzația că o parte a corpului, a hemifetei sau un membru se mărește brusc în volum sau, din contra, se micșorează.
 - D. Bolnavul are senzația că ar exista un membru suplimentar sau o senzație cu caracter straniu, bizar.
 - E. Bolnavul nu simte porțiunile hemicorpului opus tumorii.
24. Un important semn de localizare în tumorile parietale ale emisferei nedominante este:
- A. Afazia semantică.
 - B. Agnozia digitală.
 - C. Neglijarea unui hemispațiu.
 - D. Apraxia ideatorie.
 - E. Apraxia îmbrăcatului.
25. Tulburările vizuale în tumorile profunde de lob parietal sunt condiționate de:
- A. Lezarea fibrelor Gratiolet.
 - B. Compresiunea nervilor optici.
 - C. Compresiunea chiasmei optice.
 - D. Lezarea integrității arterei cerebrale medii.
 - E. Implicarea în procesul patologic a lobului cerebral occipital.

26. Agnoziile vizuale pot fi condiționate de tumorile:
- De lob frontal.
 - Parietale posterioare.
 - De lob temporal.
 - De fosă craniană posterioară.
 - Hipofizare și paraselare.
27. Modificările câmpului vizual, caracteristice pentru tumorile de lob temporal, se manifestă prin:
- Îngustare concentrică de câmp vizual.
 - Hemianopsie heteronimă binazală.
 - Hemianopsie heteronimă bitemporală.
 - Hemianopsie laterală omonimă.
 - Scotom central.
28. Lezarea inegală a fibrelor optice, corespundente cadranelor inferioare al retinei, puse prin lobul temporal și care fac o buclă în jurul cornului temporal al ventriculului lateral, produce:
- Cecitate optică controlaterală.
 - Cecitate optică homolaterală.
 - Hemianopsie de tip cadran superior.
 - Hemianopsie de tip cadran inferior.
 - Scotom negativ.
29. Tulburările viscerovegetative apar mai des în tumorile:
- Sistemului limbic.
 - Lobului temporal stâng.
 - Lobului temporal drept.
 - De pol temporal care trec în lobul frontal.
 - Prin extindere, din lobul temporal în cel parietal.
30. Simptomele tumorii de lob occipital sunt ipsilaterale atunci când:
- Tumoarea se extinde în lobul parietal vecin.
 - Apare edemul cerebral malign.
 - Apar dereglări vasculare.
 - Se produce hernia temporală a creierului în fisura temporo-tentorială.
 - Are loc angajarea bulbului rahidian în gaura mare occipitală.
31. Semiologia tumorii lobului occipital este dominată de:
- Tulburări de sensibilitate.
 - Tulburări motorii.
 - Tulburări vizuale.
 - Apraxie.
 - Dereglări oculomotorii.
32. Indicați cel mai important simptom al patologiei lobului occipital:
- Hemianopsia.
 - Halucinațiile optice.
 - Agnozia vizuală.
 - Dereglările orientării spațiale.
 - Alexia.

33. Care complicație a tumorii de lob occipital face dificilă sau imposibilă obiectivizarea hemianopsiei?
- A. Staza papilară și atrofia optică.
 - B. Lezarea formațiunilor legate fiziologic de funcțiile psihice.
 - C. Lezarea fibrelor optice care fac o buclă în jurul cornului temporal al ventriculului lateral.
 - D. Afectarea sistemului nervos periferic.
 - E. Decolorarea jumătății nazale a papilei nervului optic.
34. Agnozia vizuală sau cecitatea psihică este o tulburare în care bolnavul:
- A. Nu poate aprecia distanța până la obiect sau cea dintre obiecte.
 - B. Vede obiectele, dar nu le recunoaște.
 - C. Vede deformat un obiect, pe care îl percepe aievea.
 - D. Vede distorsionat un obiect numai într-o parte a câmpului vizual.
 - E. Are paroxisme de fenomene vizuale de tip simplu (fotopsii) sau complex (imagini, chipuri).
35. Tulburările de nervi cranieni în tumorile de lob occipital interesează mai ales:
- A. Nervul optic, prin leziunea limitată a zonei de conexiune a nervului cu cortexul, obiectivându-se prin scotoame hemianopsice.
 - B. Nervul oculomotor printr-un mecanism de compresiune directă, pe care tumoarea o exercită asupra lui.
 - C. Nervul vestibular, manifestându-se ca un vertij paroxistic.
 - D. Nervul olfactiv prin compresiunea lui, manifestându-se prin anosmie sau hiposmie uni- sau bilaterală, de care bolnavul, deseori, nu este conștient sau nu le acuză.
 - E. Nervul abducens, prin fenomenul de hipertensiune intracraniană, clinic manifestându-se prin strabism convergent uni- sau bilateral.
36. În tumorile de fosă craniană posterioară, cel mai des este lezat nervul cranian:
- A. Oculomotor (III).
 - B. Patetic (IV).
 - C. Oculomotor lateral (VI).
 - D. Facial (VII).
 - E. Glosofaringian (IX).
37. Care semn radiologic este un semn prețios în diagnosticul craniofaringioamelor?
- A. Dehiscenta suturilor craniene.
 - B. Prezența „impresiilor digitale”.
 - C. Depuneri de calcar deasupra șei turcești sau în șa.
 - D. Șaua turcească se balonează, se umflă în mod caracteristic.
 - E. Îngroșarea semnificativă a osului frontal.
38. Indicați originea cea mai frecventă a tumorilor metastatice cerebrale:
- A. Tumorile prostatei.
 - B. Tumorile tractului gastrointestinal.
 - C. Procesele neoplazice bronho-pulmonare.
 - D. Cancerul mamar.
 - E. Neoplasmele de suprarenale.

39. Cercetarea reflexului de triplă retracție sau a reflexului de apărare în simptomatologia tumorii medulare ne ajută să:
- Suspectăm originea histologică a procesului neoplazic.
 - Stabilim faza de evoluție a tumorii.
 - Alegem metoda de investigație complementară necesară pentru precizarea diagnosticului.
 - Precizăm extinderea leziunii.
 - Localizăm partea compresiunii medulare.
40. Așa-numita disociație „proteino-celulară”, depistată prin analiza lichidului cefalorahidian, apare în:
- Procese spinale cervicale de etiologie inflamatorie.
 - Compresiune spinală dorso-lombară de origine traumatică.
 - Mielite ascendente de origine bacteriană.
 - Arahnoidită cerebrală bazală tuberculoasă.
 - În procesele tumorale medulare.
41. Puncția suboccipitală se efectuează în caz de:
- Bloc la nivele superioare.
 - Determinare a unor metastaze multiple, osteoame, osteoblastoame etc.
 - Identificare a tumorilor intramedulare.
 - Evidențiere a tumorilor vasculare ale sistemului nervos.
 - Diferențiere intraoperatorie între un astrocitom și un ependimom.
42. Care este unica metodă rațională de tratament al tumorilor medulare, indiferent de natura lor?
- Radioterapia.
 - Radiochirurgia.
 - Extirparea chirurgicală.
 - Chimioterapie.
 - Plasmafereza.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

- Teoria polietologică a cancerului presupune existența mai multor factori:
 - Exogeni.
 - Mutageni.
 - Celulari.
 - Endogeni.
 - Virolici.
- Selectați afirmațiile corecte referitoare la generalitățile despre tumorile cerebrale și medulare:
 - Etiologia virală a lor, în prezent, a fost pe deplin demonstrată.
 - Există stări precanceroase.
 - Există factori cancerigeni.
 - Tumorile pot apărea chiar și la o vârstă destul de înaintată.
 - Până în prezent nu s-a ajuns la un criteriu acceptat unanim în clasificarea tumorilor sistemului nervos.

3. Simptomatologia tumorilor intracraniene depinde de:
 - A. Factorul de cancerogeneză.
 - B. Vârsta bolnavului.
 - C. Reacția sistemului imun.
 - D. Localizarea lor.
 - E. Natura lor.
4. Simptomele tumorilor intracraniene pot fi clasificate în:
 - A. Simptome cauzate de creșterea presiunii intracraniene.
 - B. Simptome legate de leziunea locală a creierului.
 - C. Simptome determinate de modificarea metabolismului cerebral.
 - D. Simptome motivate de creșterea producerii lichidului cefalorahidian.
 - E. Simptomele condiționate de vârsta pacientului.
5. Simptomele de hipertensiune intracraniană sunt simptome de suferință generală și se datoresc:
 - A. Predispoziției ereditare de creștere în volum a sistemului ventricular cerebral.
 - B. Procesului înlocuitor de spațiu.
 - C. Tulburărilor circulatorii sanguine.
 - D. Tulburărilor circulatorii lichidiene.
 - E. Edemului cerebral peritumoral.
6. Acțiunea procesului expansiv intracranian este următoarea:
 - A. Erodează oasele cutiei craniene.
 - B. Stopează activitatea bioelectrică normală a creierului.
 - C. Deteriorează bariera hematoencefalică.
 - D. Comprimează și deplasează formațiunile anatomice.
 - E. Reduce treptat capacitatea craniană.
7. Indicați factorii care provoacă și contribuie la creșterea stazei venoase cerebrale în cadrul proceselor expansive intracraniene:
 - A. Comprimarea vaselor, inclusiv a venei Gallen.
 - B. Deplasarea emisferei pe linia mediană produce un obstacol în resorbția lichidului cefalorahidian.
 - C. Hipersecreția de lichid cefalorahidian.
 - D. Comprimarea sinusului cerebral transvers.
 - E. Apariția fistulei carotido-cavernose.
8. Hidrocefalia în cadrul tumorilor intracraniene, localizate pe traiectul de scurgere a lichidului cefalorahidian (ventriculul 3, apeductul ventriculului 4), apare pe motiv de:
 - A. Șuntare a fluxului de lichid cefalorahidian din sistemul ventricular în spațiul subarahnoidian.
 - B. Inflamație aseptică a vilozităților arahnoidiene parasagittale.
 - C. Acumulare excesivă de lichid cefalorahidian.
 - D. Acțiune mecanică a procesului expansiv.
 - E. Capacitate redusă de resorbție a lichidului cefalorahidian.
9. Prezența simptomelor de hipertensiune intracraniană în tumorile intracraniene este determinată în special de:
 - A. Predispoziția genetică a bolnavului.
 - B. Durata procesului neoplazic.

- C. Localizarea procesului patologic.
 - D. Factorul mutagen din faza precanceroasă de evoluție a bolii.
 - E. Histologia procesului patologic.
10. În inervația durei mater rolul principal le revine nervilor:
- A. Trigemini.
 - B. Faciali.
 - C. Glosofaringiani.
 - D. Vagi.
 - E. Hipoglosi.
11. Indicați structurile cerebrale isensibile (iritația lor nu provoacă dureri):
- A. Foița superioară a durei mater.
 - B. Foița inferioară a durei mater.
 - C. Arahnoida.
 - D. Pia mater.
 - E. Substanța creierului propriu-zisă.
12. Alegeți caracteristicile corecte referitoare la cefaleea din cadrul hipertensiunii intracraniene determinate de o tumoră intracraniană:
- A. Devine mai accentuată noaptea, după 2–3 ore de somn.
 - B. Tusea și eforturile fizice o exacerbează.
 - C. Poate să apară și să se intensifice la diferite mișcări și schimbări de poziție a capului.
 - D. Antinevralgicele uzuale au un efect trecător, de scurtă durată.
 - E. Apare odată cu apariția atrofiei optice.
13. Selectați manevrele care, în mod paliativ, fac să scadă durerile de cap în tumorile cerebrale:
- A. Greșurile.
 - B. Vomismentele.
 - C. Deshidratarea medicamentoasă.
 - D. Drenarea unei cantități de lichid ventricular.
 - E. Extirparea completă a procesului expansiv.
14. Selectați expresiile corecte referitoare la grețuri și vomismente în cadrul sindromului de hipertensiune intracraniană, provocat de procesele expansive intracraniene:
- A. Se produc fără efort, indiferent de alimentație.
 - B. Deseori, se întâlnesc în tumorile fosei craniene anterioare.
 - C. După puncția ventriculară cedează definitiv.
 - D. După deshidratare cedează temporar.
 - E. La copii pot fi însoțite de difuze dureri abdominale.
15. Indicați categoriile bolnavilor cu procese expansive intracraniene la care staza papilară lipsește sau este slab exprimată:
- A. Sugari.
 - B. Copii mici.
 - C. Adolescenți.
 - D. Bătrâni.
 - E. Bolnavii cu procese expansive intracraniene cu evoluție lentă.

16. Indicați afirmațiile corecte referitoare la sindromul Foster-Kennedy:
- Se întâlnește în tumorile treimii interne a aripii de sfenoid.
 - E prezentă o stază papilară la un ochi și atrofia optică primară cu scotom central la alt ochi.
 - E prezentă o stază papilară bilaterală.
 - E prezentă o atrofie optică secundară bilaterală.
 - În evoluție se adaugă și anosmia.
17. Selectați afirmațiile adevărate privitoare la atrofia optică secundară, poststază, din procesele expansive intracraniene:
- Este însoțită de o acuitate vizuală bună.
 - Uneori, pacientul se plânge de obnubilarea trecătoare a vederii.
 - Se instalează scăderea acuității vizuale, care poate conduce până la amauroză.
 - Pierderea vederii după staza papilară este definitivă.
 - Vederea revine treptat până la normal, dacă se practică operația radicală.
18. Tulburările psihice din hipertensiunea intracraniană în tumorile cerebrale se caracterizează inițial prin:
- Diminuarea globală a activității psihice.
 - Scăderea memoriei.
 - Dezorientare.
 - Confuzie.
 - Agresivitate.
19. Simptomele neurologice de focar:
- Nu au o specificare, fiind semne de suferință a întregului creier.
 - Indică sediul tumorii.
 - Sunt cauzate de iritația neuronală.
 - Sunt cauzate de deficitul neuronal.
 - Sunt însoțite de tulburări vasculare locale corespunzătoare compresiunii.
20. Simptomele neurologice de focar cu aceeași localizare la diferiți bolnavi variază în funcție de:
- Histologia tumorii.
 - Evoluția tumorii.
 - Vârsta bolnavului.
 - Boala somatică concomitentă.
 - Apartenența rasială a bolnavului.
21. Indicați semnele clinice care au importanță în diagnosticul tumorilor cerebrale la copil:
- Laterocolis*.
 - Retrocolis*.
 - Deviere în mers.
 - Necoordonarea mâinilor.
 - Necoordonarea picioarelor.
22. În localizarea diencefalohipofizară a tumorilor cerebrale la copii nu trebuie neglijat examenul:
- Echoencefalografic.
 - Oftalmologic.

- C. Otoneurologic.
 - D. Endocrin.
 - E. Oncologic.
23. Alegeți semnele piramidale posibile în manifestările clinice ale tumorii de lob frontal:
- A. Hemipareză centrală din partea opusă tumorii.
 - B. Reflexul palmo-mentonier Marinsecu-Radovici.
 - C. Rigiditate musculară cu semnul roții dințate.
 - D. Akinezie.
 - E. Tremurături.
24. În gliomele maligne de lob frontal, deficitul motor:
- A. Este minimal exprimat.
 - B. Apare mai precoce.
 - C. Este rapid.
 - D. Evoluează extensiv.
 - E. Are caracter definitiv.
25. Tulburările de schemă corporală în tumorile de lob parietal iau forma de:
- A. Astereognozie.
 - B. Parestezii în hemicorpul opus tumorii.
 - C. Autotopoagnozie.
 - D. Anozognozie.
 - E. Pseudomielie.
26. Indicați caracteristicile tulburărilor motorii în semiologia tumorii de lob parietal:
- A. Apar ca niște semne de împrumut.
 - B. Se manifestă printr-o simplă exagerare de reflexe osteotendinoase.
 - C. Se manifestă prin pareză mimică de tip central.
 - D. Iau aspectul de atrofie musculară de partea paralizată.
 - E. Pot fi unica manifestare a suferinței timp îndelungat (5–15 ani).
27. În crizele senzitive cauzate de tumorile de lob parietal cel mai des sunt implicate:
- A. Buza superioară.
 - B. Buza inferioară.
 - C. Fața.
 - D. Membrul superior.
 - E. Membrul inferior.
28. Pentru tumoarea parietală sunt caracteristice:
- A. Alexia.
 - B. Amuzia.
 - C. Acalculia.
 - D. Ambliopia.
 - E. Agrafia.
29. Alexia din tumoarea parietală poate fi:
- A. Literală.
 - B. Verbală.
 - C. Propozițională.
 - D. Expresivă.
 - E. Receptivă.

30. În tumorile de lob temporal au loc următoarele tulburări viscero-vegetative:
- A. Meteorism.
 - B. Tulburări vasomotorii.
 - C. Hipersudorație.
 - D. Amenoree.
 - E. Fatigabilitate patologică a mușchilor striati.
31. Alegeți caracteristicile corecte ale halucinațiilor ce apar în tumorile occipitale:
- A. Sunt de tip elementar: scânteieri, inele de foc, trasee colorate.
 - B. Mai rar apar halucinații complexe animate.
 - C. Bolnavul simte brusc miros și gust neplăcut de carne arsă etc.
 - D. Bolnavul se vede invadat parcă de secvențele unui film ce vine de undeva și se impune a fi vizionat până la sfârșit.
 - E. Bolnavul are crize senzitive, care se manifestă prin furnicături, amorțeli, senzație de rece, arsură, înțepături ce cuprind, în întregime sau parțial, un hemi-corp.
32. Indicați particularitățile tumorii de fosă craniană posterioară, condiționată de caracterele spațiului respectiv și de valoarea funcțională a formațiunilor anatomice pe care le adăpostește:
- A. Spațiul existent este redus dimensional.
 - B. Sistemul lichidian este blocat la nivelul apeductului Sylvius, ventriculului IV, cisternei magna sau al cisternelor pontocerebeloase și determină hidrocefalia.
 - C. Este implicat trunchiul cerebral, manifestându-se clinic prin afectarea nucleilor de origine sau a rădăcinilor nervilor cranieni în asociere cu semne motorii, senzitive și cerebeloase.
 - D. Se descriu mult mai puține tumori congenitale, comparativ cu alte fose craniene.
 - E. Se produc hernii cerebrale interne, deseori cu prognostic fatal.
33. Sindromul clinic de fosă craniană posterioară la copii este compus din:
- A. Sindromul de hipertensiune intracraniană.
 - B. Sindromul cerebelo-vestibular.
 - C. Sindromul de trunchi cerebral.
 - D. Sindromul vegetativ-endocrin-metabolic.
 - E. Tulburări de vorbire sub forma unei simple afazii de tip senzorial.
34. Indicați semnele clinice din tumorile de fosă craniană posterioară, care grăbesc explorarea și intervenția chirurgicală:
- A. Tulburările vegetative.
 - B. Alterarea cunoștinței.
 - C. Mersul ataxic cu baza lărgită.
 - D. Scrisul denaturat.
 - E. Sughitul persistent.
35. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la craniofaringioame:
- A. Proveniența lor se datorează unor resturi embrionare ale tijei pituitare.
 - B. Apar, mai ales, la copii.
 - C. Foarte des sunt chistice, cu depuneri de calcar în peretele chistului.
 - D. Tumoarea este radiosensibilă.
 - E. Înlăturarea tumorii pe cale operatorie este deosebit de dificilă.

36. Indicați metodele radiologice, cu folosirea mijloacelor de contrast, utilizate în diagnosticul tumorilor cerebrale:
- A. Scintigrafia cerebrală.
 - B. Pneumoencefalografia.
 - C. Ventriculografia.
 - D. Electroencefalografia.
 - E. Angiografia cerebrală.
37. Care afirmații sunt corecte privind principiile de tratament al tumorilor intracraniene?
- A. Intervenția chirurgicală este unica metodă de tratare a tumorilor intracraniene.
 - B. Uneori, atitudinea chirurgicală trebuie să se limiteze la intervenții paliative, care să rezolve doar hipertensiunea intracraniană.
 - C. Radioterapia are un efect considerabil în tumorile radiosensibile: meduloblastoame, epindimoame etc.
 - D. Chimioterapia citostatică a început să fie deja utilizată, dar efectele ei în materie de tumori cerebrale nici până în prezent nu sunt bine studiate.
 - E. Plasmafereza se aplică în tratamentul tumorilor intracraniene, eficiența ei bazându-se pe faptul că, odată cu îndepărtarea plasmei, se îndepărtează și anticorpii antitumorali existenți.
38. Indicați cele mai frecvente (după localizare) tumori medulare:
- A. Extradurale.
 - B. Subdurale.
 - C. Extramedulare.
 - D. Intradurale.
 - E. Intramedulare.
39. Indicați fazele clinice de evoluție a unei tumori medulare:
- A. Faza manifestărilor generale.
 - B. Faza manifestărilor locale.
 - C. Faza radiculară.
 - D. Faza de compresiune spinală parțială.
 - E. Faza de compresiune spinală totală.
40. Specificul clinic al tumorii medulare la copil este:
- A. Debutul brusc (o lungă perioadă asimptomatică).
 - B. Evoluția ondulată cu perioade de ameliorare și agravare.
 - C. Prezența rigidității spinale dorso-lombare și cervicale.
 - D. Cifoscolioze asociate cu contractura mușchilor paravertebrali.
 - E. Absența modificărilor osoase radiologice.
41. Rezultatul operator al tumorilor medulare depinde de mai mulți factori:
- A. Precocitatea diagnosticului.
 - B. Sediul tumorii.
 - C. Extinderea leziunilor anatomice.
 - D. Ștarea generală a bolnavului.
 - E. Sexul pacientului.
42. Metodele complementare de tratament al tumorilor medulare maligne sunt:
- A. Perfuzia intravenoasă de celule stem.
 - B. Plasmafereza.

- C. Radioterapia.
- D. Radiochirurgia.
- E. Chimioterapie.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați literele cu cifrele în conformitate cu clasificarea histologică a tumorilor sistemului nervos central, elaborată de experții OMS în 1993:

a. Tumori ale țesutului neuroepitelial. b. Tumori ale nervilor cranieni și spinali. c. Tumori ale meningelui.	1. Tumori astrocitare. 2. Tumori oligodendrogiale. 3. Tumori ependimare. 4. Gliome mixte. 5. Tumori ale plexului coroid. 6. Tumori neuroepiteliale cu origine incertă. 7. Tumori neuronale și neuronogiale. 8. Tumori ale parenchimului pineal. 9. Tumori embrionare. 10. Scwanom (neurinom, neurilem). 11. Neurofibrom. 12. Tumoră malignă a tecii nervului periferic (sarcom neurogenic, neurofibrom anaplastic, scwanom malign). 13. Tumori ale celulelor meningoteliale. 14. Tumori mezenchimale nonmeningoteliale. 15. Leziuni melanocitare primare. 16. Tumori cu histogeneză incertă.
---	---

2. Asociați literele cu cifrele în conformitate cu clasificarea histologică a tumorilor sistemului nervos central, elaborată de experții OMS în 1993:

a. Tumori cu celule germinale. b. Chisturi și leziuni cu aspect tumoral. c. Tumori ale regiunii selare. d. Extinderea locală a unor tumori regionale.	1. Germinom. 2. Carcinom embrionar. 3. Tumoră de sac Yolk (tumoră de sinus endodermal). 4. Coriocarcinom. 5. Teratom. 6. Tumori cu celule germinale mixte. 7. Chist al pungii Rathke. 8. Chist epidermoid. 9. Chist dermoid. 10. Chist coloid al ventriculului III etc. 11. Adenom hipofizar. 12. Carcinom hipofizar. 13. Craniofaringiom. 14. Paragangliom (chemodectom). 15. Chordom. 16. Chondrom. 17. Carcinom.
--	---

3. Asociați simptomele și semnele cu sindroamele întâlnite în cadrul tumorilor intracraniene:

Sindromul:

- a. Tulburări psihice.
- b. Forma pseudomeningiană a hipertensiunii intracraniene.

Simptomele și semnele:

- 1. Redoarea cefei.
- 2. Diminuarea globală a activității psihice.
- 3. Scăderea memoriei.
- 4. Dezorientare.
- 5. Semnul Kernig.
- 6. Semnul Brudzinski.
- 7. Confuzie.
- 8. Apatie.
- 9. Somnolență.
- 10. Stupoare.

4. Asociați cifrele cu literele:

- a. Gliom situat supratentorial.
- b. Gliom profund, situat în perețele ventricular.
- c. Epilepsie jacksoniană.

- 1. Pacientul este conștient de criza epileptică.
- 2. Accese de pierdere a cunoștinței fără convulsii.
- 3. Acces epileptic generalizat.

5. Asociați cifrele cu literele în cadrul tulburărilor de activitate și intelectuale în tumorile de lob frontal:

- a. Tulburările de activitate.
- b. Tulburările intelectuale.

- 1. Diminuarea inițiativei.
- 2. Dereglări de memorie.
- 3. Micșorarea atenției.
- 4. Slăbirea capacităților de judecată.
- 5. Diminuarea actelor voliționale.
- 6. Sindrom apatico-akinetico-abulic.
- 7. Dereglări de raționament.
- 8. Scăderea capacității de muncă.
- 9. Scăderea interesului pentru mediul social.
- 10. Dereglări de orientare.
- 11. Reducerea autocriticii.
- 12. Scăderea funcțiilor superioare de sinteză.

6. Asociați semiologia clinică de focar cu tumorile cu localizare frontală și parietală:

Localizarea tumorii:

- a. Lob frontal.
- b. Lob parietal.

Semiologia clinică:

- 1. Tulburări psihico-intelectuale.
- 2. Tulburări de sensibilitate.
- 3. Semne piramidale.
- 4. Astereognozia.
- 5. Semne extrapiramidale.
- 6. Semne pseudocerebeloase.
- 7. Tulburări de schemă corporală.
- 8. Crize senzitive.
- 9. Tulburări olfactive.
- 10. Tulburări sfinteriene.

7. Desemnați simptomele de focar „propriu” și „de împrumut” ale tumorii de lob temporal:

- | | |
|----------------------------|---|
| a. Simptome „propriu”. | 1. Surditate verbală (afazie senzorială). |
| b. Simptome „de împrumut”. | 2. Tulburări motorii. |
| | 3. Tulburări de sensibilitate. |
| | 4. Tulburări de vedere. |
| | 5. Epilepsie temporală. |
| | 6. Tulburări psihice. |
| | 7. Tulburări viscero-vegetative. |
| | 8. Apraxie. |

8. Asociați cifrele cu literele:

- | | |
|--|---|
| a. Tumorile medulare cervicale inferioare. | 1. Durerile iradiază în membrele superioare. |
| b. Tumorile medulare lombare superioare. | 2. Durerile iradiază în membrele inferioare. |
| | 3. Parapareză spastică. |
| | 4. Tulburări de sensibilitate ce corespund dermatoamelor lombare. |
| | 5. Tulburări paralitice și atrofice de tip Duchenne-Erb și Dejerine-Klumpke. |
| | 6. Senzația unei constricții „ca în corset”. |
| | 7. Reflexele rotuliene pot fi exagerate sau diminuate. |
| | 8. Tulburări de sensibilitate, a căror limită superioară corespunde unor dermatoame toracale. |

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Hipertensiunea intracraniană este foarte ușor exprimată în tumorile intracraniene cu evoluție mai rapidă (glioame maligne, metastaze), pe când în procesele expansive intracraniene benigne ea este deosebit de intensă.
2. Cu cât procesele expansive intracraniene sunt situate mai aproape de circumvoluțiunea rolandică, cu atât ele se manifestă mai repede prin epilepsie.
3. Calea acustică are o reprezentare corticală bilaterală. Din această cauză, surditatea de tip central se întâmplă rar de tot.
4. Rezultatele postoperatorii în tratamentul tumorilor medulare sunt mai bune, dacă se folosește tehnică și instrumentar speciale de microneurochirurgie.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 357.
2. B, p. 357.
3. C, p. 357.
4. D, p. 357.
5. E, p. 357.
6. C, p. 358.
7. A, p. 358.
8. C, p. 358.
9. E, p. 359.
10. D, p. 359.
11. B, p. 359.
12. A, p. 360.
13. D, p. 360.
14. B, p. 360.
15. E, p. 361.
16. C, p. 361.
17. A, p. 361.
18. B, p. 361.
19. E, p. 361.
20. D, p. 361.
21. C, p. 362.
22. E, p. 363.
23. D, p. 363.
24. E, p. 364.
25. A, p. 364.
26. B, p. 364.
27. D, p. 365.
28. C, p. 366.
29. A, p. 367.
30. D, p. 367.
31. C, p. 367.
32. A, p. 367.
33. A, p. 367.
34. B, p. 368.
35. B, p. 368.
36. C, p. 371.
37. C, p. 372.
38. C, p. 373.
39. D, p. 377.
40. E, p. 380.
41. A, p. 381.
42. C, p. 382.

II.

1. A, D, E, p. 355.
2. B, C, D, E, p. 355.
3. B, D, E, p. 357.
4. A, B, p. 357.
5. B, C, D, E, p. 357.
6. D, E, p. 357.
7. A, B, C, p. 357.
8. C, D, p. 357.
9. C, E, p. 357.
10. A, D, p. 358.
11. C, D, E, p. 358.
12. A, B, C, D, p. 358.
13. B, C, D, p. 358.
14. A, D, E, p. 358.
15. A, B, D, E, p. 358.
16. A, B, E, p. 358.
17. C, D, p. 358.
18. A, B, C, D, p. 358–359.
19. B, C, D, E, p. 359.
20. A, B, C, p. 359.
21. A, C, D, p. 360.
22. B, D, p. 360.
23. A, B, p. 360.
24. B, C, D, E, p. 362.
25. C, D, E, p. 363.
26. A, B, C, D, p. 363.
27. C, D, p. 363.
28. A, C, E, p. 364.
29. A, B, C, p. 364.
30. A, B, C, D, p. 367.
31. A, B, p. 367.
32. A, B, C, E, p. 369.
33. A, B, C, D, p. 369.
34. A, B, E, p. 372.
35. A, B, C, E, p. 372.
36. B, C, E, p. 374.
37. A, B, C, D, p. 374.
38. C, D, p. 375.
39. C, D, E, p. 376.
40. A, B, C, D, p. 380.
41. A, B, C, D, p. 383.
42. C, D, E, p. 383.

III.

1.
 - a. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, p. 355–356.
 - b. 10, 11, 12, p. 356.
 - c. 13, 14, 15, 16, p. 356.
2.
 - a. 1, 2, 3, 4, 5, 6, p. 356.
 - b. 7, 8, 9, 10, p. 356.
 - c. 11, 12, 13, p. 356.
 - d. 14, 15, 16, 17, p. 356.
3.
 - a. 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, p. 358–359.
 - b. 1, 5, 6, p. 359.
4.
 - a. 3.
 - b. 2.
 - c. 1, p. 359.
5.
 - a. 1, 5, 6, 8, 9
 - b. 2, 3, 4, 7, 10, 11, 12, p. 360.
6.
 - a. 1, 3, 5, 6, 9, 10, p. 360–361.
 - b. 2, 4, 7, 8, p. 363.
7.
 - a. 1, 4, 5, 6, 7.
 - b. 2, 3, 8, p. 365.
8.
 - a. 1, 5, 6, 8.
 - b. 2, 3, 4, 7, p. 379.

IV.

1. E, p. 357.
2. A, p. 359.
3. A, p. 366.
4. A, p. 383.

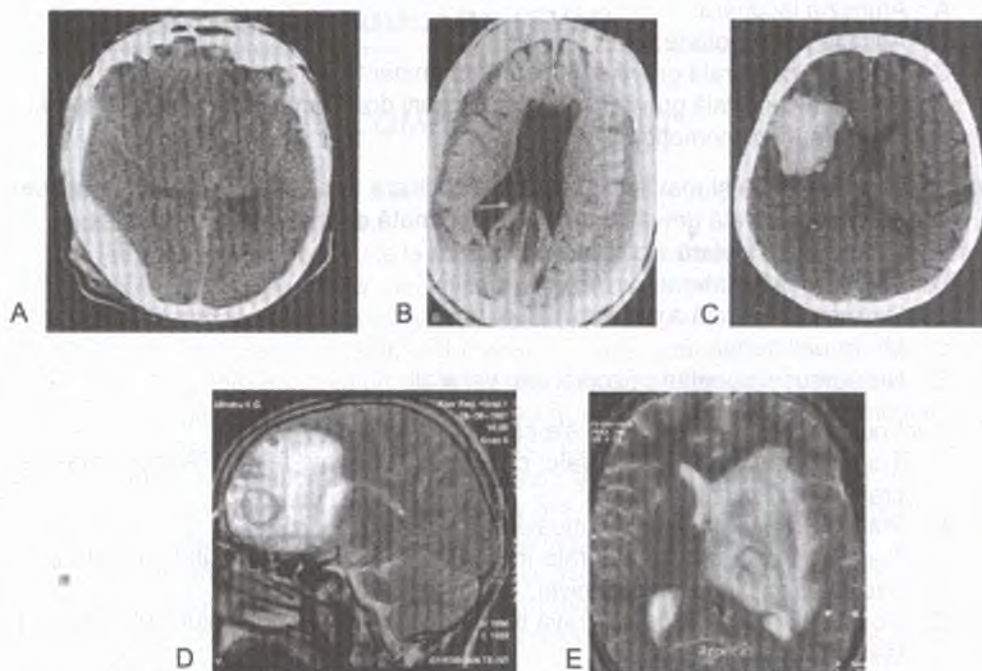
18. TRAUMATISMELE CRANIOCEREBRALE (TCC) ȘI VERTEBROMEDULARE (TVM)

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Alegeți descrierea corectă a teoriei mecanice (N. Pirogov) din patogeneza traumatismelor craniocerebrale.
 - A. Factorul mecanic conduce la acțiunea locală asupra creierului în formă de contuzie, hemoragie. Forța mecanică poate dezvolta schimbări patomorfologice atât în partea opusă aplicării forței mecanice, cât și în trunchiul cerebral.
 - B. În momentul acțiunii factorului mecanic asupra craniului în ventriculele craniene se formează valuri de lichid cefalorahidian, care se lovesc de pereții ventriculelor și conduc la dezvoltarea în endimul pereților ventriculelor a multiplelor microhemoragii, la formarea ventriculelor hemoragice.
 - C. În urma traumatismelor craniocerebrale apare un spasm vascular mai mult sau mai puțin pronunțat, în funcție de gravitatea traumatismelor, care dezvoltă în sistemul nervos central dereglări circulatorii și neurodinamice.
 - D. În momentul acțiunii factorului mecanic asupra craniului, creierul face așa-numita „ rotație ” în jurul piciorușului său (trunchiului cerebral). Astfel se provoacă o distrucție mecanică a țesutului creierului de către formațiunile osoase de pe partea inferioară a craniului.
 - E. Traumatismele craniocerebrale sunt asemenea unui excitant extraordinar, care provoacă în organism o stare de încordare – stresul, în perioada acută apar dereglări neuroendocrine, care duc la asimilarea în sânge a substanțelor semioxidate, ca rezultat al tuturor tipurilor de metabolisme.
2. Diagnosticul exact al fracturilor oaselor craniului se face pe baza:
 - A. Manifestărilor clinice.
 - B. Datelor anamnestice.
 - C. Examenului fundului de ochi.
 - D. Echoencefalografiei.
 - E. Radiografiilor.
3. Exoftalmia pulsatilă în cazul fracturii bazei craniului în fosa craniană mijlocie poate să se dezvolte în urma:
 - A. Contuziei globului ocular.
 - B. Traumatizării mușchilor externi ai globului ocular.
 - C. Inflamației aseptice a sinusului cavernos.
 - D. Dereglărilor endocrine acute.
 - E. Unei fistule carotido-cavernoase.
4. În cazul perturbărilor vegetative din contuzia cerebrală gravă, cel mai favorabil element de prognostic este:
 - A. Polipneea.
 - B. Tahicardia.
 - C. Hipertermia de tip central.
 - D. Echilibrarea rapidă a funcției respiratorii.
 - E. Accesele hipertensive.

5. Indicați cel mai grav sindrom traumatic craniocerebral:
- A. Amnezia lacunară.
 - B. Agitația psihomotorie.
 - C. Contuzia cerebrală gravă cu suferință dominantă de trunchi cerebral.
 - D. Contuzia cerebrală gravă, difuză, fără leziuni dominante în trunchiul cerebral.
 - E. Sindromul postcomitoșional.
6. Cea mai frecventă și mai caracteristică modificare a motilității oculare intrinsece în contuzia cerebrală gravă cu suferință dominată de trunchi cerebral este:
- A. Mișcarea pendulară a globului ocular.
 - B. Midriaza fixă bilaterală.
 - C. Deviația conjugată a ochilor.
 - D. Mioza unilaterală.
 - E. Nistagmusul spontan orizontal sau vertical.
7. Sunt numite plăgi nepenetrante ale capului:
- A. Traumatismele craniocerebrale, când nu sunt lezate țesuturile moi și oasele craniului la același nivel.
 - B. Plăgile cu lezarea țesutului moale al craniului.
 - C. Traumatismele craniocerebrale în care are loc lezarea țesutului moale și a oaselor craniului la același nivel.
 - D. Contuzia cerebrală medie gravă asociată cu plăgi ale scalpului, cu fisură sau fractură craniană.
 - E. Traumatismele craniocerebrale, când se formează un canal direct de pătrundere în cavitatea craniană a infecției din mediul exterior.
8. Indicați spațiul în care se dezvoltă hematoamele epidurale:
- A. În țesuturile moi ale craniului.
 - B. Între țesuturile moi și oasele craniului.
 - C. Între endocraniu și dura mater.
 - D. Între dura mater și învelișul păienjenos.
 - E. Între învelișul păienjenos și cel moale al creierului.
9. Volumul hematomului epidural variază, în mod obișnuit, între:
- A. 10–20 ml.
 - B. 20–30 ml.
 - C. 30–40 ml.
 - D. 50–100 ml.
 - E. Peste 100 ml.
10. Intervalul liber în formele tipice ale hematomului extradural (epidural) este de:
- A. 1–2 ore.
 - B. 3–4 ore.
 - C. 5–10 ore.
 - D. 12–24 ore.
 - E. 36–48 ore.

11. Alegeți imaginea CT caracteristică unui hematom epidural:



12. Sursa inițială de sângerare în hematoamele subdurale tardive (încapsulate) este:
- Artera meningiană mijlocie sau una dintre ramurile ei.
 - O venă ce drenează într-un sinus dura! capabil să poarte semnele sinusurilor sagital, lateral, sfenoparietal sau pietros superior.
 - Sistemul de lacune diploice.
 - O venă emisară a sinusului longitudinal superior în regiunea frontotemporală.
 - Artera cerebrală medie sau una dintre ramurile ei.
13. Localizarea preferențială a hematoamelor subdurale încapsulate este:
- Frontotemporală.
 - Frontală.
 - Temporală.
 - Occipitală.
 - Bazală.
14. Indicați entitatea nozologică de origine traumatică întâlnită în mod excepțional (extrem de rar) la copiii mici:
- Fractura craniană liniară.
 - Hematomul epidural.
 - Comoția cerebrală.
 - Contuzia cerebrală medie.
 - Contuzia cerebrală gravă.
15. Baza fiziopatologică a tulburărilor funcționale în nevroza craniotraumatică (sindromul postcontuzional) este:
- Acțiunea factorului mecanic care conduce la contuzie și hemoragie.

- B. Dezvoltarea multipleror focare de dilacerare care generează o activitate bio-electrică confluentă patologică.
 - C. Dereglarea circulației lichidului cefalorahidian ce conduce la majorarea tensiunii intracraniene.
 - D. Apariția, sub acțiunea factorului traumatic, a unei stări de încordare – stresul.
 - E. O tulburare a corelațiilor cortico-subcorticeale.
16. Atrofia corticală, ca sindrom posttraumatic tardiv, se manifestă în primul rând prin:
- A. Crize epileptice generalizate sau focale.
 - B. Tulburări de comportament.
 - C. Ataxie.
 - D. Dereglări de continență a urinei și scaunului.
 - E. Modificări cognitive-mnezice (demență).

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Traumatismul craniocerebral devine din ce în ce mai actual și cu pondere mai mare în patologia neurochirurgicală, odată cu:
 - A. Dezvoltarea tehnologiilor de neurodiagnostic.
 - B. Creșterea exagerată a traficului rutier.
 - C. Dezvoltarea industrială.
 - D. Ridicarea nivelului intelectual al societății.
 - E. Apariția unor focare de război.
2. În cadrul mecanismelor de traumatizare prin impact direct asupra scalpului și oaselor craniene acționează fenomenele de:
 - A. Accelerație.
 - B. Rotație.
 - C. Decelerație sau de frânare.
 - D. Precipitație.
 - E. Compresiune bilaterală.
3. Clasificarea traumatismelor craniocerebrale se face după următoarele criterii:
 - A. Etiologic.
 - B. Patogenetic.
 - C. Anatomic.
 - D. Evolutiv.
 - E. Clinic.
4. Fracturile bolții craniului fără înfundare pot avea forma unor fisuri:
 - A. Liniare.
 - B. Arcuate.
 - C. Stelare.
 - D. În zigzag.
 - E. Spiralate.
5. Hemoragiile în țesuturile moi ale capului se manifestă prin:
 - A. Echimoză și edem palpebral.
 - B. Hematom subtemporal.
 - C. Echimoză în regiunea mastoidiană.

- D. Otoragii și epistaxis.
 - E. Scurgere de lichid cefalorahidian (otoree, rinoree).
6. În fracturile bazei craniului cel mai des sunt lezați nervii:
- A. Olfactiv.
 - B. Optic.
 - C. Acusticovestibular.
 - D. Facial.
 - E. Hipoglos.
7. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la comota cerebrală:
- A. Se manifestă clinic printr-o scurtă abolire a stării de conștiință – de la câteva secunde până la 30 de minute.
 - B. Nu are substrat lezional.
 - C. Se datorează unor tulburări funcționale, care constau dintr-o abruptă depolarizare a membranei neuronilor din formațiunea reticulată a trunchiului cerebral.
 - D. Pacientul își revine complet.
 - E. După revenirea conștiinței, pacientul are un deficit neurologic constant și pronunțat.
8. În timpul intervalului liber al hematomului epidural pot fi observate următoarele evenimente clinice:
- A. Pacientul acuză cefalee spontană, care se intensifică sub presiune în locul traumatismului (de obicei, în regiunea temporală).
 - B. Pacientul doarme strâns și din ce în ce mai greu poate fi trezit.
 - C. Alteori, la sfârșitul intervalului liber are loc pierderea rapidă a cunoștinței.
 - D. Se produce o hemiplegie, afazie sau apar crize convulsive.
 - E. Mioza unilaterală marcată apare de aceeași parte cu leziunea.
9. Indicați tulburările vegetative observate în perioada de apogeu a hematomului epidural:
- A. Puls tahicardic.
 - B. Respirație rărită sau profundă și stertoroasă.
 - C. Hipertermie.
 - D. Hipertensiune arterială.
 - E. Midriază homolaterală cu leziunea.
10. Indicați metodele paraclinice de elecție în diagnosticul hematomului epidural:
- A. Tomografia computerizată.
 - B. Rezonanța magnetică.
 - C. Echoencefaloscopia.
 - D. Angiografia.
 - E. Ultrasonografia transcraniană Doppler.
11. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la hematoamele subdurale.
- A. Sunt revărsate sanguine care iau naștere și se dezvoltă în spațiul dintre endocraniu și dura mater.
 - B. Au o evoluție progresivă și un efect compresiv asupra creierului.
 - C. Sunt clasificate în acute, subacute și cronice.
 - D. Sursa de sângerare este o venă ce drenează într-un sinus durai.
 - E. Volumul variază în medie între 50 și 100 ml. Hematoamele gigante pot atinge volumul de 300 ml.

12. Indicați etapele evolutive ale hematomului subdural recent de tip acut:
 - A. Traumatism craniocerebral inițial cu alterarea imediată a stării de conștiență, de la pierderea simplă până la alterarea sa profundă.
 - B. Interval remisiv, de regulă scurt (câteva ore, rar zile), care poate fi bine evidențiat.
 - C. Alterarea stării de conștiență și a funcțiilor vegetative are loc brusc, prin evoluție rapidă.
 - D. Bolnavul devine comatos și starea lui se agravează continuu.
 - E. Însănătoșirea pacientului, de regulă, are loc lent, fără intervenție chirurgicală, pe fondul de tratament conservator resorbativ.
13. Marcați manifestările clinice ale hematomului subdural tip acut:
 - A. Perturbarea funcțiilor vegetative este deosebit de gravă și se reduce la: tahicardie, respirație Cheyne-Stokes, hipertermie, alterare treptată a reflexelor oculopalpebral, fotomotor, cornean, de clipire și de deglutiție.
 - B. Se remarcă un deficit motor de tip hemiplegie, însoțit de midriază, fenomene de compresie cerebrală.
 - C. Mutism akinetic.
 - D. Suferința marcată a trunchiului cerebral cu alterare profundă a stării de conștiență.
 - E. Crize de rigiditate prin decerebrare și midriază fixă bilaterală.
14. Desemnați schema evolutivă clasică a hematomului subdural tip subacut:
 - A. Traumatism craniocerebral cu alterarea imediată și profundă a stării de conștiență.
 - B. Interval liber inaparent sau reprezentat de ameliorarea stării de conștiență.
 - C. Agravare în decurs de câteva ore cu manifestări clinice de suferință a trunchiului cerebral (tulburări respiratorii, hipertermie, midriază fixă bilaterală, areflexie oculopalpebrală, absența deglutiției, crize de rigiditate prin decerebrare).
 - D. Simptomul Sedan pozitiv – la citire apare strabismul divergent, adică se de-reglează convergența și apare o diplopie.
 - E. Simptomul Mann – la mișcarea globilor oculari apar senzații neplăcute asemănătoare cu dereglările vestibulare. În același timp, apare durerea în globii oculari.
15. După încapsulare, volumul hematomului cronic subdural de obicei crește, fapt explicat prin:
 - A. Prezența unui gradient de presiune osmotică între conținutul hematomului și al lichidului cefalorahidian din spațiile subdurale.
 - B. Conținutul de cheaguri al hematomului se lichefiază treptat, devenind fluid în final.
 - C. Sângerări ulterioare din vasele de neoformație ale capsulei parietale a hematomului.
 - D. Sângerări ulterioare din vena emisară a sinusului longitudinal superior în regiunea frontotemporală.
 - E. Formarea unei fistule între spațiile de circulație fiziologică a lichidului cefalorahidian și spațiul delimitat al hematomului.

16. Schema clinică a hematomului subdural încapsulat este următoarea:
- A. Traumatismul craniocerebral minim (comoție cerebrală) sau mediu (contuzie cerebrală minoră).
 - B. Interval remisiv, care poate fi complet asimptomatic sau oligosimptomatic, manifestându-se prin cefalee, astenie, bradipsihie.
 - C. Perioada manifestă în care sunt prezente semne de hipertensiune intracraniană (cefalee predominantă de partea hematomului, vărsături, tulburări de echilibru, uneori edem palpebral), semne de iritație meningiană, semne neurologice de localizare.
 - D. Un timp, bolnavul acuză doar cefalee (tip hemicranie) cu vărsături, apoi apar și celelalte fenomene neurologice.
 - E. În pofida creșterii volumului hematomului, alterări de conștiință nu au loc.
17. Sindromul de angajare temporală în hematomul cronic subdural încapsulat se manifestă prin:
- A. Acces epileptic tonico-clonic generalizat, cu tendință spre instalarea stării de rău epileptic.
 - B. Alterare profundă a stării de conștiință.
 - C. Tulburări vegetative (tahicardie, tulburări respiratorii, hipertermie, modificări ale reflexelor oculopalpebrale și de deglutiție).
 - D. Tulburări neurologice (hemipareză ipsilaterală, accentuarea midriazei ipsilaterale).
 - E. În ultima fază apar crize de rigiditate prin decerebrare cu pupile midriatice bilaterale fixe, tulburări respiratorii și de deglutiție.
18. Clinic, hematomul cronic subdural încapsulat de fosă craniană posterioară are următoarea evoluție:
- A. Impact occipital.
 - B. Interval liber de câteva săptămâni.
 - C. Agravare, ce constă din cefalee intensă, vărsături, edem papilar, tulburări de echilibru, redoare a cefei și fenomene de suferință acută prin compresiunea trunchiului cerebral (tulburări de respirație, fonație, deglutiție).
 - D. Se alătură efecte secundare traumatice: revărsate sanguine intracerebrale sau meningite seroase.
 - E. După recăpătarea cunoștinței, pacientul își revine complet, fără repercusiuni ori subsecvențe imediate sau tardive.
19. Din punct de vedere clinic, nevroza craniotraumatică (sindromul postcontuzional) se caracterizează prin:
- A. Cefalee.
 - B. Amețeală.
 - C. Hipersomnie.
 - D. Tulburarea funcțiilor intelectuale.
 - E. Dereglări emoționale.
20. Cicatricea meningocerebrală, ca sindrom posttraumatic tardiv, se compune din elemente:
- A. Vasculare.
 - B. Endoteliale.
 - C. Mezenchimale.

- D. Gliale.
 - E. Neuronale.
21. Arahnoiditele posttraumatice pot fi:
- A. Miliare.
 - B. Circumscrise.
 - C. Difuze.
 - D. Chistice.
 - E. Adezive.
22. Examenul radiologic simplu în traumatismele craniocerebrale stabilește:
- A. Existența hematoamelor intracraniene.
 - B. Existența fracturilor osoase.
 - C. Localizarea precisă a fracturilor osoase.
 - D. Caracterul fracturii osoase.
 - E. Configurația sistemului ventricular cerebral.
23. Arteriografia are o deosebită însemnătate pentru:
- A. Hematomul intracranian (în incidența anteroposterioară se constată o îndepărtare considerabilă a vaselor cerebrale față de oasele craniene).
 - B. Aneurismul posttraumatic.
 - C. Atrofia corticală posttraumatică.
 - D. Encefalopatia posttraumatică.
 - E. Stările preblastomatoase de origine traumatică.
24. Indicați metodele de investigație paraclinică utilizate în examinarea pacientului cu traumatism craniocerebral:
- A. Radiografia simplă.
 - B. Potențiale evocate motorii.
 - C. Ecoencefalografia.
 - D. Tomografia axială computerizată.
 - E. Rezonanța magnetică nucleară.
25. În timpul examinării bolnavului traumatizat, medicul trebuie să cerceteze:
- A. Geneza leziunilor locale ale plăgilor.
 - B. Starea de conștiență.
 - C. Funcțiile vitale.
 - D. Simptomele neurologice.
 - E. Starea fundului de ochi.
26. Obiectivele primordiale ale terapiei intensive sunt următoarele:
- A. Controlul perturbărilor respiratorii.
 - B. Tratamentul edemului cerebral.
 - C. Deșocarea și reanimarea.
 - D. Administrarea cu precauție a sedativelor și neurolepticelor.
 - E. Asigurarea unei ventilații optime.
27. În traumatismele vertebromedulare, cel mai des sunt lezate:
- A. Vertebra a II-a cervicală.
 - B. Vertebra a IV-a cervicală.
 - C. Vertebra a VI-a a coloanei cervicale.

- D. Vertebra a XII-a a coloanei toracice.
 - E. Prima vertebră a coloanei lombare.
28. După aspectul radiografic, fracturile de coloană vertebrală pot fi clasificate astfel:
- A. Fisuri.
 - B. Fracturi cu sau fără deplasare.
 - C. Fracturi estompate.
 - D. Fracturi cu detașarea marginii dorsale sau anterioare a corpului vertebral.
 - E. Fracturi cu luxația apofizelor articulare.
29. Sindroame neurologice vertebromedulare posttraumatice sunt:
- A. Traumatizarea vertebrală fără implicarea măduvei spinării.
 - B. Comoția medulară.
 - C. Contuzia medulară.
 - D. Compresiunea medulară.
 - E. Dilacerarea medulară.
30. Alegeți metodele complementare de diagnostic al traumatismelor vertebromedulare, care oferă informație completă despre starea morfologică și funcțională a măduvei spinării, precum și a coloanei vertebrale.
- A. Radiografia simplă în incidență anterioară și de profil.
 - B. Endoscopia spațiului medular subarahnoidian.
 - C. Tomografia computerizată.
 - D. Rezonanța magnetică nucleară.
 - E. Electromiografia.
31. Măsurile terapeutice în traumatismele vertebromedulare includ:
- A. Modul de transportare a bolnavului și tratamentul antișoc.
 - B. Examenul radiologic și de laborator.
 - C. Tratamentul operator (spondilodeză, corporodeză).
 - D. Imobilizare.
 - E. Tratamentul și prevenirea escarelor.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați tipurile de contuzie cerebrală cu manifestările lor:

Contuzia cerebrală:

- a. Ușoară.
- b. Medie.
- c. Gravă.

Manifestările:

- 1. Abolirea conștienței de la câteva ore până la câteva săptămâni.
- 2. Alterarea stării de conștiență (comă) cu durata mai mică de 1 oră.
- 3. Abolirea stării de conștiență cu durata de mai multe ore sau zile.
- 4. Semnele neurologice lipsesc sau sunt discrete.
- 5. Tulburările tonigene și posturale sunt foarte variate și cuprinse între cele două extreme – de hipotonie generalizată și de rigiditate prin decorticare.
- 6. Cefaleea este constantă și pronunțată.

2. Asociați afirmațiile referitoare la higromul subdural și cele referitoare la hematumul intracerebral:
 - a. Higromul subdural.
 1. Prezintă o acumulare de sânge în țesutul cerebral.
 2. Este o colecție circumscripă de lichid cefalorahidian într-o zonă din spațiul subdural.
 3. Nu există un acord terminologic unanim privind acest proces patologic.
 4. Poate fi cu sau fără erupere în sistemul ventricular.
 5. Tabloul clinic și evoluția corespund hematomului subdural.
 6. De obicei, starea generală este foarte gravă, până la comă.
 7. Uneori, în caz de dimensiuni mici, se recurge la tratament conservator.
 8. În toate cazurile, tratamentul este chirurgical, de urgență.
 - b. Hematomul intracerebral.
3. Asociați cifrele cu literele:
 - a. Fongusul cerebral.
 1. Constituie o hernie a substanței cerebrale prin orificii produs de traumatism.
 2. Se produce prin pătrunderea corpurilor străini în substanța cerebrală.
 3. Poate fi precoce și tardiv.
 4. Un anumit rol în apariția lui îl joacă atât factorul infecțios, cât și hipertensiunea intracraniană.
 5. Apare, mai ales, în urma traumatismelor craniocerebrale deschise, tratate în mod inadecvat.
 - b. Abcesul cerebral.
4. Atribuiți semnele clinice nivelului de compresiune medulară traumatică:
 - a. Regiunea toracică superioară.
 1. Parapareză cu hipotonie.
 2. Abolire de reflexe.
 3. Atrofie musculară.
 4. Tulburări sfincteriene accentuate.
 5. Tulburări trofice intense.
 6. Dureri intercostale.
 7. Tulburări de sensibilitate, a căror limită superioară corespunde unor dermatome toracice.
 8. Tulburări vasomotorii, de sudorație și pilomotorii.
 - b. Conul medular „coadă de cal”.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Deosebirile sindromale dintre sindroamele de compresiune cerebrală traumatică și netraumatică se datorează, în special, faptului că efectul compresiv al leziunilor traumatiche se exercită asupra unui creier deja lezat, în timp ce leziunile tumorale, parazitare, vasculare comprimă un creier ce pare a fi în rest nevătămat.
2. Hematomul epidural atinge foarte repede un volum maxim datorită faptului că în majoritatea cazurilor, direct sau prin distorsiune, este delacerată artera meningiană medie, ce produce un jet arterial cu o presiune suficientă pentru a învinge rezistența aderenței durei mater la endocraniu.
3. Schema tabloului și a evoluției clinice a higromului subdural diferă fundamental de cea a hematoamelor subdurale, ceea ce explică, în mare măsură, ușurința unui diagnostic diferențial pe baze pur clinice.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 384.
2. E, p. 386.
3. E, p. 386.
4. D, p. 389.
5. C, p. 389.
6. B, p. 390.
7. D, p. 390.
8. C, p. 391.
9. D, p. 391.
10. D, p. 391.
11. A, p. 392.
12. D, p. 393.
13. A, p. 393.
14. B, p. 397.
15. E, p. 397.
16. A, p. 398.

II.

1. B, C, E, p. 384.
2. A, C, E, p. 384.
3. C, D, E, p. 385.
4. A, B, C, p. 386.
5. A, B, C, D, p. 386.
6. A, B, C, D, p. 386.
7. A, B, C, D, p. 387.
8. A, B, C, D, p. 391.
9. B, C, D, E, p. 391.
10. A, B, p. 391.
11. B, C, D, E, p. 391–392.
12. A, B, C, D, p. 392.
13. A, B, D, E, p. 392.
14. A, B, C, p. 392–393.
15. A, C, p. 393.
16. A, B, C, D, p. 393–394.
17. B, C, D, E, p. 394.
18. A, B, C, p. 394.
19. A, B, D, E, p. 398.
20. C, D, E, p. 398.
21. B, C, D, E, p. 398.
22. B, C, D, p. 399.
23. A, B, p. 399.
24. A, C, D, E, p. 399.
25. A, B, C, D, p. 399.
26. A, E, p. 400.
27. C, D, E, p. 401.
28. A, B, D, E, p. 402.
29. B, C, D, E, p. 402.
30. C, D, E, p. 404.
31. A, C, D, E, p. 404–405.

III.

1.
 - a. 2, 4.
 - b. 3, 6, p. 388.
 - c. 1, 5.
2.
 - a. 2, 3, 5, 8, p. 394.
 - b. 1, 4, 6, 7, p. 394–395.
3.
 - a. 1, 4, 5.
 - b. 2, 3, p. 397.
4.
 - a. 6, 7, 8, p. 403–404.
 - b. 1, 2, 3, 4, 5, p. 404.

IV.

1. B, p. 390–391.
2. A, p. 391.
3. E, p. 394.

19. ABCESELE CEREBRALE ȘI PARAZITARE

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Dintre numeroasele abcese cerebrale cele mai frecvente sunt abcesele: .
 - A. Adiacente.
 - B. Metastatice.
 - C. Posttraumatice.
 - D. De origine necunoscută.
 - E. Parazitare.
2. Majoritatea abceselor endocraniene debutează prin:
 - A. Accidente comițiale.
 - B. Fenomene de hipertensiune intracraniană.
 - C. Pareză mimică de tip periferic.
 - D. Sindrom bulbar și/sau pseudobulbar.
 - E. Dereglări ale ritmului somn-veghe.
3. La copii, abcesele debutează mai des cu:
 - A. Crize comițiale generalizate.
 - B. Crize focale (motorii, temporale, senzitivo-motorii).
 - C. Cefalee cu deficit motoriu lent progresiv.
 - D. Dereglări de echilibru și coordonare.
 - E. Febră.
4. Perioada de stare a abceselor cerebrale este cunoscută sub denumirea:
 - A. Triada Charcot.
 - B. Triada Marburg.
 - C. Triada Bergman.
 - D. Sindromul Korsakoff.
 - E. Sindromul Foville.
5. Indicați metoda de diagnostic complementară de primă alegere (metoda de diagnostic superioară) în examenul pacientului cu abces cerebral:
 - A. Electroencefalografia (EEG).
 - B. Echoencefalografia (EchoEG).
 - C. Angiografia cerebrală.
 - D. Tomografia computerizată (CT).
 - E. Rezonanța magnetică nucleară (RMN).
6. Empiemul subdural reprezintă:
 - A. O colecție purulentă situată în spațiul subdural.
 - B. Un revărsat sanguin, care ia naștere și se dezvoltă în spațiul subdural.
 - C. Un spațiu potențial al cavității craniene între dura mater și arahnoidă.
 - D. Un spațiu epidural la nivelul măduvei spinării, cu conținut semifluid, bogat în triacilglicerol și vene cu pereți subțiri.
 - E. Spațiul subarahnoidian, situat în aria dintre arahnoidă și pia mater, cu conținut de fluid cerebrospinal.

7. Indicați afecțiunea considerată cea mai importantă urgență chirurgicală dintre toate colecțiile purulente intracraniene:
 - A. Abcesul cerebral.
 - B. Abcesul extradural.
 - C. Empiemul subdural.
 - D. Abcesul de fosă craniană posterioară.
 - E. Abcesul adiacent rinogen.
8. Agentul patogen al cisticercozei cerebrale este:
 - A. Larva de *Taenia echinococcus*, localizată la nivelul encefalului și vertebromedular sub formă de chisturi solitare sau multiple, de dimensiuni variabile.
 - B. Forma larvară de *Taenia solium*.
 - C. *Paragonimus Westirmeni*.
 - D. Brucele, microorganisme gramnegative, mici, imobile, aerobi obligați.
 - E. *Borrelia burgdorferi*.
9. Indicați sindromul care se află pe primul loc în tabloul clinic al perioadei de stare a cisticercozei cerebrale:
 - A. Agitația psihomotorie.
 - B. Sindromul neurologic de focar.
 - C. Irritația meningeală.
 - D. Hipertensiunea intracraniană.
 - E. Comițial.
10. Sindromul meningeal din perioada de stare a cisticercozei predomină în cazul localizării procesului patologic în:
 - A. Fosa craniană anterioară.
 - B. Fosa craniană medie.
 - C. Fosa craniană posterioară.
 - D. Sacul dural al măduvei spinale.
 - E. Sistemul ventricular cerebral.
11. Indicați medicamentul utilizat în tratamentul conservator al cisticercozei cerebrale:
 - A. Biltricid (prazicvantel).
 - B. Pirimetamină.
 - C. Sulfadiazină.
 - D. Amitriptilină.
 - E. Zidovudină.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Supurațiile chirurgicale endocraniene, manifestate ca procese expansive intracraniene, se clasifică, după sediul lor, în:
 - A. Abcese epicraniene.
 - B. Abcese cerebrale.
 - C. Abcese extradurale.
 - D. Empieme subdurale.
 - E. Abcese intraventriculare.

2. Din punct de vedere *etiopatogenic*, abcesele cerebrale se clasifică în:
 - A. Adiacente.
 - B. Metastatice.
 - C. Posttraumatice.
 - D. De origine necunoscută.
 - E. Neclasificate.
3. Abcesele metastatice și cele de origine nedeterminată afectează mai des:
 - A. Lobul cerebral frontal.
 - B. Lobul cerebral parietal.
 - C. Lobul cerebral temporal.
 - D. Lobul cerebral occipital.
 - E. Cerebelul.
4. Din punct de vedere *morfopatologic* (după formă și număr), abcesele cerebrale pot fi:
 - A. Unice, cu formă regulată și mărime variabilă.
 - B. Multiloculare, cu contur neregulat, cu septuri multiple intracavitare și tendință la recidivă, în cazul în care nu sunt extrase total.
 - C. Multiple, perfect izolate și la distanță unele de altele, pot exista în număr mare, invers proporțional cu volumul.
 - D. Diseminate, prost delimitate, de dimensiuni mici, cu sediul predominant în trunchiul cerebral și unghiul ponto-cerebelos.
 - E. Cerebritice – focare de inflamație cerebrală, în număr de 1–5, care au tendința spre confluență și încapsulare.
5. Din punct de vedere *bacteriologic*, abcesele cerebrale pot fi:
 - A. Virale (de cele mai multe ori, cauzate de virusurile grupei *herpes* și enterovirusuri).
 - B. Monomicrobiene (floră streptococică sau stafilococul auriu).
 - C. Polimicrobiene (asociație de coci grampozitivi sau gramnegativi).
 - D. Cu germeni neidentificați.
 - E. Cu culturi sterile.
6. Morfopatologic, formarea abceselor cerebrale trece prin mai multe stadii:
 - A. Stadiul I – encefalita presupurativă, produsă printr-un ramolisment septic.
 - B. Stadiul II – encefalita supurativă sau stadiul de abces necolectat.
 - C. Stadiul III – abcesul colectat sau abcesul confluent.
 - D. Stadiul IV – abcesul încapsulat.
 - E. Stadiul V – abcesul calcificat (rezolvat).
7. Semnele hipertensiunii intracraniene sunt următoarele:
 - A. Somnolență severă.
 - B. Cefalee periodică cu grețuri, vome.
 - C. Edem sau stază papilară constatată la examenul fundului de ochi.
 - D. Creșterea presiunii lichidului cefalorahidian constatată prin rahicenteză.
 - E. Semne radiologice: distrucția fragmentelor osoase ale șei turcești, adâncirea *impresio digitalis*, dilatarea canalelor venelor diploe etc.
8. Perioada de stare a abceselor cerebrale se caracterizează prin:
 - A. Sindrom delirios.

- B. Sindrom infecțios.
 - C. Sindrom convulsiv.
 - D. Sindrom de hipertensiune intracraniană.
 - E. Sindrom neurologic de localizare.
9. Rezonanța magnetică nucleară este o metodă imagistică, cu o valoare informativă majoră în evidențierea abceselor:
- A. Cu localizare dificilă.
 - B. Dispuse în structurile liniei mediane.
 - C. Localizate în trunchiul cerebral.
 - D. Localizate în vecinătatea implantelor dentare din metaloceramică.
 - E. Dispuse în etajul cranian posterior.
10. Tratamentul abceselor cerebrale cuprinde următoarele compartimente:
- A. Profilactic: călirea organismului, vaccinarea și corijarea deficiențelor sistemului imun.
 - B. Conservator: antibioterapie în corespundere cu profilul de sensibilitate.
 - C. Chirurgical: ablația abcesului cu exereza capsulei.
 - D. Chirurgical: lavaj închis permanent al lojei abcesului cu sol. dioxidină 0,5%, timp de 4–5 zile postoperator.
 - E. Tradițional: acupunctură, balneoterapie.
11. În aspect etiopatogenic, empiemele subdurale pot fi:
- A. Parainfecțioase.
 - B. Postinfecțioase.
 - C. Prin inoculare directă.
 - D. Adiacente.
 - E. Metastatice.
12. Din grupul empiemelor subdurale adiacente fac parte empiemele subdurale secundare:
- A. Sinuzitelor frontale.
 - B. Infecțiilor orbitale.
 - C. Infecțiilor dentare.
 - D. Infiltrațiilor paravertebrale.
 - E. Osteomielitelor craniului.
13. Sindromul neurologic de localizare din perioada de stare a empiemului subdural metastatic se manifestă prin:
- A. Hipertensiune intracraniană.
 - B. Deficit motor.
 - C. Crize comițiale jacksoniene.
 - D. Crize comițiale generalizate.
 - E. Tulburarea vorbirii.
14. Investigațiile paraclinice mai utile în diagnosticarea empiemului subdural sunt:
- A. Echoencefaloscopia.
 - B. Electroencefalografia.
 - C. Angiografia cerebrală.
 - D. Tomografia computerizată cerebrală.
 - E. Rezonanța magnetică nucleară cerebrală.

15. Indicați manifestările tetraei Schroeder, care, uneori, se poate întâlni în echinococoza cerebrală:
- A. Băiat din mediul rural.
 - B. Vârsta de 5–10 ani.
 - C. Stare generală bună.
 - D. Semne de hipertensiune intracraniană.
 - E. Semne focale neurologice minime.
16. Investigațiile paraclinice în echinococoza cerebrală (chistul hidatic) includ:
- A. Radiografie cerebrală.
 - B. Ultrasonografie Doppler a vaselor magistrale cervico-cerebrale.
 - C. Electroencefalografie (EEG).
 - D. Tomografie computerizată (CT).
 - E. Rezonanță magnetică nucleară (RMN).
17. În perioada de stare a cisticercozei cerebrale, se evidențiază câteva sindroame ale tabloului clinic:
- A. Sindromul comițial.
 - B. Sindromul de hipertensiune intracraniană (HIC).
 - C. Sindromul meningeal.
 - D. Sindromul neurologic de localizare.
 - E. Modificări endocrine.
18. Sindroamele neurologice de localizare din perioada de stare a cisticercozei cerebrale se clasifică în:
- A. Sindrom piramidal.
 - B. Sindrom extrapiramidal.
 - C. Afectarea nervilor cranieni.
 - D. Tulburări senzitive.
 - E. Tulburarea echilibrului.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cifrele cu literele:

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| a. Abcese adiacente. | 1. Rinogene. |
| b. Abcese metastatice. | 2. Pleuropulmonare. |
| | 3. Otogene. |
| | 4. Cianogene. |
| | 5. Odontogene. |
| | 6. Cu alt punct de plecare. |

2. Asociați cifrele cu literele:

- | | |
|--|--|
| a. Empieme subdurale prin inoculare directă. | 1. Apărute după abcesele pulmonare. |
| b. Empieme subdurale metastatice. | 2. După bronhopatii supurative cronice. |
| | 3. Postoperatoriu. |
| | 4. După drenarea spontană în spațiul subdural. |
| | 5. După drenarea chirurgicală a abcesului. |
| | 6. După empieme pleurale. |
| | 7. Apărute după furunculoză. |
| | 8. Apărute în septicemii. |
| | 9. După manevrele de puncție cu aspirație sau cu drenaj în abcese. |

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

Debutul empiemului subdural este destul de manifest din cauza coexistenței simptomatologiei cerebrale cu cea a focarului infecțios primar.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 406.
2. B, p. 408.
3. E, p. 408.
4. C, p. 408.
5. D, p. 408.
6. A, p. 409.
7. C, p. 409.
8. B, p. 411.
9. E, p. 412.
10. C, p. 412.
11. A, p. 412.

II.

1. B, C, D, p. 406.
2. A, B, C, D, p. 406.
3. A, B, p. 406.
4. A, B, C, p. 406–407.
5. B, C, D, E, p. 407.
6. A, B, C, D, p. 407.
7. B, C, D, E, p. 408.
8. B, D, E, p. 408.
9. A, B, C, E, p. 409.
10. B, C, D, p. 409.
11. C, D, E, p. 409.
12. A, B, C, E, p. 409.
13. B, C, D, E, p. 410.
14. C, D, E, p. 410.
15. A, C, D, E, p. 411.
16. D, E, p. 411.
17. A, B, C, D, p. 412.
18. A, C, D, E, p. 412.

III.

1.
 - a. 1, 3, 5.
 - b. 2, 4, 6, p. 406.
2.
 - a. 3, 4, 5, 9.
 - b. 1, 2, 6, 7, 8, p. 409.

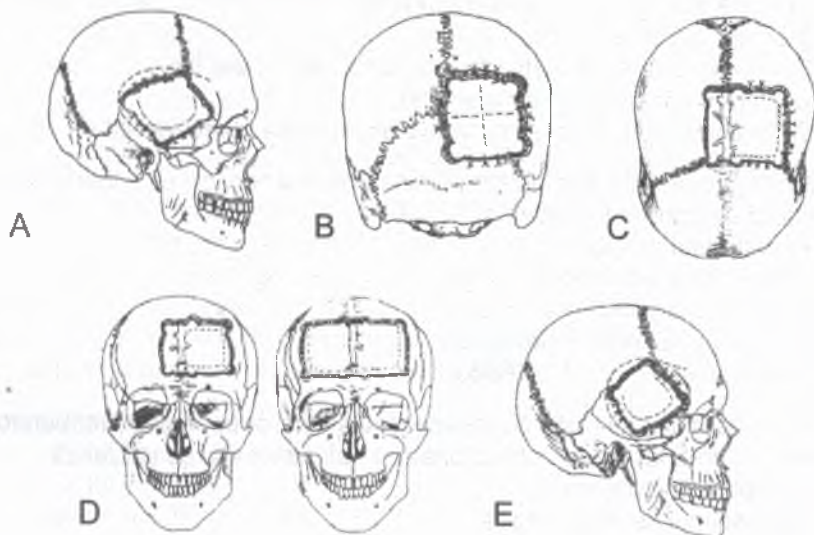
IV.

- A, p. 409.

20. PRINCIPIILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL AFECȚIUNILOR SISTEMULUI NERVOS

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Elementul principal al unei săli de operație neurochirurgicale dotate este:
 - A. Microscopul chirurgical.
 - B. Aparatajul anesteziologic.
 - C. Echipamentul de monitorizare a funcțiilor vitale.
 - D. Utilajul radiologic.
 - E. Utilajul electrofiziologic.
2. Punctul-cheie pentru prima freză de trepan în craniotomia de abord frontal este localizat:
 - A. La treimea laterală a sinusului sagital superior în punctul antero-inferior extrem.
 - B. La nivelul joncțiunii liniei fronto-temporale și procesului zigomatic al osului frontal.
 - C. La nivelul glabelei, chiar deasupra cristei Galii.
 - D. La nivelul inserției posterioare a arcului zigomatic.
 - E. La nivelul intersecției osului zigomatic (lângă sutura fronto-zigomatică) cu linia temporală superioară și linia supraorbitală, cât mai inferior posibil.
3. Craniotomia pterională a fost recomandată de marele neurochirurg al contemporaneității:
 - A. Dure.
 - B. Holborn.
 - C. Yasargil.
 - D. Goldgi.
 - E. Zuphlâh.
4. Indicați craniotomia parasagitală:



5. În unele craniotomii (pterională, temporală), toracele pacientului este elevat de la planul orizontal pentru:
 - A. Facilitarea abordului chirurgical.
 - B. Obținerea unei monitorizări mai eficiente a funcțiilor vitale în decursul operației.
 - C. Prevenirea compresiunii nervilor periferici în timpul intervenției.
 - D. Reducerea distensiei venoase.
 - E. Respectarea standardelor internaționale.
6. Uneori, craniotomia temporală poate fi combinată cu craniotomia pterională pentru:
 - A. A avea acces la cerebel.
 - B. A reduce riscul de embolism aerian.
 - C. Pacienții cu risc sporit de hemoragii intraoperatorii.
 - D. Tumorile de corp calos.
 - E. Pacienții cu leziuni masive ale bazei craniului.
7. Punctul-cheie în aplicarea frezei de trepan în cazul craniotomiei temporale standard este localizat:
 - A. La unghiul extern al orbitei.
 - B. La nivelul inserției anterioare a arcului zigomatic.
 - C. La inserția posterioară a arcului zigomatic.
 - D. De-a lungul marginii superioare a inciziei cutanate.
 - E. În depresiunea osului sfenoid.
8. Nivelul vertebral scontat în timpul intervenției neurochirurgicale se determină cu ajutorul:
 - A. Potențialelor evocate somato-senzoriale (PESS).
 - B. Potențialelor evocate motorii (PEM).
 - C. Fluoroscopiei intraoperatorie.
 - D. Computer mielografiei intraoperatorie.
 - E. Ultrasonografiei Doppler intraoperatorie.
9. La nivelul cervical inferior C₃–C₇, abordul anterior preferabil este pe stânga, deoarece:
 - A. Se evită lezarea *n. laringeus recurrens*.
 - B. Trebuie identificat *m. colii longus*.
 - C. Este nevoie să se ia o atitudine specială față de esofag.
 - D. Asigură un câmp operator mai vast.
 - E. Se obține o incizie a pielii cosmetic acceptabilă, dar eficientă.
10. Etapa chirurgicală de manipulare în canalul spinal cervical este foarte importantă și implică utilizarea obligatorie a:
 - A. Ferăstrăului tip Gigli.
 - B. Sfredelului electric tip Esculap.
 - C. Lupei de magnificare a imaginii.
 - D. Microscopului neurochirurgical.
 - E. Preparatului hemostatic Gelcofoam.
11. În cazul operațiilor pe motiv de traumatism al nervilor periferici intraoperator, pentru identificarea fasciculelor funcționale și nefuncționale, se utilizează:
 - A. Computer tomografia.
 - B. Microscopul neurochirurgical.

- C. Ultrasonografia Doppler.
 - D. Examenul electromiografic cu ac-electrozi.
 - E. Metoda potențialelor evocate.
12. Prin neuropatii compresive (sindroame de tunel) se subînțeleg:
- A. Leziuni traumatice ale nervilor periferici cu întreruperea anatomică completă a nervului.
 - B. Compresiunea nervilor periferici în timpul somnului.
 - C. Compresiunea nervilor periferici după oboseală sau stare de ebrietate.
 - D. Leziunile trunchiului nervos provocate de strangularea lui, care se poate dezvolta în canalele osteo-fibroase ale extremităților.
 - E. Compresiunile nervilor periferici la muncitorii care lucrează în tunele, în condițiile unei atmosfere presurizate.
13. Cea mai simplă metodă, din punct de vedere tehnic, în operațiile microneurochirurgicale pe nervii periferici este:
- A. Suturarea epineurală primară.
 - B. Suturarea secundară (dacă nu au fost condiții pentru suturarea primară).
 - C. Neuroliza externă microchirurgicală.
 - D. Neuroliza internă microchirurgicală.
 - E. Autoplastia nervilor cu aplicarea tehnicii microchirurgicale.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Există câteva poziționări ale pacientului cu afecțiune cerebrală pe masa de operație:
- A. Atârnată.
 - B. Șezând.
 - C. Laterală.
 - D. Ventrală.
 - E. Pronată.
2. Numărul găurilor de trepan depinde de:
- A. Suprafața craniotomiei.
 - B. Localizarea craniotomiei.
 - C. Microscopul de operație.
 - D. Vârsta pacientului.
 - E. Prezența aderențelor dintre dura mater și lamela internă a craniului.
3. Hemoragia epidurală poate fi stopată prin:
- A. Utilizarea coagulatorului bipolar cu irigare continuă.
 - B. Aplicarea de ceară medicală la sfârșitul rezecției osului.
 - C. Aplicarea preparatului gelcofoam.
 - D. Plasarea unor suturi pe dura mater și fixarea lor de os.
 - E. Utilizarea penselor hemostatice sau a clamelor.
4. Abordurile supratentoriale sunt posibile prin:
- A. Abordul frontal (bifrontal).
 - B. Abordul pterional.
 - C. Craniotomia temporală.

- D. Craniotomia intraorbitală.
 - E. Craniotomiile parasagitale.
5. Abordul frontal (bifrontal) este utilizat pentru accesarea:
 - A. Tumorilor lobului frontal.
 - B. Tumorilor corpului calos.
 - C. Tumorilor frontobazale anterioare ale chiasmei.
 - D. Tumorilor de fosă craniană posterioară.
 - E. Anevrismelor poligonului Willis.
 6. Pentru a evita lezarea durei mater în timpul unirii găurilor de trepan prin abord frontal, trebuie să cunoaștem următoarele particularități:
 - A. Dura mater este o membrană subțire, fină, ce înconjoară creierul și măduva spinării.
 - B. Deseori, dura mater aderă la suprafața internă a osului la nivelul sinusului sagital superior al porțiunii anterioare.
 - C. Dura mater aderă la craniu la nivelul suturilor craniene.
 - D. La conectarea primelor freze anterioare, translatorul se plasează din partea laterală spre gaura medială.
 - E. Conectarea găurilor 2 și 3 se face de la gaura medială posterioară spre cea medială anterioară.
 7. Indicați elementele poziționării pacientului pentru craniotomie pterională:
 - A. Pacientul este supinat.
 - B. Capul pacientului este în flexiune sub un unghi de 90° .
 - C. Toracele este ușor ridicat de la planul orizontal.
 - D. Picioarele – flexionate în articulația genunchilor.
 - E. Fixarea în fixatorul Mayfield.
 8. Sunt recomandate următoarele metode principale pentru efectuarea craniotomiei temporale:
 - A. Incizie cutanată în formă de „S”.
 - B. Incizie de la arcul zigomatic anterior de tragus cu finisare pe linia piloasă a capului aproximativ la linia mediană.
 - C. Craniotomie minimal invazivă cu incizie liniară a pielii, efectuată pentru evacuarea hematomului subdural.
 - D. Incizie în formă de *question mark* (semn de întrebare) cu craniotomie standard.
 - E. Incizie în formă de potcoavă.
 9. Dacă în timpul craniotomiei temporale se lezează sinusul transvers, se acționează în modul următor:
 - A. Se oprește de urgență intervenția neurochirurgicală.
 - B. Se transfuzează suplimentar 1,0 l lichid intravenos.
 - C. Sinusul se acoperă cu mușchi.
 - D. Sinusul se acoperă cu gelfoam.
 - E. Pe sinus se plasează o sutură, care include și o bucată de mușchi temporal.
 10. În craniotomia occipitală frezele de trepan se aplică:
 - A. În locul intersecției sinusului sagital superior cu sinusul transvers.
 - B. La joncțiunea sinusurilor sigmoid și transvers.

- C. De-a lungul liniei mediane de la primul punct (5–7 cm).
 - D. Lateral de ultimul punct, perpendicular pe ultimul punct (5–7 cm).
 - E. Opțional, în funcție de caz.
11. Craniotomia suboccipitală este folosită pentru a avea acces la:
- A. Cerebel.
 - B. Unghiul ponto-cerebelos.
 - C. Artera cerebrală medie.
 - D. Partea antero-laterală a trunchiului cerebral.
 - E. Patologiile cu necesitate de a recurge la decompresiuni microvasculare în tumorile găurii mari occipitale.
12. În craniotomia suboccipitală pot fi folosite următoarele tipuri de poziționare:
- A. Șezând.
 - B. Lateral oblic.
 - C. Semișezând.
 - D. „Rândunică”.
 - E. „Concord”.
13. Dezavantajele poziționării șezând și pronat în craniotomia suboccipitală sunt următoarele:
- A. Riscul sporit de embolism aerian.
 - B. Oboseala sporită a mâinilor chirurgului.
 - C. Risc sporit de pneumotorax.
 - D. Posibilele leziuni ale plexului brahial.
 - E. Posibilele leziuni ale nervilor femurali.
14. Indicațiile generale în intervențiile la coloana vertebrală se bazează pe:
- A. Acuzele pacientului.
 - B. Anamnestical bolii.
 - C. Severitatea, durata și progresarea simptomelor clinice (segmentare sau piramidale).
 - D. Alterațiile parametrilor electrofiziologici (potențiale evocate somato-senzoriale – PESS, potențiale evocate motorii – PEM).
 - E. Imaginile radiologice concordante cu datele clinice (mielografie computerizată, rezonanță magnetică nucleară).
15. În cadrul tratamentului chirurgical al afecțiunilor degenerative ale coloanei vertebrale sunt descrise următoarele metode alternative de abord:
- A. Posterior.
 - B. Anterior.
 - C. Lateral.
 - D. Transversal.
 - E. Coronar.
16. Tehnica abordului posterior către coloana vertebrală (laminotomia) are următoarele indicații:
- A. Tumorile medulare (epidurale, subdurale și intramedulare).
 - B. Tumorile primare ale coloanei, de localizare posterioară cu compresiunea măduvei spinării.
 - C. Abcesul pulmonar.

- D. Discectomiile cervicală, lombară și toracică.
 - E. Stenoza de canal spinal.
17. Indicațiile în abordul anterior către coloana vertebrală sunt:
- A. Imposibilitatea certă de a rezolva intervenția prin abord posterior.
 - B. Pregătirea chirurgului (predilecția lui spre asemenea abord).
 - C. Tumorile medulare și primitive vertebrale de localizare anterioară.
 - D. Fracturile de corp vertebral.
 - E. Discectomiile toracică și cervicală (C_4-C_7).
18. Ca puncte de reper pentru abordul anterior către coloana cervicală servesc următoarele structuri anatomice:
- A. Unghiul mandibulei.
 - B. Mușchiul sternocleidomastoid.
 - C. Fasciculul neurovascular carotid.
 - D. *M. colli longus*.
 - E. Marginea superioară a claviculei.
19. În teaca carotidă se află:
- A. Artera carotidă.
 - B. Vena jugulară internă.
 - C. Nervul vag.
 - D. Nervul glosfaringian.
 - E. Parțial, plexul simpatic.
20. Cele mai frecvente afecțiuni neurochirurgicale ale nervilor periferici sunt:
- A. Malformațiile.
 - B. Neoplasmele.
 - C. Traumatismul.
 - D. Sindroamele de tunel.
 - E. Angiopatiile intraneurale.
21. Cele mai frecvente sindroame de tunel sunt:
- A. Sindromul de canal carpian (n. median).
 - B. Sindromul de canal cubital (n. ulnar).
 - C. Sindromul mușchiului scalen anterior (fasciculul primar inferior al plexului brahial).
 - D. Nevralgia intercostală (n. intercostal).
 - E. Sindromul de canal tarsal (n. tibial).
22. Principalele tipuri de operații microneurochirurgicale decompressive pe nervii periferici sunt:
- A. Sutura epineurală primară.
 - B. Sutura secundară (dacă nu au fost condiții pentru sutura primară).
 - C. Neuroliza externă microchirurgicală.
 - D. Neuroliza internă microchirurgicală.
 - E. Autoplastia nervilor cu aplicarea tehnicii microchirurgicale.
23. Indicații pentru neuroliza internă în sindromul canalului carpal sunt:
- A. Dereglările senzitive permanente, confirmate de proba Weber.
 - B. Durerile nocturne severe în mână, rebele la tratamentul medicamentos.

- C. Existența atrofiei mușchilor tenari.
- D. Creșterea timpului de latență distală la stimularea nervului median.
- E. Prezența pe traseul electromiografic a fibrilațiilor în mușchiul tenar.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați craniotomiile neurochirurgicale cu scopurile în care se folosesc:

Craniotomia

- a. Pterională.
- b. Temporală.

Scopul:

- 1. Anevrismele circulației anterioare și ale circulației bazale.
- 2. Biopsia lobului temporal (encefalită herpetică).
- 3. Lobectomia temporală în caz de epilepsie temporală, decompresiune posttraumatică.
- 4. Abordarea sinusului cavernos.
- 5. Hematomul subdural cronic.
- 6. Tumorile supraselare (adenomul hipofizar, craniofaringioma).
- 7. Tumori ale lobului temporal.

2. Asociați tipurile operațiilor microneurochirurgicale cu tipul leziunii nervilor periferici:

Tipul leziunii:

- a. Traumatică închisă.
- b. Traumatică deschisă.

Tipurile operațiilor:

- 1. Neuroliza externă.
- 2. Neuroliza interfasciculară.
- 3. Sutura epineurală a bonturilor nervoase.
- 4. Sutura interfasciculară a bonturilor nervoase.
- 5. Transpoziționarea nervului ulnar în regiunea cubitală.
- 6. Autoplastia cu grefon al nervilor.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

În cadrul craniotomiei occipitale lamboul cutanat incizat trebuie reflectat spre baza craniului, de-a lungul liniilor nuchale, ceea ce permite păstrarea arterei occipitale ca sursă de alimentare sanguină.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 413.
2. B, p. 415.
3. C, p. 416.
4. C, p. 419.
5. D, p. 416, 417.
6. E, p. 417.
7. E, p. 417.
8. C, p. 421.
9. A, p. 422.
10. D, p. 422.
11. E, p. 423.
12. D, p. 424.
13. C, p. 425.

II.

1. B, C, D, E, p. 413.
2. A, B, D, E, p. 414.
3. A, B, C, D, p. 415.
4. A, B, C, E, p. 415.
5. A, B, C, E, p. 415.
6. B, C, D, E, p. 415–416.
7. A, C, D, E, p. 416.
8. C, D, p. 417.
9. C, D, E, p. 418.
10. A, B, C, D, p. 418.
11. A, B, D, E, p. 419.
12. A, B, C, E, p. 419.
13. A, B, C, D, p. 419.
14. C, D, E, p. 420.
15. A, B, p. 420.
16. A, B, D, E, p. 420.
17. C, D, E, p. 421.
18. B, C, D, p. 421.
19. A, B, C, E, p. 421.
20. C, D, p. 423.
21. A, B, E, p. 424.
22. C, D, E, p. 425.
23. A, C, E, p. 425–426.

III.

1.
 - a. 1, 4, 6, p. 416.
 - b. 2, 3, 5, 7, p. 417.
2.
 - a. 1, 2, 5, p. 423.
 - b. 3, 4, 6, p. 423–424.

IV.

- A, p. 418.

21. EPILEPSIA ȘI SINDROMUL CONVULSIV

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Actualmente, epilepsia se definește ca:
 - A. O maladie acută a encefalului, de etiologie multiplă, caracterizată prin accese repetate, apărute în rezultatul descărcărilor neuronale excesive, și care se manifestă prin simptomatologie clinică și paraclinică diversă.
 - B. Maladie ondulatorie, caracterizată prin accese comițiale repetate cu pierderea cunoștinței, iar ulterior – cu tulburări de personalitate.
 - C. O stare cronică de etiologie diversă, în cadrul căreia un individ este predispus la crize epileptice recurente, de obicei spontane.
 - D. O afecțiune cronică progresivă, manifestată prin tulburări paroxistice ale conștienței, accese de convulsii, înțepeniri, accese vegetative, precum și modificări progresive în sfera psihoemoțională, înregistrate în perioada interictală.
 - E. Accese de pierdere a cunoștinței de scurtă durată în cadrul tulburărilor paroxistice de conștiență.
2. Criza epileptică reprezintă:
 - A. O descărcare anormală excesivă a neuronilor cerebrali, însoțită de manifestări motorii și de alt caracter: senzorial, cognitiv sau afectiv.
 - B. O stare paroxistică în care bolnavul are senzația că lumea înconjurătoare se rotește în jurul lui sau că însuși corpul lui se deplasează în spațiu, acompaniată de simptome vegetative sau afective.
 - C. Un acces de tulburări vegetative cu componente emoțional-afective, comportamentale și cognitive.
 - D. Un acces de scurtă durată, în cadrul tulburărilor paroxistice de conștiență, precedat de obicei de vertijuri, senzații afectiv-vizuale, acustice etc.
 - E. O stare patologică manifestată prin tulburări polisistemice psihice, vegetative, algice, dereglări musculo-tonice.
3. În structura maladiilor neurologice, după incidență, epilepsia ocupă locul:
 - A. Întâi.
 - B. Doi.
 - C. Trei.
 - D. Patru.
 - E. Cinci.
4. Indicați numărul aproximativ al bolnavilor de epilepsie din Republica Moldova:
 - A. 10 000.
 - B. 20 000.
 - C. 30 000.
 - D. 40 000.
 - E. 50 000.
5. De câte ori este mai înalt indicele mortalității de epilepsie în raport cu indicele respectiv normal?
 - A. De 2 ori.
 - B. De 2–4 ori.

- C. De 4–5 ori.
 - D. De 6 ori.
 - E. De 10 ori.
6. Indicați procentajul cazurilor în care, în pofida utilizării explorărilor suplimentare sofisticate, etiologia epilepsiei rămâne nedeterminată:
- A. 5%.
 - B. 25%.
 - C. 37%.
 - D. 62%.
 - E. 78%.
7. Alegeți descrierea corectă a crizelor epileptice generalizate (convulsive sau neconvulsive).
- A. Primele semne clinice și traseul electroencefalografic (EEG) indică activarea unui sistem anatomo-funcțional neuronal limitat al unei emisfere cerebrale.
 - B. Primele semne clinice indică chiar de la început implicarea ambelor emisfere cerebrale, conștiința poate fi tulburată, acesta putând fi simptomul inițial. Manifestările motorii sunt bilaterale.
 - C. Nu au un caracter bine definit, din cauza datelor nesatisfăcătoare sau incomplete.
 - D. Clinic, se caracterizează prin convulsii tonice urmate de convulsii clonice, care au un debut localizat, urmat de o extensie progresivă a convulsiilor într-o succesiune topografică bine definită, ajungându-se deseori la generalizarea convulsiilor în hemisfera respectivă.
 - E. Se manifestă prin fenomene senzoriale elementare. Crizele sunt parestezice, durabile, însoțite de modificarea percepției termice.
8. Termenul *criză epileptică parțială „simplă”* se utilizează atunci când:
- A. Bolnavul în timpul crizei rămâne conștient de ceea ce are loc în jurul său.
 - B. Bolnavul în timpul crizei are tulburări ușoare de conștiință.
 - C. Crizele nu au manifestări clinice, ci doar electroencefalografice.
 - D. Crizele au doar manifestări clinice; pe traseul EEG chiar și în timpul crizei nu se înregistrează modificări specifice.
 - E. Focarul epileptogen este localizat în lobul frontal, bilateral.
9. Pentru afectarea lobului frontal sunt caracteristice crizele:
- A. Senzoriale elementare.
 - B. Febrile.
 - C. Jacksoniene.
 - D. Sincopale.
 - E. Vertiginose.
10. Aura nu este specifică pentru epilepsia:
- A. Lobului frontal.
 - B. Lobului parietal.
 - C. Lobului temporal.
 - D. Lobului occipital.
 - E. Nedeterminată.

11. În majoritatea cazurilor (circa 60%), la originea crizelor epileptice ale lobului parietal stau:
- A. Accidentele vasculare cerebrale.
 - B. Factorii genetici.
 - C. Arahnoiditele posttraumatice.
 - D. Gliomele.
 - E. Malformațiile arterio-venoase.
12. Dacă prin examenul RMN a fost depistată o scleroză temporală, lobectomia temporală, recomandată ca metodă în tratamentul epilepsiei temporale, este eficientă în:
- A. 100%.
 - B. 90% din cazuri.
 - C. 80% din cazuri.
 - D. 70% din cazuri.
 - E. 60% din cazuri.
13. Epilepsia generalizată în majoritatea cazurilor se manifestă prin crize:
- A. Absențe.
 - B. Mioclonice.
 - C. Clonice.
 - D. Tonice.
 - E. Tonico-clonice.
14. La copii, epilepsia generalizată deseori se manifestă prin crize:
- A. Atonice.
 - B. Tonice.
 - C. Clonice.
 - D. Mioclonice.
 - E. Absențe.
15. Care crize epileptice sunt cele mai frecvente (circa 50% din cazuri)?
- A. Parțiale simple.
 - B. Parțiale complexe.
 - C. Parțiale secundar generalizate.
 - D. Tonico-clonice (grand mal).
 - E. Absențele.
16. În care fază de desfășurare a crizei epileptice tonico-clonice are loc prăbușirea brutală a bolnavului, ce poate conduce la accidente?
- A. Faza de debut.
 - B. Faza spasmului tonic.
 - C. Faza convulsiilor clonice.
 - D. Faza comatoasă sau stertoroasă.
 - E. Faza postcritică.
17. Unui pacient care pentru prima dată în viață suportă o criză epileptică i se indică în mod obligatoriu:
- A. Pneumoencefalografia.
 - B. Echoencefalografia.
 - C. Tomografia computerizată cerebrală.

- D. Rezonanța magnetică cerebrală.
 - E. Potențiale evocate motorii transcraniene.
18. Din investigațiile suplimentare neurofiziologice în examenul bolnavului cu epilepsie rolul de bază revine:
- A. Potențialelor evocate somato-senzoriale (PESS).
 - B. Electroencefalografiei (EEG).
 - C. Ultrasonografiei Doppler duplex.
 - D. Potențialelor evocate vizuale.
 - E. Potențialelor evocate prin stimulare magnetică transcraniană.
19. Electroencefalografia (EEG) se utilizează în diagnosticul epilepsiei din anul:
- A. 1870.
 - B. 1905.
 - C. 1917.
 - D. 1924.
 - E. 1962.
20. Indicați rata monoterapiei efective în tratamentul epilepsiei:
- A. 100%.
 - B. Peste 90% din cazuri.
 - C. Peste 80% din cazuri.
 - D. Peste 70% din cazuri.
 - E. Peste 60% din cazuri.
21. În cazul în care au fost respectate principiile tratamentului anticonvulsivant și două preparate administrate succesiv sunt inefficiente, se recurge la:
- A. Administrarea de trei preparate.
 - B. Tratamentul chirurgical.
 - C. Reconsiderarea diagnosticului.
 - D. Consultul genetic.
 - E. Stoparea tratamentului pe un termen de 2 săptămâni.
22. Calendarul convulsiv, intrat în principiile tratamentului anticonvulsivant, este util pentru:
- A. Informarea pacientului: durata tratamentului, beneficiile, efectele adverse posibile.
 - B. Înregistrarea eficacității tratamentului.
 - C. Rezolvarea problemelor de toleranță a preparatului.
 - D. Încercarea de a atinge eficiența maximal posibilă pentru fiecare remediu.
 - E. Supravegherea dozei remediului (tratamentul începe cu doze mici, majorând treptat doza preparatului până la doza necesară).

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Termenul *epilepsie*, precum și boala ca atare, în aspect istoric, comportă următoarele tălmăciri și ipoteze:
 - A. Provine de la cuvântul latin *epilambana* – a se distra.
 - B. În traducere din limba greacă înseamnă surpriză – de la modul neașteptat de instalare („ca o surpriză”).
 - C. În perioada magică a medicinei se numea *morbus sacer* – „boală sfântă”, datorită forței de mare amploare din crizele convulsive.
 - D. Epilepsia este o suferință cu desfășurare dramatică și cu impresie deosebită asupra unui public neavizat, care merge până la spaimă și fiori reci.
 - E. Bolnavii erau considerați mesageri ai forței diavolului, motiv pentru care a căpătat denumirea de „boală neagră”.
2. Caracteristicile epilepsiei sunt următoarele:
 - A. Este un simptom al disfuncției creierului.
 - B. Implică o depolarizare haotică și paroxistică a neuronilor și propagarea descărcărilor neuronale respective în țesutul nervos.
 - C. Are implicații bruște și severe în plan motor, senzitivo-senzorial, comportamental, emoțional și bioelectric.
 - D. Descărcarea anormală poate fi limitată la un teritoriu particular sau localizat din creier ori se poate propaga în ariile largi ale acestuia.
 - E. Include un complex de semne patologice, determinate de afectarea funcțională a sistemului nervos vegetativ segmentar și suprasegmentar.
3. În incidența epilepsiei pot fi marcate următoarele „vârfuri”:
 - A. De la naștere până la vârsta de 10 ani.
 - B. De la 10 ani până la 16 ani.
 - C. De la 16 ani până la 20 ani.
 - D. De la 20 ani până la 40 ani.
 - E. La vârstnici.
4. La adulți, un rol important în apariția crizelor epileptice se atribuie:
 - A. Afecțiunilor vasculare cerebrale.
 - B. Etilismului cronic.
 - C. Polineuropatiei diabetice.
 - D. Meningitelor și encefalitelor.
 - E. Traumatismului craniocerebral.
5. La copii, rolul primordial în apariția crizelor epileptice îl joacă:
 - A. Infecțiile cerebrale.
 - B. Sechelele patologiei perinatale.
 - C. Neoplasmele cerebrale.
 - D. Sindromul de hipertensiune intracraniană.
 - E. Scleroza multiplă și alte afecțiuni demielinizante.
6. Clasificarea crizelor epileptice și a epilepsiei (după Liga Internațională de Combatere a Epilepsiei, 1981) se bazează pe:
 - A. Acuzele pacientului.
 - B. Anamneza bolii.

- C. Tabloul clinic.
 - D. Traseul electroencefalografic.
 - E. Alte particularități specifice.
7. Clasificarea internațională a epilepsiei (după Liga Internațională de Combatare a Epilepsiei, 1989) include:
- A. Formele localizate (focale, locale, parțiale).
 - B. Epilepsia generalizată.
 - C. Epilepsia nedeterminată (focală sau generalizată).
 - D. Sindroamele speciale (convulsii febrile, starea de rău epileptic, reflex-epilepsia).
 - E. Epilepsia nou-născutului.
8. În funcție de factorul etiologic, epilepsia localizată și cea generalizată se clasifică în:
- A. Posttraumatică.
 - B. Idiopatică.
 - C. Simptomatică.
 - D. În urma neuroinfecțiilor suportate.
 - E. Criptogenă.
9. Selectați enunțurile corecte referitoare la epilepsia lobului temporal:
- A. Diagnosticul și tratamentul prezintă mari dificultăți.
 - B. Inițial, se înregistrează crize parțial simple, care mai târziu devin parțial complexe.
 - C. Debutează la sfârșitul primului deceniu de viață, apoi urmează o perioadă de silențiu și se manifestă printr-o nouă amploare în perioada adolescenței.
 - D. Este caracteristică aura (de regulă, epigastrală, asociată cu frică), care trece într-o criză psihomotorie.
 - E. Inițial, se tratează dificil, apoi pacientul se vindecă complet.
10. Epilepsia lobului occipital se caracterizează prin:
- A. Automatisme oro-alimentare, vocalizări.
 - B. Halucinații vizuale elementare.
 - C. Răspândirea anterioară rapidă a crizelor spre lobii frontal, temporal.
 - D. Crize ce se manifestă prin amavroză ictală, iluzii vizuale, clipiri rapide, nistagmus epileptic.
 - E. Tulburarea percepției (déjà vu, jamais vu).
11. Indicați manifestările proprii crizei absenței epileptice:
- A. Apare cu predilecție între 3 și 15 ani.
 - B. Are loc suspendarea bruscă a conștiinței și implicit a funcțiilor psihice pentru câteva secunde.
 - C. Bolnavul își întrerupe orice activitate, inclusiv vorbirea, rămânând imobil și cu privirea fixă.
 - D. Are loc doar o dată pe zi.
 - E. La sfârșitul crizei, pacientul își reia activitatea anterioară, dar prezintă o amnezie totală asupra crizei.
12. Rezonanța magnetică cerebrală, comparativ cu tomografia computerizată cerebrală, are mai multe avantaje:
- A. Are o sensibilitate mai mare în depistarea disgeneziilor corticale.
 - B. Este mai sensibilă în vizualizarea sclerozei hipocampale.

- C. Posedă o susceptibilitate mai înaltă în diagnosticul malformațiilor cerebrale.
 - D. Este mai eficientă în depistarea glioamelor cerebrale.
 - E. Este mai ieftină și mai rapidă, deci mai accesibilă.
13. Care metode contemporane imagistice, din cele enumerate mai jos, pot depista modificările cerebrale funcționale, responsabile de declanșarea crizelor epileptice?
- A. Tomografia computerizată cu reconstrucție tridimensională.
 - B. Angiografia cerebrală.
 - C. *Single Photon Emission Computed Tomography* (SPECT) funcțională.
 - D. Scannerul cerebral radioizotopic.
 - E. Rezonanța magnetică nucleară (RMN) funcțională.
14. Modificările specifice înregistrate în timpul examenului prin electroencefalografie (EEG) contribuie la:
- A. Susținerea diagnosticului de epilepsie.
 - B. Precizarea caracterului convulsiei.
 - C. Localizarea focarului epileptogen.
 - D. Aprecierea eficacității tratamentului.
 - E. Vizualizarea modificărilor structurale ale formațiunilor supratentoriale ale creierului.
15. Numiți modificările patologice ale traseului electroencefalografic în epilepsie:
- A. Înregistrarea în regiunile frontale simetrice a undelor cu o frecvență de peste 12 Hz și cu o amplitudine de la 10 la 20 μ V.
 - B. Diminuarea frecvenței ritmului.
 - C. Înregistrarea descărcărilor de unde-vârf.
 - D. Înregistrarea undelor lente.
 - E. Asimetria electroencefalografică emisferială sau lobară.
16. În cazul unei crize epileptice, suportată de un pacient pentru prima dată, este necesar să se efectueze următoarele investigații suplimentare:
- A. Examenul neuroimagic.
 - B. Examenul electroencefalografic (EEG).
 - C. *Screening*-ul biochimic (mai ales la copii, deoarece tulburările metabolismului de asemenea pot declanșa crize epileptice).
 - D. Examenul serului sanguin la benzi oligoclonale.
 - E. Analiza sângelui la conținut de anticorpi anticolinesterază.
17. Selectați afirmațiile corecte referitoare la starea de rău epileptic:
- A. Este o formă particulară de epilepsie, în care crizele comițiale se prelungesc sau se succed fără recuperare între crize.
 - B. Conștiința pacientului se restabilește între crize completamente.
 - C. După Wasterlain (1997), statusul epileptic se consideră prezent atunci când convulsiile continue durează mai mult de 5 minute, convulsiile intermitente – nu mai puțin de 15 minute, manifestările EEG ale convulsiilor – nu mai puțin de 15 minute.
 - D. Incidența stării de rău epileptic constituie 41 pacienți la 100 000 loc./an. Letalitatea este de circa 22%.
 - E. Statusul de rău epileptic survine în cazul stopării tratamentului de către pacient, exacerbării maladiilor somatice cronice, stresului psihogen, efortului excesiv fizic, infecției intercurrente etc.

18. Indicați măsurile necesare în cazul asistării unui acces epileptic:
- A. Pacientul trebuie culcat pe un așternut moale.
 - B. Se iau măsuri de evitare a traumatizării bolnavului în timpul crizei.
 - C. Pentru a preveni blocajul căilor respiratorii, se recomandă întoarcerea pacientului cu fața în jos sau cu capul lateral.
 - D. Este necesară deschiderea forțată a cavității bucale și înțeparea cu un obiect ascuțit a degetului mare de la mâna dreaptă.
 - E. Se administrează diazepam 10 mg i/v, i/m sau intrarectal, pentru a preveni crizele epileptice ulterioare.
19. Dacă se instalează starea de rău epileptic, se recomandă:
- A. Diazepam: 10–20 mg i/v, se repetă peste 5 min. până la stoparea crizelor, dar doza administrată nu va depăși 5 mg/min.
 - B. Clonazepam: 2 mg i/v, se repetă maximum de 4 ori, < 1 mg/min.
 - C. Glucoză 40% sau 50% 50 ml i/v, prin altă venă 250 mg tiamină (vit. B₁) i/v.
 - D. Phenytoină (poate fi utilizată inițial): 15–20 mg/kg, doza obișnuită fiind de 1000 mg (4 fiole a câte 250 mg).
 - E. Dacă crizele continuă, se recurge la anestezie epidurală.
20. Alegeți recomandările corecte privind alimentația și modul de viață ale bolnavului epileptic:
- A. Bolnavul trebuie să aibă un mod de viață normal, ordonat, fără excese, fără schimbări bruște.
 - B. Nici un aliment nu este contraindicat, cafeaua și ceaiul fiind autorizate, dar abuzul lor este interzis.
 - C. Tutunul nu este dăunător pentru epileptici. Consumul băuturilor alcoolice nu este interzis.
 - D. Aflarea timp îndelungat în fața televizorului, calculatorului este benefică pentru bolnavul epileptic.
 - E. Epilepsia induce restricții în conducerea auto, iar în efectuarea serviciului militar constituie o contraindicație absolută.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați crizele epileptice cu manifestările lor (după Liga Internațională de Combatere a Epilepsiei, 1981):

Crizele epileptice:

- a. Parțiale (focale sau locale).
- b. Generalizate (convulsive sau neconvulsive)
- c. Neclasificabile.

Manifestările:

- 1. Crize parțiale simple.
- 2. Crize parțiale complexe.
- 3. Crize parțiale secundar generalizate.
- 4. Absențe.
- 5. Crize mioclonice.
- 6. Crize clonice.
- 7. Crize tonice.
- 8. Crize tonico-clonice.
- 9. Crize atonice.
- 10. Crize neonatale cu mișcări oculare ritmice.
- 11. Crize cu mișcări de masticăție.
- 12. Crize cu mișcări de înot.

2. Asociați faza de desfășurare a crizei epileptice tonico-clonice cu descrierea ei:

Denumirea fazei:

- a. De debut.
- b. Spasmului tonic.
- c. Convulsiilor clonice.
- d. Comatoasă (stretoroasă).
- e. Postcritică.
- f. Somnului postcritic.

Descrierea:

- 1. Bolnavul doarme câteva ore, apoi prezintă mialgii și cefalee, amnezie completă a episodului critic.
- 2. Este precedată de o salvă de mioclonii. Urmează prăbușirea brutală a bolnavului.
- 3. Durează 1 minut, cu convulsii violente generalizate. Manifestările vegetative regresează.
- 4. Durează 10–20 secunde. Se încordează toți mușchii scheletici ai corpului – opistotonus. Ochii se deschid larg, deviază vertical. Se produce mușcarea limbii. Expir forțat însoțit de un strigăt de câteva secunde. Tulburări vegetative pronunțate.
- 5. O nouă fază tonică, moderată. Durează de la 20 secunde până la 5 minute. Se relaxează sfincterele (emisie de urină, fecale). Se reia respirația, care însă este stertoroasă, din cauza secrețiilor faringiene. Se elimină salivă spumoasă sau sanguinolentă.
- 6. Durează până la 15 minute. Se produce rezoluția musculară completă, dispariția tulburărilor vegetative, recuperarea conștiinței.

3. Asociați medicamentele anticonvulsivante cu spectrul lor de acțiune:

Spectrul de acțiune:

- a. Toate tipurile de crize convulsive.
- b. Toate tipurile de crize convulsive, în afară de absențe.
- c. Crize convulsive parțiale și tonico-clonice generalizate.
- d. Absențe.

Preparatul:

1. Valproat de sodiu (depakine, orfiril).
2. Lamotrigine (lamictal).
3. Felbamate.
4. Benzodiazepine.
5. Phenobarbital.
6. Primidone.
7. Carbamazepine (finlepsin, tegretol, timonil).
8. Phenytoină (diphenin).
9. Vigabatrin.
10. Gabapentin.
11. Ethosuximide (suxilep).

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Prevalența epilepsiei este de circa 1%, fiind determinată de numărul persoanelor care au suportat o criză convulsivă în ultimii 5 ani sau utilizează preparate anticonvulsivante.
2. În majoritatea cazurilor, epilepsia generalizată este simptomatică, fiind incriminată în etiologia acestei forme de epilepsie prezența factorilor genetici.

RĀSPUNSURI

I.

1. C, p. 427.
2. A, p. 427.
3. C, p. 427.
4. E, p. 427.
5. B, p. 427.
6. D, p. 427.
7. B, p. 428.
8. A, p. 429.
9. C, p. 429.
10. A, p. 429.
11. D, p. 429.
12. C, p. 430.
13. E, p. 430.
14. E, p. 430.
15. D, p. 430.
16. A, p. 430.
17. D, p. 431.
18. B, p. 431.
19. D, p. 431.
20. D, p. 432.
21. C, p. 432.
22. B, p. 432.

II.

1. B, C, D, p. 427.
2. A, B, C, D, p. 427.
3. A, E, p. 427.
4. A, B, D, E, p. 427.
5. A, B, p. 428.
6. C, D, p. 428.
7. A, B, C, D, p. 428.
8. B, C, E, p. 429.
9. A, B, C, D, p. 429–430.
10. B, C, D, p. 430.
11. A, B, C, E, p. 430.
12. A, B, C, D, p. 431.
13. C, E, p. 431.
14. A, B, C, D, p. 431.
15. B, C, D, E, p. 431–432.
16. A, B, C, p. 431–432.
17. A, C, D, E, p. 432.
18. A, B, C, E, p. 433.
19. A, B, C, D, p. 433.
20. A, B, E, p. 433.

III.

1.
 - a. 1, 2, 3.
 - b. 4, 5, 6, 7, 8, 9.
 - c. 10, 11, 12, p. 428.
2.
 - a. 2.
 - b. 4.
 - c. 3.
 - d. 5.
 - e. 6.
 - f. 1, p. 430.
3.
 - a. 1, 2, 3, 4.
 - b. 5, 6.
 - c. 7, 8, 9, 10.
 - d. 11, p. 433.

IV.

1.
 - A, p. 427.
2.
 - D, p. 429.

22. ALTERĂRILE PERINATALE.

PARALIZIA CEREBRALĂ INFANTILĂ

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Numiți cauza afectării difuze a creierului la nou-născuți și sugari:
 - A. Imaturitatea elementelor celulare și a fibrelor nervoase.
 - B. Sensibilitatea sporită la factorii nocivi.
 - C. Hidrofilia avansată, ce duce rapid la edem cerebral.
 - D. Pragul scăzut de excitabilitate.
 - E. Mobilitatea cutiei craniene datorită fontanelor și suturilor fragile.
2. Până în lunile a 5-a – a 6-a ale vieții intrauterine, reacțiile de tipul celor inflamatoare în cadrul sistemului nervos sunt imposibile, deoarece:
 - A. Există o protecție foarte sigură din partea sistemului imun matern.
 - B. Nu sunt dezvoltate celulele mezenchimale.
 - C. Posibilitățile plastice și de compensație sunt foarte mari.
 - D. Creierul are un conținut sporit de apă.
 - E. Sunt excesiv dilatate spațiile perivasculare și pericelulare ale creierului.
3. Mielinizarea și maturizarea sistemului nervos, începând din lunile a 5-a – a 7-a ale vieții intrauterine, decurg lent, terminându-se doar la vârsta de:
 - A. 1 an.
 - B. 1–2 ani.
 - C. 3–4 ani.
 - D. 5–6 ani.
 - E. 7–8 ani.
4. Care este perioada cea mai vulnerabilă în dezvoltarea sistemului nervos la copii?
 - A. Intrauterină.
 - B. Prima săptămână după naștere.
 - C. Prima lună după naștere.
 - D. Primul an după naștere.
 - E. După ce apare capacitatea de reacție inflamatorie în cadrul sistemului nervos.
5. Leziunea predominantă a creierului sugarului este:
 - A. Reacția inflamatorie leucocitară.
 - B. Reacția nespecifică a neurogliei.
 - C. Reacția discretă vaso-circulatorie.
 - D. Edemul cerebral.
 - E. Apoptoza neuronală.
6. Alegeți descrierea corectă a *porencefaliei*:
 - A. Lipsa sau dezvoltarea insuficientă a circumvoluțiilor cerebrale.
 - B. O reducere în volum a dimensiunilor circumvoluțiilor cerebrale, cu prezența subdiviziunilor.
 - C. Neuronii se află într-un stadiu embrionar de dezvoltare, iar celulele cortexului nu respectă stratificarea obișnuită.

- D. Un defect al creierului sub formă de cavitate-pâlnie, a cărei bază se află pe suprafața cortexului, iar vârful comunică cu ventriculul lateral.
- E. Atrofia circumvoluțiunilor, ce capătă un aspect pergamentos și prezintă o consistență mai dură decât în stare obișnuită.
7. Indicați rata hipoxiei intrauterine a fătului din numărul total al nou-născuților:
- A. 1–2%.
 - B. 3–4%.
 - C. 5–7%.
 - D. 8–10%.
 - E. 12–15%.
8. Una dintre cele mai frecvente cauze în letalitatea nou-născutului este:
- A. Asfixia.
 - B. Hemoragia intraventriculară.
 - C. Hemoragiile intracerebrale mici și multiple.
 - D. Traumatismul măduvei spinării.
 - E. Traumatismul plexului brahial stâng.
9. La cât timp după naștere, starea copilului născut în asfixie ușoară (gr. I) devine satisfăcătoare?
- A. În prima oră.
 - B. După 12 de ore.
 - C. După 24 de ore.
 - D. După 48 de ore.
 - E. La a treia zi.
10. Pentru determinarea corectă a gradului de asfixie, în serviciul maternității este utilizat scorul:
- A. Apgar.
 - B. Hachinski.
 - C. Galsgow.
 - D. Hunt-Hess.
 - E. Tur.
11. După scala Apgar, starea de asfixie a nou-născutului se consideră gravă atunci când copilul acumulează următorul număr de puncte:
- A. 8–10.
 - B. 9.
 - C. 6–7.
 - D. 4–5.
 - E. 0–3.
12. Traumatismul natal al creierului ajunge la rata de:
- A. 10%.
 - B. 20%.
 - C. 30%.
 - D. 40%.
 - E. 50%.
 - F. 60%.

13. Hematomul subdural la nou-născut apare mai des în cazul:
- A. Nașterii premature.
 - B. Aplicării forcepsului.
 - C. Aplicării vacuum-extractorului.
 - D. Nașterii accelerate.
 - E. Nașterii prin cezariană.
14. Clinic, hemoragiile subarahnoidiene la nou-născut se manifestă sub formă de:
- A. Dispnee neregulată, bătăi slabe ale inimii, puls slab, țipăt slab.
 - B. Simptomatologie neurologică de focar.
 - C. Meningită aseptică.
 - D. Mio-tonie musculară.
 - E. Semne de hipertensiune intracraniană.
15. O însemnătate mare în diagnosticul hemoragiilor intracraniene și, îndeosebi, al celor subarahnoidiene la nou-născut are:
- A. Examinarea lichidului cefalorahidian.
 - B. Examinarea ultrasonoră a encefalului.
 - C. Cercetarea fundului de ochi.
 - D. Tomografia computerizată cerebrală.
 - E. Rezonanța magnetică cerebrală.
16. Rata traumatismelor natale ale măduvei spinării din numărul total de traumatisme natale constituie:
- A. 3–5%.
 - B. 5–7%.
 - C. 7–10%.
 - D. 10–15%.
 - E. 30–40%.
17. Una dintre cele mai frecvente forme clinice ale patologiei medulare și ale rădăcinilor nervilor spinali este:
- A. Radiculopatia L₅.
 - B. Lombosciatica.
 - C. Neuropatia radială.
 - D. Plexopatia brahială.
 - E. Neuropatia ulnară.
18. Simptomatologia plexopatiei obstetricale brahiale depinde de:
- A. Dimensiunile fătului.
 - B. Instrumentele utilizate de medic în timpul nașterii.
 - C. Nivelul afectării.
 - D. Hemoragia postnatală.
 - E. Eventuala suferință medulară.
19. Sindromul Claude Bernard-Horner se manifestă foarte frecvent în:
- A. Afectarea natală a nervului frenicus.
 - B. Lezarea intumescenței lombare în timpul nașterii.
 - C. Plexopatia brahială natală tip superior.
 - D. Plexopatia brahială natală tip inferior.
 - E. Plexopatia brahială natală tip total.

20. Cea mai grea formă de paralizie obstetricală este:
- Plexopatia brahială natală tip superior.
 - Plexopatia brahială natală tip inferior.
 - Plexopatia brahială natală tip total.
 - Afectarea natală a nervului facial.
 - Plexopatia lombosacrată.
21. Care manifestare clinică în paralizia brahială obstetricală indică implicarea măduvei spinării?
- Hipotonia foarte pronunțată a mâinii, până la atonie.
 - Paralizia ambelor mâini.
 - Constatarea tulburărilor de sensibilitate la nivelul mâinii și regiunii interne a antebrațului.
 - Lipsa completă a mișcărilor active în mână.
 - Membrul superior afectat prezintă o încetinire în dezvoltare, rămâne mai scurt și mai subțire decât cel de partea opusă.
22. În scopul profilaxiei contracturilor, în tratamentul paraliziei brahiale obstetricale se include:
- Fixarea mânuței bolnavului din primele zile pe o șină specială, dându-i o poziție fiziologică – o rotație externă a antebrațului, supinație și o flexie dorsală.
 - Administrarea, chiar din primele zile, a vitaminelor din grupa B.
 - Administrarea de dibazol în prafuri, cavinton, apoi extract de aloe, lidază, pirogenal, galantamină.
 - Combinarea tratamentului medicamentos, în a treia săptămână de viață, cu tratamentul fizioterapeutic: aplicări de parafină, ozocherită, băi, masaj, electroforeză cu spasmolitice.
 - Kinetoterapie după un plan individual.
23. Afectarea cărui segment medular în traumatismul natal medular poate conduce la paralizia diafragmei?
- C₁.
 - C₂.
 - C₃.
 - C₄.
 - C₅.
24. În care din afecțiunile traumatice natale enumerate mai jos este necesar tratamentul chirurgical?
- Hematomieli.
 - Plexopatia brahială bilaterală.
 - Lezarea intumescenței lombare.
 - Hemoragia subarahnoidiană.
 - Hematom subdural.
25. Incidența paraliziei cerebrale infantile în Republica Moldova este încă la un nivel foarte ridicat și constituie:
- 1,5–2,5% din numărul copiilor.
 - 0,5% cazuri la 1000 de nou-născuți.
 - 1,0% cazuri la 1000 de nou-născuți.

- D. 2,5–5,9% cazuri la 1000 de nou-născuți.
E. 6,0–7,2% cazuri la 1000 de nou-născuți.
26. În dezvoltarea neuropsihică și motorie normală, copilul ridică capul în decubit ventral la vârsta de:
A. 1–2 luni.
B. 3 luni.
C. 5–6 luni.
D. 7–8 luni.
E. 9 luni.
27. În dezvoltarea neuropsihică și motorie normală, copilul gângurește în mod activ la vârsta de:
A. 1–2 luni.
B. 3 luni.
C. 5–6 luni.
D. 7–8 luni.
E. 9 luni.
28. Cea mai frecventă leziune responsabilă de diplegia spastică din paralizia cerebrală infantilă este:
A. Hemoragia intraventriculară.
B. Hemoragia parasagitală.
C. Leucomalacia periventriculară.
D. Scleroza centrolobară.
E. Hemoragia din coarnele medulare anterioare ale măduvei spinale cervicale.
29. La cât timp după naștere se evidențiază stadiul spastic al diplegiei spastice din paralizia cerebrală infantilă?
A. După 2 luni.
B. După 3–4 luni.
C. După 6–7 luni.
D. După 8–9 luni.
E. După 10–12 luni.
30. În care din formele paraliziei cerebrale infantile, enumerate mai jos, este posibil mersul „digitigrad”?
A. Diplegie spastică.
B. Hemiplegie spastică.
C. Hemiplegie dublă.
D. Forma atonă-astatică.
E. Forma distonică-diskinetică.
31. Defectul intelectual la bolnavii cu diplegie spastică din paralizia cerebrală infantilă este prezent atunci când:
A. Apar tulburări de coordonare.
B. Se asociază cu distonia și mișcările involuntare de tip coreic.
C. Se asociază cu strabismul convergent.
D. Se asociază cu ataxia.
E. Se implică și membrele superioare.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Encefalomielopatiile perinatale includ o serie de sindroame neurologice, mai mult sau mai puțin asemănătoare, care au următoarele caracteristici:
 - A. Au la bază cauze și modificări anatomice foarte diferite.
 - B. Fac parte din grupul bolilor ereditare.
 - C. Pot fi congenitale.
 - D. Se dobândesc în procesul nașterii.
 - E. Se dobândesc în prima săptămână după naștere.
2. Sub acțiunea factorilor patologici, reacția inflamatoare a creierului sugarului este mult mai discretă decât cea a adultului, ea fiind:
 - A. Alcătuită numai din elemente fixe, locale.
 - B. Alcătuită din elemente leucocitare mobile.
 - C. Cu minimum de participare.
 - D. Hiperergică.
 - E. Universală.
3. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la anatomia patologică a encefalopatiilor infantile:
 - A. În cazul când moartea nu survine în faza acută a bolii, modificările morfopatologice țin de stadiile cicatriceale ale unor procese mai vechi.
 - B. La baza diferitor forme ale encefalopatiilor se află aspecte lezionale variate.
 - C. La un examen morfopatologic minuțios, întotdeauna este posibilă stabilirea caracterului procesului patologic ce a avut loc în faza acută.
 - D. În cazul acțiunii factorului patologic în faza intrauterină, au loc tulburări de dezvoltare: malformații congenitale, agenezii, porencefalie.
 - E. Atunci când sistemul nervos central este afectat în perioada natală sau în cea postnatală, apar cicatrice, chisturi, scleroze, atrofiile corticale.
4. Cele mai răspândite agenezii ale encefalului sunt:
 - A. Scleroza cerebrală atrofică.
 - B. Agiria.
 - C. Microgiria.
 - D. Pahigiria.
 - E. Porencefalia.
5. Manifestările morfopatologice în perioada acută a traumatismului perinatal se caracterizează prin:
 - A. Stază sanguină venoasă abundentă în creier.
 - B. Pneumocefalie pronunțată.
 - C. Stază în capilarele meningelor.
 - D. Hemoragii difuze voluminoase în creierul mare, adesea în coarnele anterioare.
 - E. Hemoragii difuze voluminoase în măduva spinării.
6. În cazul encefalopatiilor infantile, în celulele nervoase se pot observa următoarele modificări morfopatologice:
 - A. Procese distrofice sub formă de cromatoliză.
 - B. Ectopie nucleară.
 - C. Hiperpigmentația membranei celulare.

- D. Vacuolizarea nucleilor.
 - E. Celule-umbre.
7. Diversitatea factorilor nocivi care produc encefalopatiile și mielopatiile perinatale, în cele din urmă, se manifestă prin:
 - A. Hipoxie a fătului.
 - B. Asfixie a nou-născutului.
 - C. Traumatism natal.
 - D. Paralizie cerebrală infantilă.
 - E. Anomalie cranio-vertebrală.
 8. Dintre bolile extragenitale și intragenitale ale mamei, care pot conduce la hipoxia fătului și asfixia nou-născutului, cele mai frecvente sunt:
 - A. Radiculopatia discogenă lombară.
 - B. Bolile acute și cronice ale aparatelor respirator, cardiovascular, endocrin (diabetul zaharat).
 - C. Toxicozele gravidice și alte intoxicații, inclusiv cele generate de medicamente.
 - D. Incompatibilitatea sângelui mamei și al fătului după Rh și ABO.
 - E. Diferite inflamații sau anomalii în dezvoltarea organelor genitale.
 9. Scala Apgar, folosită în plan mondial pentru determinarea gradului de asfixie a nou-născutului, conține următoarele compartimente clinice:
 - A. Bătăile inimii.
 - B. Respirația.
 - C. Tonusul muscular.
 - D. Pulsația fontanelei mari.
 - E. Colorația tegumentelor.
 10. Respirația în asfixia gravă (gr. III) a nou-născutului are următoarele calitative:
 - A. Este normală, dar intensificată.
 - B. Este de tip Cheyne-Stokes.
 - C. Este de tip Kussmaul.
 - D. Este de tip Biot.
 - E. Uneori lipsește.
 11. Indicațiile terapeutice în cazul asfixiei nou-născutului de gradele I și II (4–7 puncte după scala Apgar) sunt următoarele:
 - A. După nașterea capului sau a corpului copilului, se aspiră mucozitățile din căile respiratorii.
 - B. Ventilarea artificială a plămânilor (prin mască). Dacă respirația e slabă/aritmică, se introduc analeptice: sol. etimizol 1,5%, 0,2 ml subcutanat sau cordiamină 0,3 ml subcutanat.
 - C. Corpul se răcește (șervețele umede, pungi cu gheață).
 - D. În vena ombilicală: sol. glucoză 20% – 10,0; cocarboxilază 8–10 mg; gluconat de calciu 10% – 3,0; sol. hidrocarbonat de sodiu 2–4 ml/kg.
 - E. Cordonul ombilical nu se înlătură până când nu încetează să pulseze.
 12. Dintre hemoragiile intracraniene cele mai frecvente la nou-născuți sunt:
 - A. Hematoamele epidurale.
 - B. Hematoamele subdurale.
 - C. Hemoragiile subarahnoidiene.

- D. Hemoragiile intraventriculare.
 - E. Hemoragiile cerebrale mici și multiple.
13. În cazul lezării natale a sinusurilor transversal și sagital sau a venei Galen, sângele deseori se acumulează:
- A. În fosa craniană anterioară.
 - B. În fosa craniană mijlocie.
 - C. În fosa craniană posterioară.
 - D. La baza creierului.
 - E. Între emisferele cerebrale.
14. Hemoragiile natale intracerebrale se caracterizează prin:
- A. Pareze, paralizii.
 - B. Anizocorie.
 - C. Afectări ale nervilor cranieni.
 - D. Hemispasm facial.
 - E. Convulsii de tip jacksonian.
15. De cele mai multe ori, cauzele apariției hemoragiilor intraventriculare la nou-născuți sunt:
- A. Vasculitele cerebrale.
 - B. Coagulopatiile.
 - C. Infecțiile intrauterine.
 - D. Nașterile accelerate premature.
 - E. Diferite patologii ale gravidității.
16. Consemnați manifestările clinice caracteristice hemoragiilor intraventriculare la nou-născuți:
- A. Nou-născuții se află într-o stare de comă adâncă, cu dereglarea funcției centrelor respirator și cardiovascular.
 - B. Apare o hipotonie musculară difuză cu mioclonii.
 - C. Apare mioza, care e înlocuită mai apoi de anizocorie; globii oculari efectuează niște mișcări ondulatorie, inconștiente.
 - D. Fontanelele sunt extinse.
 - E. Apar semne caracteristice alterației regiunii diencefalice: hipertermie, tulburări ale funcțiilor somn-veghe, trofice și vegetative. Poate fi prezent semnul arlechinului.
17. Hemoragiile cerebrale mici și multiple la nou-născuți se manifestă prin:
- A. Apar în cazul nașterilor îndelungate, cu ruperea precoce a pungii amniotice în caz de hipotonie a uterului.
 - B. Se întâlnesc mai des în emisferele creierului mare, în trunchiul cerebral, precum și în cerebel.
 - C. Reflexele sunt diminuate, nou-născuții sunt neliniștiți, deseori vomită; alteori apar convulsii, mai des în mușchii mimici ai feței, în membre.
 - D. În starea acută urmele de sânge în lichidul cefalorahidian lipsesc.
 - E. Mai târziu asemenea copii se dezvoltă psihomotor, fără a rămâne în urmă de semenii lor.
18. Diagnosticul traumatismului natal al creierului se bazează pe:
- A. Colectarea minuțioasă a anamnezei despre sănătatea mamei în decursul gravidității și actului de naștere.

- B. Cercetarea profundă a tulburărilor sistemului nervos central la nou-născuți.
 - C. Aprecierea statutului sistemului nervos periferic la nou-născuți.
 - D. Analiza și determinarea stării sistemului nervos vegetativ (autonom) la nou-născuți.
 - E. Folosirea metodelor neuropsihologice de diagnostic.
19. Prin fontanele deschise ale nou-născutului e posibilă examinarea ultrasonoră a encefalului, care îi furnizează medicului o informație exactă asupra sistemului nervos central:
- A. Depistează hematoamele.
 - B. Depistează chisturile.
 - C. Depistează anomaliile în dezvoltarea cerebrală.
 - D. Determină starea sistemului ventricular.
 - E. Stabilește nivelul de afectare a măduvei spinării.
20. La nou-născutul sănătos lichidul cefalorahidian, de obicei, are următoarele caracteristici:
- A. Transparent sau puțin xantocrom (din cauza conținutului majorat de bilirubină, mai ales în prima săptămână de viață).
 - B. Tensiunea este de 80–100 mm ai coloanei de apă.
 - C. Conținutul de celule ajunge până la 20–25 limfocite în 1 ml.
 - D. Conținutul de proteine – până la 0,33 g/l.
 - E. Întotdeauna există o corelație directă între gravitatea traumatismului natal al encefalului și schimbările din lichidul cefalorahidian.
21. În patogenia manifestărilor medulare traumatice natale pot fi menționate următoarele:
- A. Are loc afectarea coloanei vertebrale, a vaselor sanguine medulare.
 - B. Morfopatologic, se depistează hemoragii în meninge, care uneori nu se absorb complet, generând inflamație aseptică cu transformare în țesut conjunctiv.
 - C. Cicatricele apasă asupra vaselor sanguine și a rădăcinilor nervilor spinali, provocând o tulburare cronică a funcționării lor.
 - D. Suferă primordial porțiunea toracică medie a măduvei spinării.
 - E. Microscopic, sunt depistate hemoragii punctiforme, mai des situate în coar-nele medulare anterioare.
22. Indicați manifestările clinice ale paraliziei brahiale obstetricale de tip superior:
- A. Brațul atârnă inert de-a lungul trunchiului corpului.
 - B. E prezent semnul „mâinii de păpușă”.
 - C. Mâna este în pronație, cu fața dorsală înainte.
 - D. Reflexele tendinoase de partea afectată sunt exagerate.
 - E. Mișcările lipsesc în articulațiile umărului și cotului și se păstrează în articulațiile carpometacarpiene.
23. Diagnosticul de paralizie brahială obstetricală nu prezintă dificultăți și se face pe bază de:
- A. Dureri mari pe care le exprimă copilul la mișcarea pasivă și activă a mâinii.
 - B. Lipsă a mișcărilor active în membrul superior.
 - C. Anamneză obstetricală.
 - D. Examen radiologic.
 - E. Cercetare electromiografică.

24. Lezarea întumescenței lombare în timpul nașterii provoacă:
- A. Tetrapareze sau tetraplegii.
 - B. Paralizii sau pareze ale membrelor inferioare cu semne caracteristice afectării neuronului motor periferic (atonie, areflexie, atrofie).
 - C. Sindromul tulburărilor respiratorii.
 - D. Moartea subită a copilului (uneori).
 - E. Luxații sau subluxații coxo-femorale (datorită atoniei mușchilor și capsulei articulare).
25. În principiu, tratamentul nou-născuților traumatizați poate fi împărțit în următoarele etape:
- A. În maternitate.
 - B. În staționarul neurologic pentru nou-născuți.
 - C. În condiții de policlinică.
 - D. În condiții de sanatoriu.
 - E. În condiții de staționar de zi.
26. Puncția lombară sau a fontanelei mari în traumatismul natal al creierului are drept scop:
- A. Scăderea tensiunii intracraniene.
 - B. Înlăturarea unei părți de sânge scurs în spațiul subarahnoidian.
 - C. Diagnosticarea.
 - D. Exercițarea efectului anticonvulsiv.
 - E. Preîntâmpinarea hemoragiilor intramedulare.
27. Metoda fizică de combatere a hipertermiei la nou-născutul cu traumatism natal include:
- A. Administrarea analginii sau amidopirinei, uneori a glucocorticoizilor, amestecurilor litice, paracetamolului.
 - B. Dezgolirea completă a copilului.
 - C. Plasarea pungii cu gheață la o distanță de 2 cm de la cap. Învelirea capului copilului cu o basma umedă.
 - D. Aplicarea compreselor reci în regiunea inghinală și la subsuori.
 - E. Fricțiunea spatelui, cutiei toracice, a membrelor cu o soluție diluată de alcool.
28. Indicați substanțele care urmează să fie introduse cu precauție și foarte lent, deoarece inhibă centrul de respirație și pot duce la oprirea ei:
- A. Droperidolul.
 - B. Aminazina.
 - C. Piracetamul.
 - D. Oxibutiratul de sodiu.
 - E. Pipolfenul.
29. Pentru corectarea acidozei respiratorii și metabolice, condiționate de asfizia din cadrul traumatismului natal, nou-născutului i se administrează:
- A. Vitaminele grupei B.
 - B. Cocarboxilază.
 - C. Acid ascorbic.
 - D. Hidrocarbonat de sodiu (sub controlul echilibrului acido-bazic).
 - E. Oxibutirat de sodiu.

30. Pentru stabilizarea metabolismului lipidic în cadrul tratamentului traumatismului natal al creierului și măduvei spinării se administrează:
- A. Plasmă.
 - B. Analgină.
 - C. Esențiale.
 - D. Tocopherol acetat.
 - E. Acid lipoic.
31. Paralizia cerebrală infantilă constituie o stare sechelară a unor procese de afectare a creierului în perioadele prenatală, natală și postnatală, drept consecință a encefalomielopatiilor perinatale, care se caracterizează prin tulburări:
- A. Piramidale.
 - B. Extrapiramidale.
 - C. Psihoverbale.
 - D. Respiratorii.
 - E. Cardio-circulatorii.
32. Cel mai des paralizia cerebrală infantilă este cauzată de:
- A. Encefalopatiile perinatale.
 - B. Malnutriția mamei.
 - C. Traumatismele natale.
 - D. Boala hemolitică a nou-născutului.
 - E. Infecțiile dobândite.
33. În funcție de severitatea leziunii sistemului nervos central, se disting următoarele grade ale paraliziei cerebrale infantile:
- A. Disfuncția organică cerebrală minimă.
 - B. Retardul în dezvoltarea neuromotorie.
 - C. Microsechelaritatea encefalopatică sau debilitatea motorie.
 - D. Paralizia cerebrală sau infirmitatea motorie cerebrală.
 - E. Macrosechelaritatea encefalopatică sau demența infantilă.
34. Retardul motor în paralizia cerebrală infantilă se manifestă prin:
- A. Lipsa diferențierii motricității spontane.
 - B. Persistența reflexelor fiziologice tranzitorii.
 - C. Apariția precoce a dominanței laterale.
 - D. Instalarea programelor motorii arhaice (medulare).
 - E. Lipsa stimulului de creștere a ramurilor neuronale.
35. La vârsta de 3–4 luni, un copil cu dezvoltare normală neuropsihică și motorie:
- A. Se joacă cu propriile mânuțe.
 - B. Se întoarce singur din decubit dorsal în decubit ventral.
 - C. Șade.
 - D. Pronunță silabe.
 - E. Se ridică în ortostatism, dacă este sprijinit.
36. La vârsta de 1 an, un copil cu dezvoltare normală neuropsihică și motorie:
- A. Încearcă să se îmbrace singur.
 - B. Stă în ortostatism nesprrijinit.
 - C. Face singur primii pași.

- D. Mănâncă cu lingura.
 - E. Urcă scara.
37. Microsechelaritatea encefalopatică sau debilitatea motorie (*minimal brain dysfunction*) se manifestă prin:
- A. Agnozie vizuală corticală.
 - B. Tulburări minore de coordonare.
 - C. Paratonii, sinkinezii.
 - D. Performanțe motorii întârziate.
 - E. Instabilitate psihomotorie.
38. Formele clinice de bază ale paraliziei cerebrale infantile se caracterizează prin:
- A. Semne minore neurologice, însoțite de instabilitate psihomotorie (uneori, întreaga viață).
 - B. Mari tulburări de motricitate și postură.
 - C. Deficiențe de diverse tipuri și intensități.
 - D. Asociere de mișcări involuntare de diverse tipuri.
 - E. Tulburări de coordonare de tip ataxic.
39. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la diplegia spastică:
- A. Este o formă foarte rară de paralizie cerebrală infantilă.
 - B. Se caracterizează prin tulburări motorii bilaterale, cu accent în picioare, care avansează până la paraplegie.
 - C. Se întâlnește mai frecvent la nou-născutul prematur în cadrul encefalopatiilor hipoxico-ischemice.
 - D. Hemoragia intraventriculară este asociată cu dilatarea ventriculară și este o cauză frecventă a diplegiei.
 - E. La nou-născutul în termen fiziologic diplegia este explicată prin leziuni cerebrale parasagittale de origine vasculară, care vor produce scleroza centrolobară.
40. În conformitate cu predominanța uneia din tulburări, în funcție de structurile morfofuncționale afectate, în afară de diplegia spastică se mai descriu următoarele tipuri de paralizii cerebrale infantile:
- A. Hemiplegia spastică.
 - B. Hemiplegia dublă.
 - C. Forma hipertonică-hipocinetică (sindromul parkinsonian).
 - D. Forma distonică-diskinetică.
 - E. Forma cerebeloasă sau ataxică.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați cauzele encefalopatiilor și mielopatiilor perinatale cu perioadele:

Perioada:

- a. Prenatală.
- b. Natală.
- c. Postnatală.

Cauzele:

- 1. Bolile organelor genitale interne ale mamei.
- 2. Bolile organelor genitale externe ale mamei.
- 3. Maladiile infecțioase ale copilului.
- 4. Traumatismele craniocerebrale ale copilului.
- 5. Traumatismele obstetricale.
- 6. Ruperea precoce a pungii amniotice.
- 7. Stările distrofice ale copilului.
- 8. Circularele cordonului ombilical în jurul gâtului nou-născutului.
- 9. Nașterea prematură.

2. Asociați preparatele medicamentoase cu scopul administrării lor în tratamentul traumatismului natal la etapa de maternitate:

Scopul:

- a. Preîntâmpinarea continuării hemoragiilor.
- b. Combaterea edemului cerebral.
- c. Terapia sindromului convulsiv.

Medicația:

- 1. Sulfat de magneziu.
- 2. Vicasol.
- 3. Diacarb.
- 4. Fenobarbital.
- 5. Clorură de calciu.
- 6. Seduxen.
- 7. Acid ascorbic.
- 8. Manitol.
- 9. Plasmă.
- 10. Oxibutirat de sodiu.
- 11. Dexametazon.
- 12. Valproat de sodiu.
- 13. Rutină.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Deoarece sistemul nervos în dezvoltarea copilului nu prezintă particularități reacționale, abordări principiale, specifice în patogenie, interpretare și conduită clinico-terapeutică, comparativ cu adultul, în neuropediatrică nu au loc.
2. Cu cât e mai puțin diferențiat țesutul nervos, cu atât e mai primitivă reacția de răspuns.
3. Vascularizarea creierului copilului prematur are particularități speciale, ceea ce determină localizarea periventriculară a modificărilor morfopatologice în diplegia spastică din paralizia cerebrală infantilă.

RĂSPUNSURI

- | I. | II. | III. | IV. |
|----------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|
| 1. A, p. 434. | 1. A, C, D, E, p. 434. | 1. | 1. |
| 2. B, p. 434. | 2. A, B, C, p. 434. | a. 1, 2. | E, p.434. |
| 3. C, p. 434. | 3. A, B, D, E, p. 436. | b. 5, 6, 8, 9. | |
| 4. E, p. 434. | 4. B, C, D, E, p. 436. | c. 3, 4, 7, p. 435–436. | 2. |
| 5. D, p. 434. | 5. A, C, D, E, p. 436. | | A, p.434. |
| 6. D, p. 436. | 6. A, B, D, E, p. 436. | 2. | |
| 7. C, p. 437. | 7. A, B, C, p. 437. | a. 2, 5, 7, 13, p. 447. | 3. |
| 8. A, p. 438. | 8. B, C, D, E, p. 437. | b. 1, 3, 8, 9, 11, p. 447. | A, p.451. |
| 9. E, p. 438. | 9. A, B, C, E, p. 438. | c. 4, 6, 10, 12, p. 448. | |
| 10. A, p. 438. | 10. B, C, D, E, p. 438. | | |
| 11. E, p. 439. | 11. A, B, D, E, p. 439. | | |
| 12. B, p. 439. | 12. B, C, D, E, p. 440. | | |
| 13. D, p. 440. | 13. C, D, E, p. 441. | | |
| 14. C, p. 440. | 14. A, B, C, E, p. 441. | | |
| 15. A, p. 443. | 15. D, E, p. 441. | | |
| 16. E, p. 443. | 16. A, C, D, E, p. 441. | | |
| 17. D, p. 444. | 17. A, B, C, D, p. 442. | | |
| 18. C, p. 444. | 18. A, B, p. 442. | | |
| 19. D, p. 444. | 19. A, B, C, D, p. 442. | | |
| 20. C, p. 445. | 20. A, B, C, D, p. 443. | | |
| 21. B, p. 445. | 21. A, B, C, E, p. 443–444. | | |
| 22. A, p. 446. | 22. A, B, C, E, p. 444. | | |
| 23. D, p. 446. | 23. B, C, p. 445. | | |
| 24. E, p. 449. | 24. B, E, p. 447. | | |
| 25. D, p. 450. | 25. A, B, C, p. 447. | | |
| 26. A, p. 450. | 26. A, B, C, D, p. 447–448. | | |
| 27. B, p. 450. | 27. B, C, D, E, p. 448. | | |
| 28. C, p. 451. | 28. A, B, D, E, p. 448. | | |
| 29. D, p. 451. | 29. A, B, C, D, p. 448. | | |
| 30. A, p. 451. | 30. C, D, E, p. 448–449. | | |
| 31. E, p. 452. | 31. A, B, C, p. 449. | | |
| | 32. A, C, D, E, p. 450. | | |
| | 33. B, C, D, p. 450. | | |
| | 34. A, B, C, p. 450. | | |
| | 35. A, B, p. 450. | | |
| | 36. A, B, C, p. 450. | | |
| | 37. B, C, D, E, p. 450. | | |
| | 38. B, C, D, E, p. 451. | | |
| | 39. B, C, D, E, p. 451. | | |
| | 40. A, B, D, E, p. 451. | | |

23. ANOMALIILE CONGENITALE ALE SISTEMULUI NERVOS. SIRINGOMIELIA

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Indicați etiologia malformației (sindromului) Arnold-Chiari:
 - A. Necunoscut.
 - B. Este consecința unui proces infecțios intrauterin.
 - C. Se dezvoltă în urma unui traumatism natal.
 - D. Este o maladie ereditară cu transmitere autosom-recesivă.
 - E. Se consideră că este rezultatul unei ischemii cronice în sistemul vertebro-bazilar.
2. Malformația Chiari I se caracterizează prin:
 - A. Dislocarea amigdalelor cerebeloase în jos, prin gaura occipitală.
 - B. Dereglarea dezvoltării coloanei vertebrale cervicale și a tegumentelor din această regiune.
 - C. Chisturi dermale și lipoame localizate în regiunea lombosacrată, care comunică cu canalul vertebral prin intermediul sinusurilor dermale.
 - D. Concreșterea și aplatizarea vertebrelor cervicale (uneori și toracice superioare), ce duce la o diminuare a lungimii gâtului.
 - E. Anomalie în dezvoltarea măduvei spinării în regiunea cervicală.
3. Tratamentul impresiunii bazilare congenitale include:
 - A. Purtarea unui guler ortopedic special.
 - B. Corijarea anomaliei prin proceduri de terapie manuală.
 - C. Tracțiuni scheletale ale regiunii vertebrale cervicale superioare.
 - D. Laminectomie cu decompresiunea fosei craniene posterioare.
 - E. Tratament medicamentos simptomatic și kinetoterapie.
4. Siringomielia este o afecțiune ce se caracterizează prin apariția în interiorul măduvei spinării a:
 - A. Hemoragiilor spontane (hematomiei).
 - B. Focarelor de inflamație aseptică.
 - C. Unei cavități alungite.
 - D. Focarelor de ischemie.
 - E. Plăcilor de demielinizare situate în substanța albă.
5. Se numește *hidromielie*:
 - A. Cavitătea alungită intramedulară cu localizare în substanța cenușie.
 - B. Cavitătea alungită intramedulară cu localizare în substanța albă.
 - C. Dilatarea pronunțată a spațiului medular subarahnoidian.
 - D. Edemațierea medulară idiopatică difuză.
 - E. Dilatarea canalului ependimar.
6. Se numește *disrafism spinal*:
 - A. Localizarea cavității siringomielice înaintea rafeului medular dorsal (comisurii cenușii posterioare).
 - B. Malformația de dezvoltare, cauzată de dereglările de sudare pe linie mediană a țesuturilor de proveniență mezo- și ectodermală.

- C. O proliferare glială în cavitatea siringomielică, cu dezvoltarea unui gliom chistic.
 - D. Asocierea siringomieliei cu impresiunea bazilară.
 - E. Asocierea siringomieliei cu platibazia.
7. Uneori, siringomielia se poate asocia cu:
- A. Anomalia Arnold-Chiari.
 - B. Sindromul *filum terminale* dur.
 - C. Mielodisplazia.
 - D. Sindromul Klippel-Feil.
 - E. Impresiunea bazilară.
8. Debutul clinic al siringomieliei este:
- A. Bruscat.
 - B. Insidios.
 - C. Subit.
 - D. Acut.
 - E. Treptat.
9. Indicați vârsta la care de obicei debutează siringomielia:
- A. 5–6 ani.
 - B. 7–10 ani.
 - C. 11–14 ani.
 - D. 15–30 ani.
 - E. 31–35 ani.
10. Care din stările patologice, enumerate mai jos, predomină la sexul masculin?
- A. Siringomielia.
 - B. *Spina bifida occulta*.
 - C. Diastemomielia.
 - D. Sindromul Klippel-Feil.
 - E. Mielodisplazia.
11. Numiți prima manifestare clinică în evoluția clinică a siringomieliei:
- A. Sindromul senzitiv.
 - B. Amiotrofia distală.
 - C. Hiperreflexia osteotendinoasă.
 - D. Tulburările de continență a urinei.
 - E. Fracturile patologice ale oaselor.
12. Disociația siringomielică semnifică:
- A. Anestezia termică cu conservarea simțului algic.
 - B. Păstrarea simțului termic cu deteriorarea simțului algic.
 - C. Pierderea sensibilității tactile și funcționarea normală a sensibilității vibratorii.
 - D. Dereglarea simțului mioartrocinetic și conservarea simțului de discriminare.
 - E. Pierderea sensibilității termice și dureroase cu conservarea sensibilității tactile.
13. Dintre manifestările principale ale disrafismului spinal se întâlnesc mai des:
- A. *Spina bifida occulta*.
 - B. Chisturile dermale.
 - C. Sindromul *filum terminale* dur.
 - D. Diastemomielia.
 - E. Meningocelul.

14. Sindromul Klippel-Feil (sindromul gâtului scurt) este condiționat de:
- A. Lipsa concreșterii arcurilor vertebrale la nivel cervical, uneori și toracic superior.
 - B. Un chist ce proemină din meninge în fisura dintre arcurile vertebrale la nivel cervical.
 - C. O cavitate ce provine din măduva spinării, herniată prin arcurile vertebrale neconcreșcute, cu conținut displazic al măduvei spinării și/sau al rădăcinilor și ganglionilor spinali.
 - D. O variantă de lipom cervical, în care țesutul lipomatos se răspândește intradural în *spina bifida* și se interpune intim cu radiculele spinale.
 - E. Concreșterea și aplatizarea vertebrelor cervicale (uneori și toracice superioare).

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Sindromul Arnold-Chiari:
- A. Este o anomalie de dezvoltare a rombencefalului.
 - B. Este o deformare a bazei osului occipital.
 - C. Este o turtire a bazei craniului cu deschiderea unghiului format de linia fronto-selară și axul apofizei bazilare.
 - D. Uneori, se asociază cu anomalii de dezvoltare a oaselor bazei craniului.
 - E. Uneori, se asociază cu anomalii de dezvoltare a regiunii cervicale.
2. Noțiunea anatomică de rombenecefal cuprinde:
- A. Bulbul rahidian.
 - B. Puntea Varolio.
 - C. Mezencefalul.
 - D. Diencefalul.
 - E. Cerebelul.
3. Numiți tipurile malformațiilor Arnold-Chiari:
- A. I.
 - B. II.
 - C. III.
 - D. IV.
 - E. V.
4. Malformația Arnold-Chiari de tipul II se manifestă prin:
- A. Protruzia vermisului cerebelului, medulei oblongate și formațiunilor ventriculului IV în porțiunile superioare ale canalului spino-cerebral.
 - B. Mielomeningocele în regiunea lombosacrată.
 - C. Hidrocefalie internă necomunicantă, care mărește lent presiunea superioară și împinge treptat rombencefalul prin gaura occipitală.
 - D. Dificultăți sau blocaje în circulația lichidului cefalorahidian din sistemul ventricular în spațiile pericerebrale.
 - E. Afazie amnestică.
5. În malformația Chiari I sunt posibile următoarele manifestări:
- A. Lipsa oricărei simptomatologii clinice.
 - B. Dureri în regiunile suboccipitală, cervicală și în membrele superioare, ce cresc în intensitate la mișcările capului.
 - C. Tetrapareză spastică.

- D. Ataxie, disfagie.
 - E. Dereglări oculomotorii.
6. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la malformația Chiari II:
- A. Se depistează la vârsta de 40–50 de ani.
 - B. Se manifestă prin meningomielocel.
 - C. Se instalează o parapareză spastică inferioară, cu semne patologice.
 - D. Se manifestă prin ataxie pronunțată în membrele inferioare, cu implicarea ulterioară în proces și a membrilor superioare, la fel și prin apariția nistagmusului.
 - E. Se observă o atrofie a hemilimbii, slăbiciunea mușchilor sternocleidomastoidian și trapez.
7. Nistagmusul „cu bătaia în jos” are următoarele caracteristici:
- A. Apare la privirea în sus.
 - B. Are origine spinală; apare ca rezultat al compresiunii regiunii cervicale superioare.
 - C. Este propriu anomaliei Chiari I.
 - D. Este propriu anomaliei Chiari II.
 - E. Se manifestă în mai multe patologii ale regiunii craniale-vertebrale.
8. Investigațiile complementare optime în diagnosticul malformației Arnold-Chiari sunt:
- A. Tomografia computerizată.
 - B. Rezonanța magnetică nucleară.
 - C. Mielografia.
 - D. Electromiografia.
 - E. Potențialele evocate motorii.
9. Tratatamentul chirurgical al malformației Arnold-Chiari respectă următoarele principii:
- A. Indicația pentru tratamentul chirurgical apare în cazul prezenței semnelor neurologice și progresării lor.
 - B. Se efectuează decompresiunea fosei craniene posterioare și a regiunii cervicale superioare.
 - C. Se realizează sub controlul potențialelor evocate motorii (prin stimulare magnetică transcraniană).
 - D. Accesul se realizează prin craniotomie pterională.
 - E. Se realizează sub anestezie locală, pentru a avea un contact permanent cu bolnavul în timpul operației.
10. Impresiunea bazilară este o deformare a bazei osului occipital, ce se caracterizează prin înfundarea în fosa craniană posterioară a:
- A. Părții bazilare a osului occipital.
 - B. Maselor laterale ale osului occipital.
 - C. Solzului osului occipital.
 - D. Apofizei dințate a axisului.
 - E. Sinusului cerebral sagital inferior.
11. Formele dobândite ale impresiunii bazilare apar ca rezultat al:
- A. Rahitismului.
 - B. Infecțiilor intrauterine.

- C. Osteodistrofiei deformante Paget.
 - D. Hiperparatiroidozei.
 - E. Osteogenezei incomplete.
12. În patogenia impresiunii bazilare pot fi menționați următorii factori:
- A. Rezultă o invaginare a găurii occipitale (invaginarea bazilară) și strâmtorarea etajului cerebral posterior.
 - B. Are loc o dislocare cronică și compresiunea trunchiului cerebral.
 - C. Se comprimă regiunea cervicală superioară a măduvei spinării și rădăcinile adiacente.
 - D. Are loc inflamația aseptică a sinusului cranian transversal.
 - E. Are loc compresiunea vaselor supleante ale măduvei spinării și trunchiului cerebral.
13. Uneori, impresiunea bazilară se asociază cu:
- A. Malformația Chiari I.
 - B. Malformația Chiari II.
 - C. Sinostoza vertebrelor cervicale.
 - D. Occipitalizarea atlantului (fuzionarea atlantului cu craniul).
 - E. Platibazia.
14. Tabloul clinic al impresiunii bazilare se compune din:
- A. Tetrapareză spastică progresivă.
 - B. Atrofie a limbii și disfagie.
 - C. Ataxie, nistagmus „cu bătaie în jos”.
 - D. Cefalee cervicogenă.
 - E. Dereglări de ritm cardiac.
15. Radiograma de profil a regiunii cervicale superioare și regiunii orificiului occipital mare în impresiunea bazilară relevă:
- A. Dislocarea amigdalelor cerebeloase în jos prin gaura occipitală.
 - B. Proiecția apofizei dentare pe *fossa cranii* posterioară.
 - C. Protruzia vermisului cerebelului, medulei oblongate și formațiunilor ventriculului IV în porțiunile superioare ale canalului spinocerebral.
 - D. Proiectarea apofizei dințate mai sus de linia Chamberlain (linia ce unește porțiunea posterioară a palatului dur cu partea posterioară a orificiului occipital mare).
 - E. Hidrocefalie internă necomunicantă.
16. Care dintre anomaliile congenitale și dobândite, enumerate mai jos, comportă mecanisme fiziopatologice similare din partea sistemului nervos?
- A. Sindromul Chiari.
 - B. Osul odontoideum.
 - C. Dislocarea atlantoaxială posttraumatică.
 - D. Platibazia.
 - E. Dislocarea atlantoaxială din boala Bechterew.
17. Anomaliile congenitale și dobândite ale regiunii occipito-cervicale imită clinica:
- A. Mielitei transversale de localizare cervicală.
 - B. Sclerozei multiple.
 - C. Flebitei sinusului cranian transversal.

- D. Tumorii cranio-spinale.
 - E. Insuficienței vertebro-bazilare.
18. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la platibazie:
- A. Este o turtire a bazei craniului cu deschiderea unghiului format de linia fronto-selară și axul apofizei bazilare.
 - B. Poate rezulta din împingerea în sus a lamei bazilare într-o impresiune bazilară.
 - C. Nu este identică cu impresiunea bazilară.
 - D. Se consideră că este cauzată de un defect al tubului neural din stadiul embriionar.
 - E. Se asociază cu mielomeningocele în regiunea lombosacrală.
19. Indicați caracteristicile și localizarea cavității siringomielice:
- A. Are formă alungită.
 - B. Se dezvoltă în substanța cenușie – în porțiunea ei intermediară.
 - C. În aproape toate cazurile este plasată înapoia canalului endimar și spre baza cornelor posterioare.
 - D. Comunică cu cisterna cerebrală mare.
 - E. Se întinde pe mai multe metamere medulare și adesea se prelungește, la unul sau la ambele capete, printr-un fascicul glial.
20. Selectați enunțurile corecte referitoare la etiopatogenia siringomieliei:
- A. Nu este complet cunoscută.
 - B. Se presupune că boala ar fi datorată unui defect structural în stadiul embrionar.
 - C. Are origine nontraumatică.
 - D. Apare în rezultatul unei leziuni medulare vasculare.
 - E. Este rezultatul unui proces medular infecțios cu ramolire cavitătară consecutivă.
21. Cele mai frecvente tipuri topografice ale siringomieliei sunt:
- A. Cervical.
 - B. Toracic superior.
 - C. Toracic mediu.
 - D. Bulbar.
 - E. Lombosacrat.
22. În funcție de structurile medulare atinse de cavitare, simptomele clinice în siringomielie se grupează în următoarele sindroame:
- A. Pseudotabetic.
 - B. Poliomielic.
 - C. Motor.
 - D. Senzitiv.
 - E. Vegetativ.
23. Care îmbinări sunt folosite în descrierea hipotrofiei musculare a mâinii din siringomielie?
- A. Mână simiană.
 - B. Mână „în gheară” (mână cubitală).
 - C. Mână „de predicator”.
 - D. Mână de mamoș.
 - E. Mână „de schelet”.

24. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la semnele de neuron motor central din siringomielie:
- A. Apar hipotrofii musculare, predominant distale, asimetrice, cu progresie lentă.
 - B. Sunt mai tardive și mai discrete decât în scleroza laterală amiotrofică.
 - C. Sunt produse de progresiunea gliozei cavitare, care împinge în părți fasciculile piramidale.
 - D. Hiperreflexie osteotendinoasă prin dezinhibarea reflexelor metamerice.
 - E. Contractură piramidală, semnul Babinski pozitiv.
25. Cele mai importante și caracteristice manifestări senzitive în siringomielie sunt semnele de suferință ale sensibilității:
- A. Termice.
 - B. Tactile.
 - C. Vibratorii.
 - D. Mioartrocinetice.
 - E. Algice.
26. Leziunile neuronilor vegetativi din coarnele medulare laterale în siringomielie pot cauza:
- A. Tulburări trofice. Tulburări cutanate și subcutanate. Tulburări osteo-articulare.
 - B. Tulburări vasomotorii cu diferite localizări.
 - C. Tulburări sfincteriene.
 - D. Sindromul Claude Bernard-Horner.
 - E. Sindroame extrapiramidale.
27. În siringobulbie pot să apară următoarele manifestări clinice:
- A. Tulburări de deglutiție și de fonație.
 - B. Atrofia limbii. Paralizie mimică periferică.
 - C. Anestezia feței.
 - D. Nistagmus. Sindromul Claude Bernard-Horner.
 - E. Dereglări oculomotorii.
28. Formele principale ale disrafismului spinal sunt:
- A. Siringobulbia.
 - B. Meningocelul.
 - C. Mielomeningocelul.
 - D. Lipomielomeningocelul.
 - E. Formele oculte.
29. Formele oculte ale disrafismului spinal includ:
- A. *Spina bifida occulta*.
 - B. Chisturi dermale.
 - C. Sindromul *filum terminale* dur.
 - D. Diastematomyelia.
 - E. Sindromul Sturge-Weber.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Cavitatarea siringomielică se dezvoltă în substanța albă a măduvei spinării. Astfel, simptomele clinice în siringomielie sunt expresia distrugerilor structurilor nervoase în plan longitudinal și transversal.
2. Dezvoltarea cavității siringomielice de la vârful coarnelor medulare anterioare spre baza lor, la nivelul C₅–D₁, determină faptul că în siringomielie leziunile motorii interesează mușchii distali ai extremităților superioare – flexorii (conform dispoziției neuronilor motori periferici din coarnele anterioare).
3. Deoarece sensibilitatea tactilă se vehiculează prin măduva spinării pe două căi – calea încrucișată (care apoi ascensionează prin fasciculul spino-talam-ic lateral) și cea directă (cordoanele medulare posterioare) – dereglările de sensibilitate tactilă în siringomielie sunt mult mai discrete decât tulburările de sensibilitate algică și termică.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 453.
2. A, p. 453.
3. D, p. 454.
4. C, p. 455.
5. E, p. 455.
6. B, p. 455, 458.
7. A, p. 455.
8. B, p. 456.
9. D, p. 456.
10. A, p. 456.
11. A, p. 457.
12. E, p. 457.
13. A, p. 459.
14. E, p. 460–461.

II.

1. A, D, E, p. 453.
2. A, B, E, p. 453.
3. A, B, p. 453.
4. A, C, D, p. 453.
5. A, B, C, D, p. 453.
6. B, C, D, E, p. 453.
7. B, C, D, E, p. 453.
8. A, B, p. 453.
9. A, B, p. 453.
10. A, B, C, D, p. 454.
11. A, C, D, E, p. 454.
12. A, B, C, E, p. 454.
13. C, D, E, p. 454.
14. A, B, C, D, p. 454.
15. B, D, p. 454.
16. A, B, C, E, p. 454.
17. B, D, p. 454.
18. A, B, C, p. 454–455.
19. A, B, C, E, p. 455 și 456.
20. A, B, D, E, p. 455.
21. A, D, E, p. 456.
22. C, D, E, p. 456.
23. A, B, C, E, p. 456.
24. B, C, D, E, p. 457.
25. A, E, p. 457.
26. A, B, C, D, p. 458.
27. A, B, C, D, p. 458.
28. B, C, D, E, p. 459.
29. A, B, C, D, p. 459.

IV.

1.
D, p. 456.
2.
D, p. 456.
3.
A, p. 457.

24. BOLILE EREDITARE ȘI DEGENERATIVE ALE SISTEMULUI NERVOS

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Cele mai răspândite boli ereditare sunt:
 - A. Bolile moleculare.
 - B. Bolile musculare.
 - C. Bolile neuromusculare.
 - D. Ataxiile ereditare.
 - E. Facomatozele.
2. Cel mai des, encefalopatia ereditară metabolică se întâlnește în:
 - A. Cistinurie.
 - B. Albinism.
 - C. Alcaptonurie.
 - D. Histidinemie.
 - E. Fenilketonurie.
3. Urina și sudoarea în fenilketonurie au miros specific de:
 - A. Iepure.
 - B. Cârtiță.
 - C. Vită.
 - D. Șobolan.
 - E. Șoarece.
4. Pentru a preveni deteriorarea intelectuală în fenilketonurie, dietoterapia trebuie începută până la vârsta de:
 - A. 3 luni.
 - B. 5 luni.
 - C. 6 luni.
 - D. 8 luni.
 - E. 1 an.
5. Boala Refsum (leucodistrofie, defect al metabolismului lipidic) se soldează cu acumularea în exces a:
 - A. Sfingomielinei.
 - B. Celulelor Gaucher în măduva osoasă.
 - C. Acidului fitanic.
 - D. Pigmentului brun sau verzui în globul palid și *locus niger*.
 - E. Ganglioizidului Gm₂.
6. Care din bolile ereditare, enumerate mai jos, face parte din tulburările metabolice ale glucidelor?
 - A. Maladia Nimann-Pick.
 - B. Galactozemia.
 - C. Maladia Gaucher.
 - D. Maladia They-Sacks.
 - E. Boala Refsum.

7. În degenerescența hepatocerebrală (maladia Wilson-Konovalov) elementul patogenetic principal este:
- A. Defectul ereditar de dezvoltare a nucleului lentiform.
 - B. Deficitul de ceruloplasmină.
 - C. Absența enzimei L-xilulozei.
 - D. Absența enzimei fructozo-1-6-difosfataldolazei.
 - E. Absența enzimei galactozo-1-fosfatidiltransferazei.
8. Clinic, în majoritatea cazurilor, degenerescența hepatocerebrală (maladia Wilson-Konovalov) se manifestă la vârsta de:
- A. 3-4 ani.
 - B. 5-7 ani.
 - C. 8-9 ani.
 - D. 10-25 ani.
 - E. După 30 de ani.
9. Care din manifestările depistate la examenul oftalmologic, enumerate mai jos, este un semn important în diagnosticul degenerescenței hepatocerebrale (maladii Wilson-Konovalov)?
- A. Glaucomul.
 - B. Decolorarea (paliditatea) jumătății temporale a papilei nervului optic.
 - C. Atrofia secundară (sură) a papilei nervului optic.
 - D. Inelul Kayser-Fleischer.
 - E. Sindromul Foster-Kennedy.
10. Manifestarea clinică principală în mioplegia congenitală paroxismală Westfall este:
- A. Accesul de paralizie flască intermitentă.
 - B. Accesul epileptic tonico-clonic generalizat.
 - C. Accesul de isterie.
 - D. Atacul de panică, însoțit de spasm carpo-pedal.
 - E. Paroxismul de fatigabilitate musculară patologică.
11. Indicați grupul de maladii ereditare metabolice cu afectarea predominantă a țesutului conjunctiv:
- A. Gangliozidozele.
 - B. Mucopolizaharidozele.
 - C. Lipidozele plasmatice.
 - D. Leucodistrofiile.
 - E. Tulburările metabolismului mineral.
12. Primul simptom al distrofiei musculare progresive juvenile (forma centurilor) este:
- A. Dificultatea la mers (mersul devine legănat).
 - B. Lordoza lombară accentuată.
 - C. Ridicarea specifică în picioare a bolnavului de pe podea.
 - D. O atrofie musculară cu predominanță în mușchii proximali ai brațelor.
 - E. Deplasarea sub formă de „aripi” a brațelor.
13. Cauza frecventă a decesului în distrofia musculară pseudohipertrofică Duchenne:
- A. Infarctul miocardic.
 - B. Accidentul vascular cerebral hemoragic.
 - C. Bolile intercurente pulmonare.

- D. Infecțiile ascendente uro-genitale.
 - E. Depresia (urmată de suicid).
14. Gena responsabilă de distrofia musculară facio-scapulo-humerală Landuzi-Dejerine a fost identificată pe cromozomul:
- A. 15.
 - B. 21.
 - C. 4.
 - D. 6.
 - E. 9.
15. Mecanismul patogenetic în miastenia gravă este determinat de:
- A. Producerea anticorpilor împotriva receptorilor de acetilcolină.
 - B. Defectul genetic de sintetizare a acetilcolinei.
 - C. Agenezia receptorilor de acetilcolină.
 - D. Anomalia ereditară de dezvoltare a membranei postsinaptice.
 - E. Lipsa enzimei acetilcolinesteraza.
16. Care din organele enumerate nu evoluționează obișnuit în miastenia gravă?:
- A. Glanda parotidă.
 - B. Timusul.
 - C. Pancreasul.
 - D. Suprarenalele.
 - E. Hipofiza.
17. Scăderea forței musculare după contracții repetate are loc în:
- A. Miopatia distală Hoffman Neville.
 - B. Distrofia musculară oculară și oculo-faringiană.
 - C. Miotonia congenitală Thomsen.
 - D. Distrofia miotonică (boala Steinert).
 - E. Miastenia gravă.
18. Care din maladiile ereditare, enumerate mai jos, cu vârsta, nu progresează, ci dimpotrivă, regresează treptat?
- A. Amiotrofia spinală Werdnig-Hoffmann.
 - B. Miotonia Oppenheim.
 - C. Miastenia ereditară.
 - D. Distrofia musculară facio-scapulo-humerală Landuzi-Dejerine.
 - E. Distrofia musculară pseudohipertrofică Duchenne.
19. În pofida diversității clinice a atrofiilor spinale moștenite, toate formele sunt legate de un singur locus pe cromozomul:
- A. 1q.
 - B. 2q.
 - C. 3q.
 - D. 4q.
 - E. 5q.
20. Cea mai frecventă formă a maladiei neuronului motor este:
- A. Maladia Werdnig-Hoffmann.
 - B. Atrofia musculară spinală Kugelberg-Welander.

- C. Maladia Aran-Duchenne.
 - D. Scleroza laterală amiotrofică Charcot.
 - E. Eredotaxia spino-cerebeloasă Friedreich.
21. Un semn extrem de relevant al sclerozei laterale amiotrofice Charcot este:
- A. Dizartria.
 - B. Tulburările sensibilității algice („ciorapi” și „mănuși”).
 - C. Fasciculațiile musculare.
 - D. Abolirea reflexului rotulian bilateral.
 - E. Tulburarea de continență a urinei.
22. Majoritatea pacienților cu scleroză laterală amiotrofică au vârsta cuprinsă între:
- A. 10 și 15 ani.
 - B. 15 și 20 de ani.
 - C. 20 și 25 de ani.
 - D. 25 și 45 de ani.
 - E. 50 și 70 de ani.
23. Un rol important în stabilirea diagnosticului de scleroză laterală amiotrofică are:
- A. Electromiografia (EMG).
 - B. Electroencefalografia (EEG).
 - C. Ultrasonografia Doppler.
 - D. Tomografia computerizată.
 - E. Rezonanța magnetică nucleară.
24. S-a demonstrat în triajuri clinice că durata de supraviețuire a pacienților cu scleroză laterală amiotrofică poate fi extinsă prin administrare de:
- A. Metilprednisolon.
 - B. Rilutek (Rilusole).
 - C. Rebif.
 - D. Copaxon.
 - E. Avonex.
25. Paraplegia spastică ereditară Strümpell debutează cu:
- A. Dificultăți la mers, determinate de slăbiciunea membrelor inferioare.
 - B. Exagerarea reflexelor osteo-tendinoase.
 - C. Retard psihomotor.
 - D. Ataxie cerebeloasă.
 - E. Tulburări ale sensibilității profunde.
26. Boala Parkinson debutează la vârsta de:
- A. 10–20 de ani.
 - B. 20–30 de ani.
 - C. 40–50 de ani.
 - D. 60–70 de ani.
 - E. 70–80 de ani.
27. Care preparat folosit în tratamentul bolii Parkinson este dopaminmimetic?
- A. Alcaloizi de belladonna.
 - B. Romparkin.
 - C. Levodopa.

- D. Bromocriptina.
- E. Amantadina.

28. Care din maladiile ereditare ale sistemului extrapiramidal, enumerate mai jos, se ameliorează la ingerarea de alcool sau la administrare de propranolol:
- A. Boala Parkinson.
 - B. Coreea Huntington.
 - C. Distonia de torsiune.
 - D. Tremorul esențial.
 - E. Paralizia supranucleară progresivă Steele-Richardson-Olszewski.
29. Simptomul cardinal în torticolis este:
- A. Postura distonică a trunchiului corpului.
 - B. Mișcările involuntare de tip coreic.
 - C. Devierea capului într-o parte, cu înclinarea și rotirea lui în sens opus.
 - D. „Ezitare de start” la inițierea mersului.
 - E. Poziția ridicată a capului bolnavului în decubit dorsal – „perna psihică”.
30. Prezența facoamelor (tumori retiniene) la examenul fundului de ochi este un semn patognomonic pentru maladia:
- A. Scleroza tuberoasă Bourneville.
 - B. Neurofibromatoza Recklinghausen.
 - C. Angiomatoza encefalo-trigeminală Sturge-Weber.
 - D. Ataxia (telengiectazia) Louis-Bar.
 - E. Angiomatoza cerebro-retiniană Hippel-Lindau.
31. Neurofibromatoza Recklinghausen este:
- A. O blastomatoză, mai des întâlnită la sexul masculin și cu caracter genetic.
 - B. O displazie, caracterizată prin pete cutanate pigmentate și tumorale benigne, situate în țesutul cutanat sau/și în cel perineural (neurofibroame).
 - C. O afecțiune ereditară, manifestarea caracteristică a căreia este existența hemangioamelor capilare sau cavernoase.
 - D. O tulburare ereditară manifestată prin degenerări cerebeloase progresive și leziuni vasculare cutanate.
 - E. O boală ereditară, caracterizată prin hemangioblastoame retiniene și cerebeloase.
32. Intracranian, în neurofibromatoza Recklinghausen cel mai des se poate întâlni:
- A. Adenomul hipofizar.
 - B. Meningeomul parasagital.
 - C. Malformația Arnold-Chiari.
 - D. Anevismul de arteră comunicantă anterioară.
 - E. Neurinomul de acustic cu localizare ponto-cerebeloasă.
33. Deseori, prima manifestare neurologică în angiomatoza encefalo-trigeminală Sturge-Weber este:
- A. Cecitatea optică brusc instalată.
 - B. Sindromul pseudobulbar.
 - C. Hemilimba geografică.
 - D. Criza epileptică focală.
 - E. Criza de nevralgie trigeminală.

34. Manifestarea clinică caracteristică a angiomatozei encefalo-trigeminale Sturge-Weber:
- A. Formațiunile tumorale cutanate de diverse mărimi, ce se plasează pe traiecul nervilor periferici.
 - B. Tulburările cutanate sub formă de hipertrihoză, hemolimfangioame, mici lipome.
 - C. Hipertrofia glandelor sebacee în asociere cu teleangiectazii.
 - D. Hemangioamele capilare sau cavernoase localizate în teritoriul cutanat al nervului trigemen, cu posibilă extindere în leptomeninge.
 - E. Hiperostoze ale bolții craniene, îngroșări și formațiuni chistice ale oaselor metatarsiene, asociate cu diferite malformații osoase sub formă de scolioză, poli- și sindactilie, *spina bifida* etc.
35. Includerea ataxiei (telangiectaziei) Louis-Bar printre sindroamele neurocutanate (facomatoze) se datorează:
- A. Transmiterii autosomal-recesive a bolii, gena fiind localizată pe cromozomul 11q223-q23.
 - B. Prezenței unei degenerări cerebeloase progresive în asociere cu leziunile vasculare cutanate.
 - C. Prezenței deficitului de imunoglobuline, ceea ce favorizează infecțiile recurente.
 - D. Ataxiei spino-cerebeloase cu dereglări ale sensibilității profunde.
 - E. Petelor cutanate pigmentate și dermatitei seboreice în asociere cu hipogonadismul.
36. Angiomatoza cerebro-retiniană Hippel-Lindau se caracterizează prin:
- A. Hemangioblastoame retiniene și cerebeloase.
 - B. *Naevus* facial asociat cu atingere de lobi cerebrali frontali și parietali.
 - C. Depozite intracerebrale de calciu, depistate prin craniografie.
 - D. Cecitate optică secundară unui glaucom, în asociere cu sindromul de lob frontal.
 - E. Telangiectazie conjunctivală în asociere cu crize epileptice parțiale și parțial-generalizate.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Bolile ereditare se împart în următoarele grupe mari:
 - A. Patologie perinatală.
 - B. Afecțiuni congenitale.
 - C. Boli moleculare.
 - D. Boli cromozomiale.
 - E. Anomalii de transformare.
2. Din grupa aminoacidopatiilor se întâlnesc mai des și sunt mai bine studiate:
 - A. Fenilcetonuria.
 - B. Histidinemia.
 - C. Tirozinozele.
 - D. Alcaptonuria.
 - E. Albinismul.

3. Indicați verigile principale ale patogeniei fenilketonuriei:
 - A. Lipsa de activitate a enzimei fenilalanin-4-hidroxilazei.
 - B. Defect de histidindezaminază cu dereglarea transformării histidinei în acid urocanic.
 - C. Creșterea fenilalaninei în serul sanguin.
 - D. Metaboliții fenilalaninei sunt produși excesiv și eliminați în cantitate mare.
 - E. Se remarcă excreția excesivă de acizi hidroxifenilpiruvic și hidroxifenilacetic.
4. În lipidozele cele mai cunoscute (Gaucher, Nimann-Pick, Tey-Sachs) predomină următoarele manifestări clinice:
 - A. Obezitatea.
 - B. Hepato-splenomegalia.
 - C. Insuficiența renală cronică.
 - D. Retardarea mentală.
 - E. Sindromul neurologic.
5. Manifestările neurologice în degenerescența hepatocerebrală (maladia Wilson-Konovalov) includ:
 - A. Deteriorarea intelectuală și retardarea mentală.
 - B. Semnele extrapiramidale: rigiditatea, mișcările atetozice, tremurăturile în repaus sau în mișcare.
 - C. Disartria.
 - D. Mononevritele multiple.
 - E. Polineuropatia, predominant motorie.
6. Paralizia din mioplegia congenitală paroxismală Westfall survine mai ales:
 - A. Dimineața, la trezire.
 - B. Ziua, după prânz.
 - C. În a doua jumătate a zilei.
 - D. Seara, după cină.
 - E. Noaptea.
7. Tulburările metabolismului porfirinei se manifestă prin:
 - A. Hiperbilirubinemie indirectă, dar nehemolitică.
 - B. Icter.
 - C. Simptome abdominale.
 - D. Simptome cutanate.
 - E. Dereglări ale sistemului nervos.
8. Alegeți manifestările patognomonice ale dereglărilor metabolismului porfirinei:
 - A. Polineuropatie axonală.
 - B. Comportament psihotic și convulsii.
 - C. Dermatită hiperpigmentară cu excavații epidermice.
 - D. Culoarea roșiatică a urinei, care se intensifică după expunere la soare.
 - E. Deformarea cutiei toracice (piept „de găină”).
9. Care expresii se folosesc la descrierea manifestărilor clinice în distrofiile musculare progresive?
 - A. Mers legănat „de rață”.
 - B. Omoplați „aripi” (*scapulae alatae*).
 - C. Buză „de tapir”.

- D. Față „de pasăre”.
 - E. Piept „de găină”.
10. În miotonia congenitală Thomsen sunt posibile următoarele manifestări clinice:
- A. Decontractie lentă a mușchilor contractați voluntar.
 - B. Aspect athletic, herculean.
 - C. Forță musculară crescută.
 - D. Reflexe osteotendinoase diminuate, apoi abolite.
 - E. Boala este mai accentuată la căldură și se ameliorează la frig.
11. Simptomele de debut în distrofia miotonică (boala Steinert):
- A. Dereglările oculomotorii.
 - B. Sindromul amiotrofic.
 - C. Scăderea forței în mâini.
 - D. Dificultățile de mers.
 - E. Fasciculațiile.
12. Simptomele de debut cele mai frecvente în miastenia gravă sunt:
- A. Imposibilitatea de a urca scările.
 - B. Dereglările de respirație.
 - C. Pareza mimică.
 - D. Diplopia.
 - E. Ptoza.
13. În procesul de diagnostic al miasteniei grave vor fi incluse următoarele compartimente:
- A. Examenul titrului seric de anticorpi anti-receptori colinesterazici (anti-AchR).
 - B. Proba cu prozerină.
 - C. Tomografia computerizată a mediastinului (pentru decelarea eventualei tumori).
 - D. Examenul electromiografic (*jitter*-ul, decrementul).
 - E. Examenul sângelui la conținut de kreatinfosfokinază (KFK).
14. Indicați măsurile terapeutice utilizate în tratamentul miasteniei grave:
- A. Administrarea anticolinesterazicelor (prozerină, calimină).
 - B. Timomectomie.
 - C. Preparate biostimulatoare (aloe, FIBS, gumizol).
 - D. Tratament imunosupresor (corticosteroizi, azotioprină).
 - E. Plasmafereză.
15. În amiotrofia neurală Charcot-Marie-Tooth pot fi observate următoarele manifestări clinice:
- A. Debutează cu crampe, fasciculații în mușchii gambei.
 - B. Deficitul motor apare mai ales la musculatura distală a picioarelor, determinând mersul stepat.
 - C. Atrofia mușchilor piciorului determină aspectul de „picior de barză”.
 - D. Reflexele osteotendinoase diminuează sau dispar.
 - E. Maladia este determinată predominant de suferința coarnelor medulare anterioare.

16. Modificările electromiografice în scleroza laterală amiotrofică constau în înregistrarea:
- A. Potențialelor de fibrilații.
 - B. Potențialelor de fasciculații.
 - C. Undelor pozitive ascuțite.
 - D. Potențialelor de unități motorii majorate în amplitudine, durată și număr de faze.
 - E. Fuselor miotonice și miochimiilor.
17. Eredoataxia spino-cerebeloasă Friedreich reprezintă o scleroză medulară degenerativă, care implică următoarele sindroame majore:
- A. Asteno-depresiv.
 - B. Ataxia cerebeloasă.
 - C. Sindromul piramidal.
 - D. Sindromul hiperkinetic.
 - E. Ataxia tabetică.
18. În cadrul unor familii există o coincidență a eredoataxiei spino-cerebeloase Friedreich cu:
- A. Dissomnia fatală familială.
 - B. Maladia Pierre-Marie.
 - C. Sindromul Roussy-Levy.
 - D. Forme latente de boală (picior scobit sau areflexie osteotendinoasă).
 - E. Cecitate cohleară.
19. Fenomenele ataxice în eredoataxia spino-cerebeloasă Friedreich se evidențiază prin:
- A. Probe cerebeloase indice-nas și călcâi-genunchi.
 - B. Oscilații ale capului și trunchiului.
 - C. Verticalitate compromisă.
 - D. Hiperkineze de tipul „numărul monedelor”, „rostogolirea pilulelor”.
 - E. Pareză mimică tip periferic, bilaterală.
20. Alegeți enunțurile corecte referitoare la eredoataxia cerebeloasă spastică (boala Marie):
- A. Face parte din grupul așa-numitor ataxii non-Friedreich.
 - B. Vârsta de debut a bolii este de peste 20 de ani.
 - C. Clinic, se manifestă prin ataxie, spasticitate, atrofie optică.
 - D. Evoluția este lent progresivă.
 - E. Deseori, are loc o regresie spontană cu vindecare completă.
21. Clinic, în eredoataxia amiotrofică Roussy-Levy se evidențiază:
- A. O ataxie a stațiunii verticale și a mersului.
 - B. Atrrofii musculare cu caracter distal în mușchii mâinilor și ai gambleor.
 - C. Fasciculațiile sunt un semn extrem de relevant.
 - D. Piciorul deseori ia aspectul de „picior de barză”.
 - E. Reflexele osteotendinoase sunt abolite la membrele inferioare.
22. În atrofia olivo-ponto-cerebeloasă Dejerine-Thomas, ariile de atrofie cerebrală sunt localizate mai ales în:
- A. Cortexul cerebral.

- B. Cortexul cerebelos.
 - C. Nucleii pontini.
 - D. Olive.
 - E. Conexiunile olivo-cerebeloase.
23. În perioada de stare a bolii Parkinson sunt prezente următoarele simptome principale:
- A. Akinezia.
 - B. Rigiditatea.
 - C. Tremorul.
 - D. Râsul și plânsul sardonice (forțat).
 - E. Comportamentul de lob frontal.
24. Alegeți afirmațiile corecte privind hipertonia musculară la bolnavii cu parkinsonism:
- A. Predomină la mușchii extensori.
 - B. Este plastică, ceroasă.
 - C. Este însoțită de fenomenul „roată dințată”.
 - D. Diminuează în repaus și în timpul somnului.
 - E. Se accentuează la emoții și efort.
25. Indicați proprietățile tremorului parkinsonian:
- A. Apare în repaus și dispare cu ocazia inițierii unei mișcări voluntare.
 - B. Are un ritm de 4–6 cicluri pe secundă.
 - C. Simulează anumite gesturi (numărul monedelor, răsucitul țigării, rostogolirea unei pilule, baterea tobei, baterea tactului).
 - D. Se exacerbează paradoxal la administrare de L-dopa și în timpul somnului.
 - E. Se accentuează la un efort mental.
26. Simptomatologia completă a bolii Huntington cuprinde următoarele sindroame cardinale:
- A. Tremor psihogen.
 - B. Mișcări involuntare de tip coreic.
 - C. Tulburări de tonus muscular (hipotonie).
 - D. Akinezie paradoxală.
 - E. Tulburări psihice.
27. Indicați afirmațiile corecte referitoare la tremorul esențial:
- A. Are o frecvență de 4–11 cicluri pe secundă.
 - B. Apare cu predominanță în porțiunile distale ale membrelor superioare, afectând frecvent și capul, și vocea (tremor vocal).
 - C. Deseori, cu caracter familial.
 - D. Se accentuează odată cu înaintarea în vârstă.
 - E. În fiziopatologia maladiei este incriminată ieșirea de sub control a palidului ventral și a substanței negre posterioare de sub acțiunea putamenului.
28. Distonia de torsiune se caracterizează prin:
- A. Se instalează insidios între 3 și 15 ani, cu senzație de contractură musculară a trunchiului, interesând precoce mersul bolnavului.
 - B. Postură d tonică a trunchiului.
 - C. Disartrie, grimase, torticolis.

- D. În stadii avansate se constată o deteriorare mentală.
 - E. La vârsta de 40–70 ani poate interveni o vindecare completă.
29. Care dintre următoarele afirmații caracterizează paralizia supranucleară progresivă Steele-Richardson-Olszewski?
- A. Este o maladie a copilăriei.
 - B. Paralizii ale mușchilor oculari, tulburări de postură și tonus muscular, dificultăți de deglutiție și fonație, retard mintal.
 - C. Sunt frecvente căderile ca rezultat al tulburărilor de postură și ale tonusului axial.
 - D. Disfagia, la început moderată, se accentuează în evoluția maladiei, reprezentând adesea cauza decesului.
 - E. Progresiv se instalează demența și depresia.
30. Torticolisul spasmodic se caracterizează printr-o deviere a capului de partea opusă contracției involuntare a mușchilor:
- A. Sternocleidomastoidian.
 - B. Platisma.
 - C. Trapez.
 - D. Deltoid.
 - E. Splenius.
31. Tratatamentul neurochirurgical al torticolisului spasmodic poate da, uneori, rezultate satisfăcătoare prin utilizarea următoarelor variante:
- A. Secțiunea nervului spinal.
 - B. Rizotomia posterioară a primilor trei nervi cervicali.
 - C. Rizotomia anterioară a primilor trei nervi cervicali.
 - D. Intervenția stereotaxică privind nucleii ventro-postero-median și centro-median talamic bilateral.
 - E. Operația Janetta pe trunchiul nervului accesoriu.
32. Simptomatologia neurologică în scleroza tuberoasă Bourneville este dominată de:
- A. Retardare mentală.
 - B. Epilepsie.
 - C. Ataxie senzitivă.
 - D. Hipertonus muscular extrapiramidal.
 - E. Amauroză.
33. Tabloul clinic în neurofibromatoza Recklinghausen se poate manifesta prin:
- A. Prezența adenomului sebaceu situat în regiunea feței, datorită unei hiperplazii a glandelor sebacee cufundate într-o neoformațiune vasculară.
 - B. Pete pigmentare cu aspect de „cafea cu lapte”, de dimensiuni variabile, care, cu timpul, se generalizează.
 - C. Formațiuni tumorale cutanate de diverse mărimi, care se localizează în special pe trunchiul corpului, pe traiectul unor nervi periferici.
 - D. Sindroame radiculare.
 - E. Sindrom de compresiune medulară.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați maladiile (sindroamele) cu grupul de referință:

Grupul:	Maladiile (sindroamele):
a. Lipidozele.	1. Marphan.
b. Mucopolizaharidozele.	2. Niemann-Pick.
	3. Hurler.
	4. Hunter.
	5. Gaucher.
	6. Sanfilippo.
	7. They-Sacks.
	8. Refsum.
	9. Marquio.

2. Grupați maladiile în corespundere cu genericul etiologic la care aparțin:

Grupul:	Maladiile:
a. Bolile ereditare neuromusculare.	1. Amiotrofia neurală Charcot-Marie-Tooth.
b. Bolile ereditare ale sistemului extrapiramidal.	2. Atrofia spinală infantilă Werding-Hoffmann.
	3. Atrofia spinală Kugelberg-Welander.
	4. Atrofia spinală Aran-Duchenne.
	5. Boala Parkinson.
	6. Scleroza laterală amiotrofică Charcot.
	7. Coreea cronică degenerativă Huntigton.
	8. Paraplegia spastică ereditară Strümpell.
	9. Tremorul esențial.
	10. Distonia de torsiune.
	11. Paralizia supranucleară progresivă Steele-Richardson-Olszewski.
	12. Torticolis spasmodic.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. În martie 2000, a fost descifrat genomul uman, ceea ce i-a făcut pe geneticieni să preconizeze că peste circa 20 de ani, prin corectarea „erorilor ereditare”, se vor naște numai copii sănătoși.
2. Distrofia musculară pseudohipertrofică Duchenne se transmite autosomal X-lincat-dominant. Astfel, boala debutează la vârsta de 10–20 ani și se întâlnește la ambele sexe.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 462.
2. E, p. 464.
3. D, p. 464.
4. A, p. 465.
5. C, p. 466.
6. B, p. 467.
7. B, p. 468.
8. D, p. 468.
9. D, p. 469.
10. A, p. 469.
11. B, p. 471.
12. A, p. 472.
13. C, p. 472.
14. C, p. 473.
15. A, p. 474.
16. B, p. 474.
17. E, p. 474.
18. B, p. 476.
19. E, p. 478.
20. D, p. 478.
21. C, p. 479.
22. E, p. 478.
23. A, p. 480.
24. B, p. 480.
25. A, p. 481.
26. C, p. 485.
27. C, p. 488.
28. D, p. 490.
29. C, p. 491.
30. A, p. 493.
31. B, p. 494.
32. E, p. 494.
33. D, p. 495.
34. D, p. 495.
35. B, p. 495.
36. A, p. 496.

II.

1. C, D, E, p. 462.
2. A, B, p. 464.
3. A, C, D, E, p. 464–465.
4. B, D, E, p. 465.
5. A, B, C, p. 468.
6. A, E, p. 469.
7. C, D, E, p. 470.
8. A, B, C, D, p. 470–471.
9. A, B, C, p. 472–473.
10. A, B, D, p. 474.
11. C, D, p. 474.
12. D, E, p. 475.
13. A, B, C, D, p. 475.
14. A, B, D, E, p. 475–476.
15. A, B, C, D, p. 477.
16. A, B, C, D, p. 480.
17. B, C, E, p. 481.
18. B, C, D, p. 481.
19. A, B, C, p. 482.
20. A, B, C, D, p. 483.
21. A, B, D, E, p. 484.
22. B, C, D, E, p. 484.
23. A, B, C, p. 486.
24. B, C, D, E, p. 486.
25. A, B, C, E, p. 486.
26. B, C, E, p. 488.
27. A, B, C, D, p. 489–490.
28. A, B, C, D, p. 490.
29. B, C, D, E, p. 491.
30. A, C, E, p. 491.
31. A, B, C, D, p. 492–493.
32. A, B, p. 493.
33. B, C, D, E, p. 494.

III.

1.
 - a. 2, 5, 7, 8, p. 465–466.
 - b. 1, 3, 4, 6, 9, p. 471–472.
2.
 - a. 1, 2, 3, 4, 6, 8, p. 477–481.
 - b. 5, 7, 9, 10, 11, 12, p. 485–491.

IV.

1. A, p. 462.
2. C, p. 472.

25. BOLILE ȘI SINDROAMELE VEGETATIVE. CLASIFICAREA PATOLOGIEI VEGETATIVE

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Bolile enumerate mai jos reprezintă afecțiuni vegetative generalizate segmentare și mixte (suprasegmentar-segmentare), cu excepția:
 - A. Maladiei Hirschsprung.
 - B. Hipotensiunii ortostatice Bradbury-Eggleston.
 - C. Atrofiei multisistemice.
 - D. Maladiei Charcot-Marie-Tooth.
 - E. Disautonomiei familiale (Maladiei Thevenard).
2. Bolile enumerate mai jos reprezintă afecțiuni vegetative de focar, cu excepția:
 - A. Sindromului Claude Bernard-Horner.
 - B. Sindromului Pourfour du Petit.
 - C. Sindromului Barré-Lieou.
 - D. Sindromului Adie.
 - E. Maladiei Steinert.
3. Care din manifestările enumerate mai jos deseori este o parte importantă a crizei vegetative?
 - A. Spasmul carpo-pedal.
 - B. Sincopa neurogenă.
 - C. Sindromul Raynaud.
 - D. Sindromul de hiperventilație.
 - E. Eritromelalgia.
4. Tratamentul complex al sindromului de hiperventilație se face după aceleași principii ca și tratamentul:
 - A. Sincopelor neurogene.
 - B. Crizelor vegetative.
 - C. Crizelor epileptice.
 - D. Migrenei.
 - E. Crizelor miastenice.
5. Care afirmație definește sincopel nictemerale?
 - A. Apar la trecerea pacientului din poziție orizontală în poziție verticală.
 - B. Sunt provocate de mișcările capului, de procesul prizelor alimentare.
 - C. Apar la tuse, de obicei în unele maladii respiratorii.
 - D. Se manifestă la deglutiție, prin intensificarea activității nervului vag.
 - E. Apar, de obicei, noaptea, în timpul actului de micțiune.
6. În conformitate cu criteriile de stabilire a diagnosticului în boală Raynaud, elaborate de E. Ellen și W. Brown în 1932, durata bolii trebuie să fie de cel puțin:
 - A. Două luni.
 - B. Trei luni.
 - C. Șase luni.

- D. Un an.
 - E. Doi ani.
7. Care din metodele de tratament enumerate poate fi folosită în tratamentul formelor grave ale bolii Raynaud?
- A. Oxibaroterapia.
 - B. Iradierea sângelui cu raze ultraviolete.
 - C. Plasmafereza.
 - D. Chimioterapia.
 - E. Iradierea cu raze Roentgen.
8. Principala manifestare clinică a eritromelalgiei sunt:
- A. Accesele de acrocianoză a extremităților inferioare, influențate de emoții sau frig.
 - B. Paroxisme de dureri arzătoare în extremitățile distale ale membrelor inferioare în orice condiții de încălzire a bolnavului.
 - C. Gangrenele digitale la extremitățile inferioare.
 - D. Semnele vasculare și trofoplegice strict simetrice la extremitățile inferioare.
 - E. Accesele de hiperemie a porțiunilor proximale ale extremităților superioare și feței.
9. Dereglările polisistemice din distonia neuro-vegetativă de stres pot fi observate izolat, timp relativ îndelungat, fiind determinate de următorii factori, cu excepția:
- A. Conflictului intrapsihic (conștient sau inconștient).
 - B. Ritmului crescând al vieții.
 - C. Suprainformației.
 - D. Creșterii ponderii muncii intelectuale.
 - E. Surmenării psihice.
10. Actualmente, se consideră că sindromul de bază al tulburărilor vegetative segmentare este:
- A. Insuficiența vegetativă periferică.
 - B. Atacul de panică.
 - C. Restructurarea hormonală.
 - D. Sindromul Raynaud.
 - E. Sindromul de hiperventilație.
11. Hipotensiunea ortostatică Bradbury-Eggleston este:
- A. O maladie ereditară, considerată anomalie a cromozomului 9, cu debutul în perioada copilăriei, ce se manifestă prin episoade de hipotensiune ortostatică și episoade hipoglicemice rec divante, ptoză, flasticitate, determinate de un deficit de sinteză noradrenergică de către suprarenală (insuficiența enzimei dopamin- β -hidroxilaza).
 - B. O maladie degenerativă a neuronilor preganglionari simpatici ai tractului intermediolateral toraco-lombar cu denervarea mușchilor netezi și a glandelor.
 - C. O maladie ce se manifestă prin hipotensiune posturală sistolică cu tahicardie, hiperemie a feței și a extremităților.
 - D. O maladie ereditară, moderat progresivă, a cărei manifestare de bază o constituie semnele de atrofie în extremitățile distale ale membrelor inferioare.
 - E. O maladie autosomal-dominantă, cu progresie lentă, care clinic se prezintă prin tulburări senzitivo-trofice, acropatii, dureri spontane în membre.

12. Medicamentul de elecție în tratamentul hipotensiunii ortostatice Bradbury-Eggleston este preparatul:
- A. Midordin (gutron).
 - B. Pindolol (visken).
 - C. α -fludocortizon (Florinet).
 - D. Indometacin.
 - E. Eritropoetină.
13. În care din cele cinci tipuri de neuropatii ereditare, cu vârsta, apar scolioza, dereglările gustative, mersul defectuos?
- A. Acropatia ulcero-mutilantă dominantă (maladia Thevenard).
 - B. Neuropatia senzitivo-congenitală precoce.
 - C. Neuropatia senzitivă.
 - D. Disautonomia familială (Riley-Day).
 - E. Analgezia congenitală cu anhidroză.
14. Hemiatrofia facială este semnul patognomonic al sindromului:
- A. Claude Bernard-Horner.
 - B. Pourfour du Petit.
 - C. Parry-Romberg.
 - D. Barré-Lieou.
 - E. Adie.
15. Principala cauză a sindromului Barré-Lieou este:
- A. Afecțiunea nucleului sau a nervului oculomotor.
 - B. Cancerul apexului pulmonar.
 - C. Anevrismul aortic.
 - D. Adenopatiile cervicale.
 - E. Cervicartroza.
16. Sindromul Adie este determinat de:
- A. Degenerescența fibrelor parasimpatice postganglionare ale ganglionului ciliar.
 - B. Afectarea concomitentă a plexului simpatic perivertebral și a nervilor cervicali.
 - C. Inhibarea trunchiului simpatic cervical.
 - D. Excitarea trunchiului simpatic cervical.
 - E. Atrofia emisferei cerebrale omolaterale.
17. În sindromul auriculo-temporal (sindromul Frey, epihidroza parotidiană), în locul reflexului gusto-salivar normal, alimentarea inițiază:
- A. Dereglări de deglutiție pentru solide.
 - B. Dereglări de deglutiție pentru lichide.
 - C. Un reflex gusto-sudoral.
 - D. Un acces de migrenă.
 - E. Sughit intens, rezistent la terapia medicamentoasă.
18. Baza patogenică a maladiei Hirschsprung o constituie:
- A. Dilatarea patologică congenitală a intestinului gros.
 - B. Modificările hist structurale ale aparatului nervos intramural într-un anumit sector al intestinului gros.
 - C. Mutația genei structurale (o deleție sau inserție), responsabilă de formarea embrionară a intestinului gros.

- D. Lipsa chemărilor la defecație.
 - E. Tulburarea procesului de digestie din cauza lipsei (scăderii) peristaltismului gastric.
19. Tratamentul de bază al maladii Hirschsprung:
- A. Preparatele atropinice.
 - B. Platifilina.
 - C. Dieta.
 - D. Clistirele, preparatele purgative.
 - E. Tratamentul chirurgical.
20. Fenomenul „transplant contra gazdei”, care poate să apară în transplantarea de organe, este determinat de:
- A. Incompatibilitatea în locusul HLA-D.
 - B. Formarea conflictului intrapsihic și la dezvoltarea dereglărilor în sfera emoțională.
 - C. Aferențele masive generate de sistemul nervos vegetativ periferic, direcționate spre structurile cerebrale.
 - D. Dereglările dintre terminațiile axonale ale organismului-gazdă și ale țesuturilor transplantului.
 - E. Modificările histestructurale ale aparatului nervos vegetativ intramural al transplantului.

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Criza vegetativă (atacul de panică) se manifestă prin tulburări vegetative cu componente:
 - A. Emoțional-afective.
 - B. Licvoro-dinamice.
 - C. Epileptice.
 - D. Comportamentale (frică, panică, alarmă).
 - E. Cognitive.
2. Medicamentele cele mai eficiente în tratamentul crizei vegetative (atacului de panică) s-au dovedit a fi:
 - A. Antidepresivele (amitriptilină, melipramină, anafranil (clomipramin), lerivon (mianserin)).
 - B. Anticonvulsivantele (valproatul de sodiu, carbamazepina, fenobarbitalul, clonazepamul, fenitoina).
 - C. Benzodiazepinele (clonazepam, alprozolam, relanium).
 - D. Beta-adrenoblocantele (atenolol, propranolol, metaprolol).
 - E. Blocatorii canalelor de calciu (nimodipina, nifedipina).
3. Varianta clasică a sindromului de hiperventilație, întâlnită mai ales în stările acute, include:
 - A. Respirație intensă, forțată.
 - B. Parestezii.
 - C. Grețuri, vome.
 - D. Tetanie.
 - E. Sughit.

4. Simptomul clinic care de obicei precedă sincopa neurogenă, numit *aură*, include:
 - A. Presimțirea unei neplăceri.
 - B. Senzații afectiv-vizuale.
 - C. Senzații afectiv-acustice.
 - D. Vertijuri.
 - E. Chemări imperioase la micțiune.
5. Se cunosc următoarele clase de stări sincopale:
 - A. Neurogene.
 - B. Psihogene.
 - C. Somatogene (de obicei, cardiogene).
 - D. Metabolice.
 - E. Nedeterminate.
6. Tratatamentul sincopei neurogene în timpul accesului include:
 - A. Asigurarea poziției orizontale.
 - B. Aerația locului unde se află bolnavul, înlăturarea factorilor de disconfort.
 - C. Stimularea centrului respirator (amoniac, stropirea feței cu apă etc.);
 - D. Terapie simptomatică cu simpaticotonice (mezaton, efedrină, masaj cardiac extern).
 - E. Plasmafereză.
7. Diminuarea gradului hiperexcitabilității și reactivității neuromusculare în tratamentul pacientului în perioada intersincopală se obține prin administrarea:
 - A. Preparatelor ce influențează metabolismul calciului (vit. D₂ (ergocalciferol), gluconat de calciu, lactat de calciu).
 - B. Antidepresivelor (amitriptilină, melipramină, fluoxetină).
 - C. Vegetotropelor (beta-adrenoblocanți, beloid, bellataminal).
 - D. Preparatelor de magneziu (lactat de magneziu, asparaginat de magneziu etc.).
 - E. Tranchilizantelor (seduxen, relanium, elenium, fenazepam).
8. Boala Raynaud reprezintă o patologie vegeto-vasculară a extremităților distale ale membrelor, cu caracter paroxismal, constituită din următoarele faze:
 - A. Faza de hiperventilație.
 - B. Crampe dureroase în mușchii mâinilor și picioarelor (predominant grupurile distale).
 - C. Paloarea și răcirea degetelor, însoțite de durere.
 - D. Apariția acrocianozei, intensificarea durerii.
 - E. Hiperemia membrelor și dispariția durerilor.
9. În stadiile avansate ale eritromelalgiei pot apărea:
 - A. Sectoare necrotice.
 - B. Atrofii cutanate.
 - C. Deformări ale degetelor.
 - D. Deformări ale membrelor.
 - E. Semne piramidale.
10. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la distonia neuro-vegetativă constituțională:
 - A. Are un caracter familial-ereditar, cu manifestare permanentă.
 - B. Debutează în a treia decadă a vieții.
 - C. Se caracterizează prin nestabilitatea parametrilor vegetativi.

- D. Deseori, se asociază cu unele boli organice (Parkinson, hipotonia ortostatică ideopatică, boli degenerative, neuropatii).
 - E. Sindroamele de bază sunt: psihovegetativ, vegeto-vascular, trofic etc.
11. Analizându-se căile corelativ-integrative ale hipotalamusului, au fost evidențiate următoarele grupe de sindroame:
- A. Hipotalamo-hipofizar.
 - B. Hipotalamic.
 - C. Adenohipofizar.
 - D. Hipotalamo-comportamental.
 - E. Dishormonal.
12. Pacienții cu afecțiuni vegetative asociate cu tetania neurogenă acuză:
- A. Paretezii distale, de regulă simetrice (impulsații, amorțeli, senzație de „curent electric”, dureri etc.).
 - B. Senzația „bătăilor de inimă”.
 - C. Transpirație.
 - D. Frison.
 - E. Spasme musculare.
13. Activitatea spontană repetitivă în cadrul examenului electromiografic (EMG) al pacientului cu tetanie neurogenă se manifestă prin:
- A. Fuse miotonice.
 - B. Descărcări pseudomiotonice.
 - C. Duplete.
 - D. Triplete.
 - E. Multiplete.
14. Posibilitatea de stabilire a diagnosticului de atrofie multisistemică crește atunci când:
- A. Sindromul Parkinson este rezistent față de tratamentul cu L-dopa.
 - B. Se instalează tulburări de sensibilitate „ciorapi”, „mănuși”.
 - C. Tulburările vegetative progresează.
 - D. Apar sindroame alterne de trunchi cerebral.
 - E. Este prezent sindromul cerebelos sau piramidal.
15. Deficitul de dopamin- β -hidroxilază (maladie ereditară cu debut în perioada copilăriei) se manifestă prin:
- A. Dereglări de deglutiție pentru solide.
 - B. Episoade de hipotensiune ortostatică.
 - C. Episoade hipoglicemice recidivante.
 - D. Ptoză.
 - E. Elasticitate.
16. Hiperbradikininemia familială se manifestă prin:
- A. Hipotensiune posturală sistolică cu tahicardie.
 - B. Anizocorie.
 - C. Hiperemia feței.
 - D. Hiperemia extremităților.
 - E. Hiperglicemie.

17. Manifestările clinice de bază ale maladiei Charcot Marie-Tooth sunt:
- A. Amiotrofiile simetrice, la început în grupul de mușchi extensori și abductori ai treimii inferioare a piciorului.
 - B. Stepajul.
 - C. Atrofia mușchilor capului, gâtului, corpului.
 - D. Lipsa sau diminuarea reflexelor osteotendinoase; uneori însă, reflexele tendinoase pot fi mărite.
 - E. Tulburările de sensibilitate (algice și termice) și trofice (edeme, cianoză).
18. Neuropatiile ereditare se caracterizează prin:
- A. Dereglări senzoriale în extremitățile distale ale membrilor.
 - B. Formarea de ulcere nedureroase.
 - C. Tulburări cerebeloase.
 - D. Dureri spontane în zonele afectate.
 - E. Tulburări trofice.
19. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la afectarea selectivă a fibrelor mielinice de calibru mic:
- A. Este rezultatul recepționării excesive a stimulilor dureroși și termici.
 - B. Se întâlnesc mai frecvent în neuropatiile alcoolice, diabetice etc.
 - C. Pot să apară dureri spontane.
 - D. Printre semnele care însoțesc durerea sunt: accelerarea pulsului, respirației, creșterea TA etc.
 - E. Deseori, pacienții mor prin pneumonii aspiratorii.
20. Distrofia simpatică reflectorie are următoarele semne clinice (P.R. Wilson, 1990):
- A. Dureri insuportabile, hiperpatii, alodinii.
 - B. Modificări ale temperaturii și culorii tegumentelor, edem.
 - C. Schimbări în creșterea unghiilor și părului.
 - D. Tulburări ale tuturor formelor de sensibilitate.
 - E. Apariția erupțiilor ulceroase pe falangele membrilor, până la acropatii (pierdere completă a degetelor).
21. Selectați enunțurile corecte referitoare la pandisautonomia acută pură:
- A. Este o paralizie acută sau subacută, totală sau parțială a funcției vegetative (simpatice sau parasimpatice), cu evoluție reversibilă.
 - B. Debutează la orice vârstă.
 - C. Începe cu dereglări ale văzului, urmate de disfuncții simpatice: hipotensiune ortostatică, hipo- sau atranspirație; lipsesc reacțiile pupilare, ejacularea.
 - D. Pot fi și disfuncții parasimpatice: alăcrimare, hipo- sau asalivație, lipsesc reacțiile pupilare, aciditatea și motilitatea gastrointestinală – diminuate, atonii vezicale.
 - E. Se asociază cu grave tulburări de motilitate și sensibilitate.
22. Manifestările clinice ale sindromului Barré-Lieou sunt următoarele:
- A. Cefalee occipitală, asociată cu vertij la întoarcerea capului (fără alte semne vestibulare obiective).
 - B. Anosmie (mai ales pentru substanțele aromatice).
 - C. Acufene (mai des văjăituri).
 - D. Disfonie.
 - E. Tulburări vizuale (episodice).

23. Sindromul Adie se manifestă prin:
- A. Îngustarea moderată a pupilei.
 - B. Fotoreacție diminuată, cu păstrarea reacției pupilare la medicamentele cu efect pupilodilatator sau pupiloconstrictor.
 - C. Dispariția reflexelor osteotendinoase.
 - D. Constipație cronică.
 - E. Alopeții.
24. Sindromul Adie se întâlnește mai frecvent în:
- A. Miotonii congenitale.
 - B. Atrofii progresive musculare.
 - C. Unele forme de encefalite.
 - D. Neuroborelioză.
 - E. *Herpes zoster ophthalmicus*.
25. Sindromul auriculo-temporal (sindromul Frey, epihidroza parotidiană) este un complex de tulburări vegetative în regiunea auriculo-temporală, care se manifestă prin:
- A. Hipersecreție lacrimală.
 - B. Hiperacuzie.
 - C. Hiperhidroză.
 - D. Hiperemie.
 - E. Hiperestezie a pielii.
26. Etiologia sindromului auriculo-temporal (sindromul Frey, epihidroza parotidiană) include:
- A. Chimioterapia, pe motiv de tumori cerebrale maligne.
 - B. Cicatrice cauzate de operații la glanda tiroidă.
 - C. Traumatisme ale glandei parotide.
 - D. Supurații, oreion al glandei tiroide.
 - E. Tumori operate ale glandei tiroide.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

1. Asociați manifestările vegetative suprasegmentare cu grupul de manifestări la care se referă:

Grupul:

- a. Paroxistic.
- b. Neparoxistic.

Manifestările:

- 1. Criza vegetativă (atacul de panică).
- 2. Distonia vegetativă de stres și/sau nevrotică.
- 3. Distonia neuro-vegetativă constituțională.
- 4. Sindromul de hiperventilație.
- 5. Migrenele.
- 6. Tulburările vegetative asociate cu tetanie neurogenă.
- 7. Sincopel neurogene.
- 8. Boala Raynaud.
- 9. Maladiile neurologice, psihice, somatice și psihosomatice.
- 10. Restructurările hormonale (perioadele: pubertate/adolescență, climacterică).
- 11. Eritromelalgia.

2. Realizați clasificarea insuficienței vegetative periferice (IVP) primare și secundare:

IVP:

- a. Primară.
- b. Secundară.

Afecțiunile:

- 1. Afecțiuni endocrine.
- 2. IVP în asociere cu atrofia multisistemică (sindromul Shy-Drager).
- 3. IVP în asociere cu manifestările clinice de parkinsonism.
- 4. Disautonomia familială (Raily-Dey).
- 5. Maladii de sistem și autoimune.
- 6. Afecțiuni metabolice.
- 7. Intoxicații medicamentoase.
- 8. Afecțiunile structurilor vegetative trunchiare, medulare.
- 9. Afecțiuni carcinomatoase, sindroame paraneoplazice.
- 10. Afecțiuni infecțioase.
- 11. Insuficiență vegetativă idiopatică (izolată, „genuină”, sindromul Bradbury-Eggleston).

3. Asociați sindroamele cu semnele lor:

Sindromul:

- a. Claude Bernard-Horner.
- b. Pourfour du Petit.

Semnele:

- 1. Midriază.
- 2. Mioză.
- 3. Ptoza pleoapei superioare.
- 4. Lărgirea fantei palpebrale.
- 5. Exoftalmie.
- 6. Enoftalmie.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Stresul acut sau cronic poate provoca la persoanele practic sănătoase distonia neuro-vegetativă de stres sau nevrotică, care, la rândul său, se manifestă prin dereglări vegetative permanente, polisistemice, implicând sistemele cardiovascular, respirator, gastrointestinal, termoreglator.
2. În perioada climacterică tulburările vegetative sunt determinate de unele disproporții și accelerări dintre parametrii fizici și potențialul asigurărilor circulatorii, ceea ce generează manifestările clinice „valuri de căldură”, transpirație abundentă, crize vegetative.

RĂSPUNSURI

- | I. | II. | III. | IV. |
|----------------|-----------------------------|--------------------------|---------------|
| 1. A, p. 497. | 1. A, D, E, p. 498. | 1. | 1. |
| 2. E, p. 498. | 2. A, C, D, p. 499. | a. 1, 4, 5, 7, 8, 11. | A. p.502. |
| 3. D, p. 499. | 3. A, B, D, p. 499. | b. 2, 3, 6, 9, 10, | |
| 4. B, p. 499. | 4. B, C, D, p. 499. | p. 497. | 2. |
| 5. E, p. 500. | 5. A, C, p. 500. | | D. p.504-505. |
| 6. E, p. 501. | 6. A, B, C, D, p. 500–501. | 2. | |
| 7. C, p. 501. | 7. A, D, p. 499, p. 501. | a. 2, 3, 4, 11. | |
| 8. B, p. 502. | 8. C, D, E, p. 501. | b. 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, | |
| 9. A, p. 503. | 9. A, B, C, D, p. 502. | p. 505. | |
| 10. A, p. 505. | 10. A, C, D, E, p. 503. | | |
| 11. B, p. 506. | 11. A, B, C, p. 503. | 3. | |
| 12. C, p. 507. | 12. A, E, p. 504. | a. 2, 3, 6. | |
| 13. D, p. 508. | 13. C, D, E, p. 504. | b. 1, 4, 5, p. 511. | |
| 14. C, p. 511. | 14. A, C, E, p. 507. | | |
| 15. E, p. 511. | 15. B, C, D, E, p. 507. | | |
| 16. A, p. 511. | 16. A, C, D, p. 507. | | |
| 17. C, p. 512. | 17. A, B, D, E, p. 507–508. | | |
| 18. B, p. 512. | 18. A, B, D, E, p. 508. | | |
| 19. E, p. 512. | 19. A, B, C, D, p. 508–509. | | |
| 20. A, p. 512. | 20. A, B, C, p. 509. | | |
| | 21. A, B, C, D, p. 510. | | |
| | 22. A, C, D, E, p. 511. | | |
| | 23. B, C, p. 511–512. | | |
| | 24. A, B, C, E, p. 512. | | |
| | 25. C, D, E, p. 512. | | |
| | 26. B, C, D, E, p. 512. | | |

26. NEVROZELE

I. COMPLEMENT SIMPLU

1. Semnele comune pentru toate tipurile de nevroze sunt următoarele, cu excepția:
 - A. Este prezentă o cauză organică perceptibilă.
 - B. Dereglarea este durabilă – nu este vorba despre o reacție tranzitorie la stres.
 - C. Comportamentul simptomatic nu afectează serios normele sociale, deși funcționarea personalității poate fi considerabil diminuată.
 - D. Interpretarea realității de către pacient rămâne intactă.
 - E. Simptomele patologice stresante pentru individul afectat sunt considerate de el inacceptabile sau ciudate, stranii.
2. Conflictul intrapsihic apare în cazul când este blocată realizarea motivației individului, ceea ce poartă denumirea și semnificația de:
 - A. Fuddy-duddy.
 - B. Frustrare.
 - C. Germinație.
 - D. Ingratitudine.
 - E. Psihopatie.
3. Termenul de nevroză anxioasă a fost introdus în 1895 de:
 - A. Marinescu.
 - B. Secenov.
 - C. Freud.
 - D. Charcot.
 - E. Babinski.
4. În prezent se consideră că perturbarea metabolică, care se află la originea manifestărilor anxioase, rezultă dintr-o dereglare concomitentă a celor 2 sisteme:
 - A. De activare și de frânare.
 - B. Simpatice și parasimpatice.
 - C. Somatice și vegetative.
 - D. Noradrenergice și serotoninergice.
 - E. De anabolism și catabolism.
5. Nevroza anxioasă debutează la vârsta de:
 - A. 10 ani.
 - B. 16 ani.
 - C. 20 de ani.
 - D. 25 de ani.
 - E. 40 de ani.
6. O incidență familială înaltă există în:
 - A. Cefaleea musculo-tonică.
 - B. Nevroza anxioasă.
 - C. Gliomii cerebrale.
 - D. Isterie.
 - E. Nevroza obsesiv-compulsivă.

7. Majoritatea pacienților cu nevroză anxioasă consultă la început un:
- A. Preot.
 - B. Extrasens.
 - C. Medic generalist.
 - D. Neurolog.
 - E. Psihiatru.
8. Atacurile de panică în nevroza anxioasă survin:
- A. Într-o situație particulară.
 - B. Într-un șir de circumstanțe.
 - C. „Din senin”.
 - D. „Din menit”.
 - E. Din frica pentru o cauză concretă.
9. Care din simptomele enumerate mai jos nu țin de atacul de panică?
- A. Palpitații, bătăi puternice ale inimii sau accelerarea ritmului cardiac.
 - B. Transpirații.
 - C. Tremor sau trepidații.
 - D. Senzații de scurtare a respirației sau de strangulare.
 - E. Criză convulsivă cu pierderea cunoștinței.
10. Trăsătura esențială a anxietății generalizate este:
- A. Derealizarea (sentimentul de irealitate) sau depersonalizarea (detașarea de sine).
 - B. Frica de pierdere a controlului sau de a deveni nebun.
 - C. Frica de moarte.
 - D. Paresteziile (senzațiile de amorțeală sau de furnicături).
 - E. Anxietatea generalizată și persistentă („liber flotantă”).
11. Preparatul de elecție în tratamentul atacului de panică este considerat:
- A. Alprazolamul.
 - B. Lorazepamul.
 - C. Relaniumul.
 - D. Amitriptilina.
 - E. Fluoxetina.
12. Cu toate că isteria a fost cunoscută din antichitate, prima ei descriere detaliată (1859) a făcut-o medicul:
- A. Briquet.
 - B. Charcot.
 - C. Freud.
 - D. Janet.
 - E. Babinski.
13. Termenul *conversie*, inclus de Freud în nomenclatura nevrozelor, semnifică:
- A. Înlăturarea prin hipnoză a simptomelor isterice.
 - B. Starea de transă a bolnavului cu isterie.
 - C. Energia psihică generată de conflicte psihice, inconștient refulată și convertită (transformată) în simptome fizice, corporale.
 - D. Ansamblul circuitelor nervoase, cu ajutorul cărora în nevroze are loc transmiterea de energie psihică.
 - E. Starea unui individ care își pierde personalitatea.

14. Structura paroxismelor psihogene (isterice) la pacienții cu isterie este determinată preponderent de fenomene:
- A. Senzitive.
 - B. Motorii.
 - C. Cerebeloase.
 - D. Vegetative.
 - E. Extrapiramidale.
15. Unul dintre cele mai frecvente fenomene neurologice isterice este:
- A. Pseudopareza.
 - B. Mutismul akinetic.
 - C. Pseudocoma.
 - D. „Arcul isteric”.
 - E. Amavroza.
16. Cea mai frecventă formă de hiperkinezie în cadrul isteriei este:
- A. Torticolisul.
 - B. Ticul.
 - C. Hemispasmul facial.
 - D. Blefarospasmul.
 - E. Tremurătura.
17. La tulburările de mers isteric se referă variantele enumerate mai jos, cu o excepție:
- A. Mersul cu „târârea” labei piciorului și fixație ecvino-varus.
 - B. „Mers patinat”.
 - C. „Mers în patru labe”.
 - D. „Mersul cocoșului”.
 - E. Mers care imită dansul.
18. Care dereglare a funcției oculomotorii poate sugera o nevroză isterică?
- A. Ptoza palpebrală superioară unilaterală.
 - B. Diplopia care se menține la privirea cu un singur ochi.
 - C. Strabismul divergent.
 - D. Strabismul convergent.
 - E. Midriaza paralytică.
19. Actul ritual (compulsiv) este o încercare simbolică de a:
- A. Reduce timpul de desfășurare a accesului de panică.
 - B. Provoca sincopa.
 - C. Îndepărta pericolul.
 - D. Conștientiza modificările din sfera subconștientului.
 - E. Explica diminuarea capacității de muncă și evitarea obligației militare sau arestului etc.
20. Majoritatea actelor compulsive se referă la:
- A. Regimul zilei (alimentare, activitate fizică, activitate intelectuală).
 - B. Comportamentul cognitiv-mnemonistic.
 - C. Procesul de adormire.
 - D. Procesul de deșteptare.
 - E. Ordine și curățenie (spălatul mâinilor, verificări repetate pentru a se asigura că nu se va întâmpla nimic periculos).

II. COMPLEMENT MULTIPLU

1. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la nevroză:
 - A. Este o maladie organică.
 - B. Apare pe fundalul anumitor particularități ale personalității, ce conduc la formarea conflictului intrapsihic.
 - C. Se dezvoltă dereglări în sferile emoțională, somatică și vegetativă.
 - D. Are loc tulburarea activității mecanismelor integrative centrale, care asigură un comportament adecvat rațional al individului.
 - E. Fatigabilitatea și epuizarea mecanismelor centrale de integrare, reducerea stabilității psihice determină instalarea comportamentului neadecvat, nevrotic.
2. Dereglările nevrotice includ primordial următoarele forme:
 - A. Nevroza angoasă.
 - B. Nevroza anxioasă.
 - C. Nevroza hiperstenică.
 - D. Isteria.
 - E. Nevroza obsesiv-compulsivă.
3. În linii generale, sunt posibile următoarele situații clasice generatoare de conflict intrapsihic:
 - A. Necesitatea alegerii dintre două posibilități egal dorite (conflict apetență-apetență).
 - B. Necesitatea alegerii dintre două posibilități egal nedorite (conflict aversie-aversie).
 - C. Necesitatea alegerii dintre o posibilitate reală și una dorită (conflict reality-wish).
 - D. Lipsa posibilității de a decide alegerea dintre dorit și real.
 - E. Necesitatea alegerii dintre atingerea scopului dorit cu prețul emoțiilor nedorite și refuzul la scopul dorit, pentru a evita aceste emoții (conflict apetență-aversie).
4. Factorii ce pot influența formarea particularităților structurii personalității sunt:
 - A. Acțiunea nocivă a mediului extern în primele săptămâni de la concepere.
 - B. Particularitățile ereditar-constituționale.
 - C. Particularitățile perioadei de copilărie.
 - D. Unele afecțiuni organice cerebrale.
 - E. Condițiile de viață.
5. Un rol decisiv în apariția nevrozelor îl joacă:
 - A. Importanța stresului pentru individ.
 - B. Semnele caracteristice specifice ale individului.
 - C. Particularitățile personalității.
 - D. Anturajul individului.
 - E. Medicamentele folosite pentru preîntâmpinarea stresului.
6. Algoritmul diagnosticării nevrozelor include următoarele etape:
 - A. Diagnosticul prezumtiv: presupunerea unei eventuale nevroze.
 - B. Diagnosticul negativ: excluderea cauzelor organice ale simptomelor la nivel clinic și cu ajutorul investigațiilor complementare.

- C. Diagnosticul pozitiv: dovada cauzalității psihologice în forma unei clare asociații în timp a simptomelor nevrotice cu probleme și evenimente stresante sau relații perturbate (chiar dacă sunt negate de pacient).
 - D. Diagnosticul topografic: localizarea simptomelor și semnelor în funcție de forma nevrozei.
 - E. Diagnosticul diferențial: excluderea unui spectru de maladii asemănătoare nevrozelor.
7. Desemnați caracteristicile anxietății:
- A. Este o stare emoțională caracterizată prin sentimentul de așteptare amenințătoare, neconcretizată, fără pericol real.
 - B. Este asociată cu indispoziție și suferință.
 - C. La această stare de neliniște se asociază simptome fiziologice vasomotorii și viscerele mediate prin intermediul sistemului nervos vegetativ.
 - D. Sunt implicate glandele endocrine tiroide și suprarenale.
 - E. Este caracteristică necesitatea individului de a fi întotdeauna în centrul atenției.
8. Indicați nucleii și ariile cerebrale cu conținut de noradrenalină, care se află în relație strânsă cu anxietatea:
- A. Nucleii *rafe*-ului.
 - B. Nucleii Goli și Burdach.
 - C. *Locus coeruleus*.
 - D. Ariile septale.
 - E. Ariile hipocampale.
9. Nevroza anxioasă este:
- A. O afecțiune cronică.
 - B. O maladie care se manifestă prin episoade acute de anxietate – *atacuri de panică*.
 - C. O tulburare de sănătate, cu stări prelungite de anxietate, care pot dura săptămâni, luni sau ani – *anxietate generalizată*.
 - D. O boală atribuită abnormităților genetice, slăbiciunii constituționale a sistemului nervos central, factorilor sociali și psihologici, anumitor perturbări biochimice și psihologice.
 - E. O infectare a sistemului nervos central cu forma larvară a cestodului *Taenia solium* (*cysticercus cellulosae*).
10. Care din simptomele enumerate mai jos se referă la atacul de panică din nevroza anxioasă?
- A. Senzația de sufocare.
 - B. Criza de absență.
 - C. Durerile sau disconfortul precordial.
 - D. Greața sau detresa abdominală.
 - E. Senzația de amețeală, dezechilibru, vertij sau leșin.
11. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la atacurile de panică din nevroza anxioasă:
- A. De regulă, pacienții le provoacă conștient, având o senzație plăcută în momentul de inițiere a lor.
 - B. Sunt așteptate.

- C. Sunt recurente.
 - D. Sunt urmate de un termen de cel puțin o lună de preocupare persistentă a individului de teama unei complicații sau consecințe a atacului de panică.
 - E. Sunt jugulate prin administrarea antibioticelor.
12. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la indivizii cu atacuri de panică:
- A. Devin excesiv de temători în legătură cu consecințele activităților de rutină, în special ale celor referitoare la sănătate sau la despărțirea de ființa iubită.
 - B. Anticipează adesea un deznodământ catastrofic dintr-un simptom somatic ușor (de ex., ideea că o cefalee indică o tumoră cerebrală sau o criză hipertensivă).
 - C. Sunt bine dispuși, posedă o capacitate de muncă inepuizabilă.
 - D. Adesea, sunt foarte toleranți la efectele secundare ale medicamentelor indicate.
 - E. Rămân temători și sceptici la afirmația că nu au o maladie care să le pună viața în pericol.
13. Pacienții cu nevroză anxioasă își modifică în mod semnificativ comportamentul:
- A. Doresc să se afle în centrul atenției, fac tot posibilul să se afle în mulțime.
 - B. Abandonează serviciul.
 - C. Evită să rămână singuri, să conducă automobilul.
 - D. Evită să iasă fără însoțitor.
 - E. Ocolesc locurile și situațiile din care „scăparea este dificilă sau jenantă”, iar în cazul unui atac de panică, nu vor putea primi nici un ajutor.
14. Pentru stabilirea diagnosticului de anxietate generalizată este necesar ca:
- A. Starea anxioasă să dureze cel puțin 1 lună.
 - B. Subiectul să prezinte o presimțire de accident pentru propria persoană sau pentru o rudă apropiată.
 - C. Pacientul să aibă temeri de viitoarele nenorociri.
 - D. Bolnavul să se simtă „pe marginea prăpăstiei”.
 - E. Să se excludă un factor organic, care ar iniția sau ar menține tulburarea (de exemplu, hipertiroidismul, intoxicația cu cafeină etc.).
15. Este necesar de menționat că tratamentul nevrozei anxioase este:
- A. De scurtă durată (ore, zile).
 - B. Bazat pe doze medicamentoase suficiente.
 - C. Independent de întâlnirile cu medicul.
 - D. Dependent de cooperarea pacientului.
 - E. Fără perspectivă (prognostic rezervat).
16. În opinia multor autori, termenul *conversie* se referă la așa simptome inexplicabile, ca:
- A. Amnezia.
 - B. Parezele și paraliziiile.
 - C. Cecitatea.
 - D. Afonia.
 - E. Meningismul.
17. În neurologia clinică sunt înregistrate următoarele tipuri de isterie:
- A. Maladie cronică, preponderent a sexului feminin, ce se manifestă prin simptome funcționale psihice și somatice multiple, a căror cauză nu este evidentă.

- B. Maladie ce se întâlnește predominant la bărbați, cu simptome fizice ce urmăresc obținerea unei compensații, influențe asupra unor litigii, evitarea obligației militare sau arestului etc.
 - C. Stare determinată de necesitatea de a fi întotdeauna în centrul atenției.
 - D. Modificarea statutului psihic cu tendința individului de a-și sublinia irezistibilitatea sau comportamentul provocator sexual, emoțiile labile și superficiale.
 - E. Emoții labile și superficiale, preocuparea excesivă de propriul farmec, discursul accentuat emoțional, dar lipsit de profunzime, autodramatizarea, teatralitatea și exprimarea exagerată a emoțiilor, sugestibilitatea, dependența de persoanele din anturaj și de circumstanțe, tendința de a impune relații intime.
18. Simptomele isterice au legătură temporală strânsă cu:
- A. Evenimente vasculare.
 - B. Evenimente infecțioase.
 - C. Evenimente traumatice.
 - D. Probleme intolerabile.
 - E. Relații perturbate.
19. De regulă, dereglările motorii isterice se asociază cu:
- A. Diminuarea tonusului muscular.
 - B. Fasciculații musculare.
 - C. Absența asimetriei reflexelor osteotendinoase.
 - D. Absența atrofiilor musculare.
 - E. Prezența semnelor patologice.
20. Particularitățile specifice ale tremurăturii isterice:
- A. Se depistează concomitent trăsături ale tremurărilor de repaus, posturale și de acțiune.
 - B. Se manifestă o discordanță între intensitatea tremurăturii și preservarea funcției extremității (de ex., scrisul).
 - C. E specific debutul subit legat de factori emoționali, evoluție neprogresivă, remisiuni spontane.
 - D. Nu dispare în timpul somnului.
 - E. Ineficiența tratamentului medicamentos și eficiența psihoterapiei sau placebo.
21. Dereglările de sensibilitate în isterie au următoarele caracteristici:
- A. Sunt strict legate de deficitul motor isteric, după localizare și dinamică.
 - B. Pe suprafața corpului se marchează o hipoestezie sau anestezie limitată strict la linia mediană.
 - C. La nivelul membrelor, dereglările de sensibilitate au un caracter „de amputație”.
 - D. Se respectă o topografie metamerică sau a dermatomului respectiv.
 - E. Sunt însoțite de semne de elongație pozitive.
22. În anamneza pacienților cu sindroame algice isterice se depistează:
- A. Hemoragii subarahnoidiene repetate.
 - B. Infarcte repetate.
 - C. Colică renală sau hepatică.
 - D. Abdomen acut.
 - E. Laparoscopii diagnostice.

23. Dereglările vegetative isterice includ sindroame variate:
- Hipersomnia (somm patologic, fără perioade de trezire și de activitate intelectuală).
 - Tulburările de respirație (dispnee psihogenă, echivalente respiratorii – oftat, căscat frecvent, comportament respirator, tuse seacă, strănut paroxistic).
 - Tulburările gastrointestinale („nod în gât”, pirozis, vomă).
 - Stările subfebrile de durată.
 - Modificările vegetativ-trofice pe partea pseudoparezei.
24. În tratamentul isteriei sunt eficiente:
- Asocierea antidepresivelor cu neurolepticele.
 - Administrarea desensibilizantelor.
 - Terapia cu anticoagulante.
 - Tratamentele psihoanalitic și psihoterapeutic cu reconstruirea motivațiilor bazale și particularităților personalității.
 - Antibiototerapia.
25. Nevroza obsesiv-compulsivă se caracterizează prin:
- Necesitatea de a fi tot timpul în centrul atenției.
 - Tendința de a-și sublinia irezistibilitatea sau comportamentul provocator sexual.
 - Gânduri obsesive.
 - Dereglări vizuale și oculomotorii.
 - Acte compulsive recurente.

III. ASOCIERE SIMPLĂ

Tratamentul medicamentos al nevrozei anxioase include remedii psihotrope și vegetotrope. Clasificați-le:

Grupele:

- Psihotrope.
- Vegetotrope.

Remediile:

- Alprazolam.
- Lorazepam.
- Propranolol.
- Anaprilin.
- Midocalm.
- Relanium.
- Amitriptilină.
- Miolastan.
- Sirdalud.
- Magne B₆.
- Fluoxetină.

IV. RELAȚIE CAUZĂ-EFECT

Răspunsurile se vor nota cu:

- A – dacă ambele afirmații sunt adevărate și există o relație cauză–efect între ele;
- B – dacă ambele afirmații sunt adevărate și nu există o relație cauză–efect între ele;
- C – dacă prima afirmație este adevărată, iar cea de a doua este falsă;
- D – dacă prima afirmație este falsă, iar cea de a doua este adevărată;
- E – dacă ambele afirmații sunt false.

1. Nevrozele au început să fie considerate entități clinice încă la sfârșitul sec. al XIX-lea, dar și până în prezent mai există multe probleme nesoluționate referitoare la natura, clasificarea și etiologia lor.
2. Semnele și simptomele isteriei clasice sunt multiple și polimorfe, manifestându-se în cele mai variate sisteme ale organismului uman.

RĂSPUNSURI

I.

1. A, p. 513.
2. B, p. 513.
3. C, p. 514.
4. D, p. 514.
5. B, p. 515.
6. B, p. 515.
7. C, p. 515.
8. C, p. 515.
9. E, p. 515.
10. E, p. 516.
11. A, p. 516.
12. A, p. 516.
13. C, p. 516.
14. B, p. 518.
15. A, p. 518.
16. E, p. 518.
17. D, p. 518–519.
18. B, p. 519.
19. C, p. 520.
20. E, p. 520.

II.

1. B, C, D, E, p. 513.
2. B, D, E, p. 513.
3. A, B, E, p. 513.
4. B, C, D, E, p. 513–514.
5. A, B, C, p. 514.
6. B, C, p. 514.
7. A, B, C, D, p. 514.
8. C, D, E, p. 514.
9. A, B, C, D, p. 514.
10. A, C, D, E, p. 515.
11. C, D, p. 515.
12. A, B, E, p. 515.
13. B, C, D, E, p. 515–516.
14. A, E, p. 516.
15. B, D, p. 516.
16. A, B, C, D, p. 517.
17. A, B, p. 517.
18. C, D, E, p. 517.
19. A, C, D, p. 518.
20. A, B, C, E, p. 518.
21. A, B, C, p. 519.
22. B, C, D, E, p. 519.
23. B, C, D, E, p. 519.
24. A, D, p. 519.
25. C, E, p. 519.

III.

- a. 1, 2, 6, 7, 11.
- b. 3, 4, 5, 8, 9, 10,
p. 516.

IV.

1.
B, p. 513.
2.
A, p. 517.

27. CAZURI CLINICE

CAZUL NR. 1.

O femeie în vârstă de 64 de ani prezenta acuze de dureri violente, „arzătoare” în hemitoracele stâng.

Examenul neurologic a depistat o hiperestezie algică pe proiecția dermatomerului ThXII pe stânga. Peste 4 zile, pe aceeași suprafață unde se proiectau durerile, au apărut erupții buloase. Examenul radiologic și de laborator erau în limite normale.

Indicați:

- A. Tipul depistat de dereglare a sensibilității.
- B. Manevra examenului clinic, folosită pentru depistarea acestui tip de dereglare a sensibilității.
- C. Substratul anatomic al sistemului nervos, inclus în procesul patologic.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Medicația etiologică.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 2.

Un bărbat în vârstă de 53 de ani acuza slăbiciune în evoluție progresivă în extremitățile inferioare în decursul ultimelor 6 luni. Concomitent, periodic avea grețuri și vomă, permanent – anorexie.

Examenul obiectiv a scos în evidență paliditatea unghiilor și a mucoaselor, slăbiciune în ambele extremități inferioare, exagerarea reflexelor rotuliene și achiliene, semnul Babinski pozitiv bilateral și o diminuare selectivă a simțului de vibrațiune în ambele picioare.

În frotiul de sânge au fost depistate eritrocite macrocitare hiperchrome. Proba Shilling a confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Ce tip de sensibilitate a fost implicat în procesul patologic.
- B. Substratul anatomic lezat, care a condus la dereglarea simțului de vibrațiune.
- C. Cum se examinează simțul de vibrațiune.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Medicamentul necesar.
- F. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 3.

O asistentă medicală în vârstă de 23 de ani s-a adresat în secția de internare a spitalului de urgență pentru arsurile de pe mâna dreaptă obținute în timpul lucrului cu autoclava.

Examenul neurologic a scos în evidență lipsa simțului algic și termic bilateral în zona dermatomerelor CIV – ThI și sindromul Horner pe stânga. La vârsta de 2 ani pacienta a fost operată pe motiv de disrafie a palatului dur.

Diagnosticul a fost confirmat prin examenul de rezonanță magnetică.

Indicați:

- A. Varianta și tipul prezent de dereglare a sensibilității.
- B. Cum se examinează simțul termic.

- C. Substratul anatomic al dereglărilor de sensibilitate.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 4.

Un bărbat în vârstă de 32 de ani acuza slăbiciune și amorțeală în mâini și picioare, mai exprimate în piciorul drept și în mâna stângă.

Examenul neurologic a depistat dereglarea sensibilității algice de tip „ciorapi” și „mănuși”, abolirea reflexelor de pe mâini și picioare, o paraliză mimică facială de tip periferic, bilaterală. Semnele de elongație erau pozitive.

Examenul lichidului cefalorahidian a constatat creșterea conținutului de proteine până la 2,56 g/l cu un număr obișnuit de elemente celulare.

Examenul electroneuromiografic a contribuit la precizarea diagnosticului.

Indicați:

- A. Varianta și tipul de dereglare a sensibilității.
- B. Manevra clinică de examinare a sensibilității, care permite depistarea „ciorapilor” și „mănușilor”.
- C. Substratul anatomic lezat care a condiționat dereglările de sensibilitate.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 5.

La o fetiță de 9 ani în stare de sănătate deplină s-au instalat diareea, vomismențele și hipertermia. Starea pacientei a fost diagnosticată ca „gastroenterită virală”. Tratamentul era supravegheat de către medicul de familie. Peste 4 zile copilul a devenit somnolent; s-a constatat o paralizie flască a mâinii și piciorului pe dreapta.

Numărul de elemente celulare în lichidul cefalorahidian depășea 810/3, presiunea lui era de 280 mm ai coloanei H₂O. Neurologul consultant a constatat abolirea tuturor reflexelor osteotendinoase.

Examenul electromiografic cu ac-electrod a contribuit la stabilirea diagnosticului.

Indicați:

- A. Semnele clinice ale unei pareze de tip flasc.
- B. Datele anamnestice importante, care lipsesc în relatarea cazului.
- C. Substratul anatomic lezat, care a condiționat manifestările neurologice.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Semnele posibile în cadrul examenului electromiografic cu ac-electrod, care ar fi putut contribui la stabilirea diagnosticului.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 6.

Un bărbat în vârstă de 38 de ani prezenta acuze de slăbiciuni progresive în extremitățile drepte, senzația de „înțepături” în picioare în decursul ultimelor șase luni. Soția pacientului a remarcat că în decursul ultimilor doi ani el se află într-o stare de depresie, nu are nici un interes față de activitatea profesională. În urmă cu cinci ani s-a tratat cu penicilină în doze mari, pe motiv de erupții cutanate generalizate.

Examenul neurologic a constatat semnul Argyll Robertson pozitiv, slăbirea forței musculare în mâna dreaptă până la 3–4 puncte, hipotrofia și fasciculația mușchiului

deltoid și mușchilor intercostali pe dreapta, exagerarea reflexelor rotulian și achilian pe dreapta, semnul Babinski pozitiv pe dreapta, precum și o tulburare ușoară a simțului de vibrațiune și a celui mioartrocinetic în aceleași extremități. S-a constatat anestezia tactilă pe suprafața dermatomerului Th1 pe stânga. Reacția Wasserman pozitivă în lichidul cefalorahidian.

Indicați:

- A. Manifestările clinice ale semnelui Argyll Robertson.
- B. Manifestările scăderii forței musculare în extremitate, apreciate cu 3 puncte.
- C. Care eveniment clinic se numește *fasciculații musculare*.
- D. Diagnosticul clinic de localizare (diagnosticul topografic).
- E. Denumirea maladiei.
- F. Tratamentul etiologic.
- G. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 7.

Un bărbat în vârstă de 56 de ani în decursul ultimilor 2 ani se trata sub supravegherea medicului de familie pe motiv de dureri lancinante în extremități și tumefiere a articulației rotuliene drepte. Bolnavul i s-a spus că el suferă de o artrită gravă. Cu 2 luni înainte de spitalizare, pacientul a început să fie deranjat de grave dificultăți la mers în întuneric.

Examenul neurologic a scos în evidență semnul Argyll Robertson pozitiv, deformarea articulațiilor rotuliene (articulația Charcot), lipsa reflexelor rotuliene și achiliene, lipsa simțurilor de vibrațiune și mioartrocinetic în extremitățile inferioare, mersul atactic cu picioarele larg desfăcute. Bolnavul nu era în stare să stea sau să meargă cu ochii închiși.

Reacția Wasserman pozitivă în lichidul cefalorahidian.

Indicați:

- A. Varianta de ataxie.
- B. Substratul anatomic lezat al sistemului nervos.
- C. Denumirea maladiei.
- D. Tratamentul etiologic.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 8.

La un bărbat în vârstă de 48 de ani, bolnav de diabet zaharat, brutal s-a instalat un sindrom algic violent, localizat dorsal în regiunea cervicală inferioară – toracică superioară, care se exacerba la tuse și strănut.

Examenul radiologic și ECG – fără modificări patologice.

A fost spitalizat la două zile de la debutul maladiei în secția de terapie intensivă a clinicii de neurologie cu febră 38–39°C și slăbiciune generală sever exprimată.

Medicul oncolog la examenul clinic a exclus o eventuală origine neoplazică a sindromului algic.

N.B. Medicul curant, la o insistență discuție cu soția pacientului, a reușit să constate că aproximativ cu două săptămâni înainte de spitalizare el și-a strivit un furuncul pe partea laterală stângă a gâtului.

Examenul neurologic a constatat o hipotonie musculară generalizată, reflexe osteotendinoase diminuate, semnul Babinski pozitiv bilateral, hipoalgezie de la nivelul Th6 bilateral, în asociere cu „ciorapi” și „mănuși”, precum și o dereglare a simțului de vibrațiune în ambele picioare.

Examenul general al urinei a evidențiat o cantitate sporită de coci Gram-pozitivi.

Deoarece era zi de odihnă (duminică), examenul prin rezonanță magnetică nu era accesibil. Diagnosticul imagistic în regim de urgență a fost realizat prin computer tomomielografie.

Indicați:

- A. Tipurile de dereglare a sensibilității prezente la pacient.
- B. Substratul anatomic principal (care determina gravitatea stării) lezat al sistemului nervos.
- C. Sindromul modificărilor imagistice (computer tomomielografie) caracteristic acestei maladii.
- D. Denumirea maladii.
- E. Opțiunile de tratament.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 9.

În decursul ultimilor opt luni, o femeie în vârstă de 44 de ani prezenta acuze de slăbiciune progresivă în extremitățile inferioare, dificultăți la mers, iar ultimele trei luni au fost marcate și de instalarea chemărilor imperioase de micțiune.

Examenul neurologic a constatat dereglarea tuturor felurilor de sensibilitate de la nivelul Th10 bilateral, reflexele osteotendinoase de pe mâini – obișnuite, lipsa reflexelor abdominale, reflexe rotuliene și achiliene exagerate, semnul Babinski pozitiv bilateral.

Examenul lichidului cefalorahidian a demonstrat prezența sindromului licvoreean de disociație proteică-celulară.

Diagnosticul a fost cu certitudine confirmat prin examenul de rezonanță magnetică a măduvei spinării cu administrare a substanței de contrast (Gadolinium).

Indicați:

- A. La care tip de tulburare a funcțiilor sfincteriene se referă chemările imperioase de micțiune.
- B. Diagnosticul de localizare (diagnosticul topografic).
- C. Pentru care tip de afecțiuni este patognomonic sindromul licvoreean de disociație proteică-celulară.
- D. Denumirea maladii.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 10.

La un bărbat în vârstă de 68 de ani, care deja de mai mult timp avea accese de dureri violente în coloana lombară, timp de două săptămâni s-a instalat o slăbiciune în picioare, cu imposibilitate de deplasare. Concomitent, a pierdut capacitatea de a-și controla micțiunea și defecația.

Examenul neurologic a relevat o parapareză spastică inferioară, însoțită de dereglare de tip conductiv a tuturor tipurilor de sensibilitate superficială și profundă, începând de la nivelul L₁.

Examenul *per rectum* al prostatei a constatat prezența unor noduli solizi și duri. Spondilografia porțiunii toracice a constatat o hiperintensitate a vertebrelor Th₁₁ și Th₁₂. A fost depistată creșterea conținutului fosfatazei alcaline și acide. Scintigrafia oaselor scheletului și examenul prin rezonanță magnetică al coloanei și măduvei toraco-lombare au contribuit esențial la precizarea diagnosticului.

Indicați:

- A. Care sunt semnele clinice ale unei parapareze spastice.
- B. Prin ce se manifestă tipul conductiv de dereglare a sensibilității.
- C. Diagnosticul de localizare.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 11.

Un bărbat în vârstă de 67 de ani a fost spitalizat în secția de urologie pe motiv de retenție acută de urină. Examenul prin cistoscopie n-a determinat obstacole în colul vezicii urinare. Colectarea minuțioasă a anamnesticalui a scos în evidență că în urmă cu un an pacientul avea dureri în spate cu iradiere în piciorul stâng, iar ceva mai târziu – manifestări de claudicație caudală intermitentă.

Examenul neurologic a constatat semnul Lasségue pozitiv bilateral, lipsa reflexelor achiliene și plantare, analgezie de tip „jokey”.

Conținutul de proteine în lichidul cefalorahidian depășea valoarea de 1,33 g/l. Examenul prin rezonanță magnetică a confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Lezarea căror structuri medulare provoacă analgezia de tip „jokey”.
- B. Din grupul căror semne neurologice face parte semnul Lasségue.
- C. Denumirea maladiei.
- D. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 12.

O femeie în vârstă de 35 de ani în decurs de un an se plângea de dureri în jumătatea stângă a coloanei vertebrale și slăbiciuni în piciorul stâng. Cu șase luni înainte de spitalizare s-a tratat la medicul de familie, cu diagnosticul de „osteocondroză a coloanei vertebrale”. Cu o lună înainte de spitalizare s-a tratat pe motiv de pielonefrită; de atunci are și incontinență urinară.

Examenul neurologic a constatat monopareza spastică moderată a piciorului stâng, clonusul talonului piciorului stâng, diminuarea simțurilor de vibrație și mioartrocinetic de la nivelul coapsei stângi, diminuarea simțului algic și termic, începând de la nivelul Th₇ pe dreapta.

Examenul prin rezonanță magnetică a confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Prin ce se manifestă monopareza spastică a piciorului stâng.
- B. Cum se numește sindromul topografic de leziune medulară prezent la pacientă.
- C. Unde este localizat procesul patologic.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 13.

Un bărbat în vârstă de 28 de ani, după un accident rutier, a fost internat de urgență în secția de neurotraumatologie în stare de tetraplegie.

Examenul neurologic a constatat o hipotonie difuză a tuturor extremităților, abolirea reflexelor osteotendinoase, tulburare conductivă a sensibilității, începând de la nivelul C₃. Hotarele vezicii urinare percutor se determinau mai sus de nivelul ombilicului.

Examenul radiologic al coloanei vertebrale a diagnosticat fractura vertebrelor C₆ și C₇.

Pacientul a fost de urgență supus intervenției neurochirurgicale.

Examenul neurologic efectuat cu trei săptămâni mai târziu a constatat o atrofie difuză a extremităților superioare și o spasticitate severă a extremităților inferioare.

Indicați:

- A. Prin ce se explică hipotonia musculară în toate extremitățile în primele ore de la traumatismul vertebro-medular.
- B. Cum se explică faptul că hotarele vezicii urinare erau mai sus de nivelul ombilicului și ce măsuri urgente trebuia de întreprins.
- C. Scopul intervenției neurochirurgicale.
- D. Cum se numește starea funcțională a sistemului motilității după două săptămâni de la traumatismul vertebro-medular.

CAZUL NR. 14.

Un muncitor în vârstă de 33 de ani, în momentul ridicării unui obiect greu, a simțit o durere acută în regiunea lombară a coloanei vertebrale cu iradiere pe suprafața posterioară a coapsei stângi.

Examenul neurologic a constatat: scolioză lombară spre dreapta, reducerea flexiei dorsale a halucelui stâng, reducerea reflexului achilian pe stânga, hipoestezie algică pe suprafața externă a piciorului stâng, inclusiv talonul piciorului și suprafața dorsală a halucelui, semnul Lasségue pozitiv la 60°, dureri violente la încercarea de a mișca trunchiul corpului înainte și spre dreapta, la percuția apofizei posterioare a vertebrei L₅.

Examenul prin rezonanță magnetică a coloanei lombosacrate, efectuat în regim de urgență, a confirmat diagnosticul.

Pacientul a fost supus de urgență intervenției neurochirurgicale.

Indicați:

- A. Denumirea dereglării posturale a coloanei vertebrale.
- B. Diagnosticul.
- C. Care au fost indicațiile de urgență pentru tratamentul neurochirurgical.
- D. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 15.

O femeie în vârstă de 58 de ani acuza slăbiciuni, amorțeli și senzații neplăcute în ambele mâini în decurs de patru săptămâni.

Examenul neurologic a pus în evidență diminuarea simțului de vibrație în ambele picioare, hiperestezie algică „ciorapi” și „mănuși”, hipotrofia mușchilor interosoși la ambele mâini, cu limitarea mișcărilor în degete, lipsa reflexului achilian bilateral.

Valoarea glicemiei – 7,2 mmol/l.

Examenul electroneuromiografic a confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Cum se numesc în limbajul medical senzațiile neplăcute în mâini, pe care le avea pacienta.
- B. Tipul și varianta de dereglare a sensibilității în extremități.
- C. Diagnosticul.
- D. Modificările posibile în asemenea cazuri, detectate la examenul electroneuromiografic.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.
- F. Principalele măsuri terapeutice.

CAZUL NR. 16.

O domnișoară în vârstă de 16 ani acuza „târâitui” plantelor picioarelor la mers în decursul ultimelor opt luni și „picioare slabe”. Tatăl ei a decedat la vârsta de 30 de ani pe motiv de o oarecare maladie „de picioare”.

Examenul neurologic a scos în evidență o hipotrofie și slăbiciune în mâini și picioare, picioarele „atârnau”; hipoalgezie „ciorapi” și „mănuși”, dereglarea simțurilor de vibrație, mioatrocitic și tactil mai jos de nivelul genunchilor. Reflexele osteotendinoase de pe mâini erau diminuate, de pe picioare lipseau.

Examenul electroneuromiografic a contribuit esențial la stabilirea diagnosticului corect.

Indicați:

- A. Tipul și varianta tulburărilor de sensibilitate.
- B. Starea funcțională a sistemului motilității.
- C. Diagnosticul.
- D. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 17.

Un pictor în vârstă de 42 de ani prezenta acuze de imposibilitatea ridicării mâinii drepte mai sus de nivelul umărului.

Examenul neurologic a constatat o limitare a mișcărilor de flexiune dorsală a mâinii propriu-zise drepte și degetelor mâinilor bilateral, reducerea flexiei dorsale a talonului piciorului stâng, ieșirea în afară a marginii interne a omoplatului drept. Erau prezente fasciculații musculare difuze, o hipotrofie moderată a mușchilor centurii humero-scapulare pe dreapta și a mușchilor gastrocnemieni bilateral.

Conținutul de plumb în serul sanguin a contribuit la stabilirea diagnosticului.

Indicați:

- A. Cum se numește limitarea mișcărilor active ale unui membru pe motiv de suferință a sistemului nervos central sau periferic.
- B. Din care sindrom de suferință a motilității fac parte fasciculațiile patologice și hipotrofia musculară.
- C. Localizarea anatomică a procesului patologic.
- D. Diagnosticul clinic.
- E. Opțiunile terapeutice.
- F. Lista maladiilor curabile cu care e necesar să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 18.

Un băiat de 14 ani s-a adresat după ajutor medical pe motiv că omoplații „se desprind în afară de la cutia toracică, ca niște aripi”. Colectarea anamnesticii a constatat că în decursul ultimului an pacientul a observat o slăbiciune în extremități, care l-a silit să abandoneze înotul. Unchiul de sânge al băiatului a decedat la o vârstă tânără, fiind bolnav de o maladie ereditară.

Examenul neurologic a scos în evidență următoarele manifestări clinice: „buze de tapir”, „omoplați-aripi”, „mers de rață”, manevra Gowers pozitivă, abolirea tuturor reflexelor osteotendinoase.

Analiza morfo-histologică a biopsatului muscular, examenul electromiografic cu ac-electrod au confirmat diagnosticul clinic.

Indicați:

- A. Denumirea maladii.
- B. Localizarea anatomică a procesului patologic.
- C. Care investigații complementare, în afara biopsiei musculare și a examenului electromiografic cu ac-electrod, pot fi de folos în stabilirea diagnosticului.
- D. Manifestările specifice depistate la examenul electromiografic cu ac-electrod, proprii acestei maladii.
- E. Care medic specialist, în mod obligatoriu, va fi implicat în consultul pacientului.
- F. Opțiunile de tratament.
- G. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 19.

Un trompetist în vârstă de 38 de ani, în decursul ultimelor două luni, avea dificultăți de mișcare voluntară a buzelor, dereglări de deglutiție pentru solide și lichide.

Examenul neurologic a scos în evidență slăbiciunea, hipotrofia și fasciculațiile mușchilor feței, limbii, mușchilor sternocleidomastoidian și trapezoid bilateral; disartria; hiperreflexia osteotendinoasă de pe mâini și picioare, semnul Babinski pozitiv bilateral.

Examenul prin rezonanță magnetică cerebrală și cervicală, analiza lichidului cefalorahidian și alte analize de laborator – în limite normale.

Examenul electromiografic cu ac-electrod a contribuit esențial la stabilirea diagnosticului.

Indicați:

- A. Substratul anatomic al maladii.
- B. Sindroamele clinice descrise.
- C. Denumirea maladii.
- D. Manifestările specifice depistate la examenul electromiografic cu ac-electrod, proprii acestei maladii.
- E. Prognosticul.
- F. Medicamentul care poate încetini progresarea maladii.
- G. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 20.

O femeie în vârstă de 65 de ani a fost spitalizată după ce, timp de 3 ani, rudele au observat la ea tulburarea memoriei și a funcțiilor psihice, cu episoade periodice de

dereglare acută a orientării în timp și spațiu. Cu trei luni înainte de spitalizare, pacienta deja nu putea să se descurce fără ajutor extern permanent, avea incontinență urinară.

Examenul neurologic a constatat o dezorientare severă în timp și spațiu, afazie mixtă, apraxie, reflexe ale automatismului oral pozitive, semnul de prehensiune pozitiv pe dreapta, exagerarea reflexelor osteotendinoase de pe mâini și picioare, cu accentuare pe dreapta.

Examenul prin rezonanță magnetică a constatat o dilatare severă a ventriculelor cerebrale și o atrofie difuză a scoarței cerebrale.

Indicați:

- A. Din cadrul cărui sindrom clinic neurologic fac parte semnele automatismului oral.
- B. Cum se manifestă semnul de prehensiune.
- C. Denumirea maladii.
- D. Lista maladiilor curabile cu care se face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 21.

La un tânăr în vârstă de 16 ani, cu trei luni înainte de spitalizare au fost observate mișcări bruște și tremor progresiv în extremitățile superioare. Rudele au menționat accese de râs în circumstanțe neadecvate, dereglări de deglutiție.

În timpul examenului neurologic s-au constatat grimase ale mușchilor mimici, disartrie, rigiditate, tremurături și mișcări coreice ale ambelor extremități superioare.

Examenul oftalmologic cu lampa cu fantă a depistat prezența inelului Kaizer-Fleischer. Diagnosticul a fost confirmat de analiza sângelui la conținutul de cupru și ceruloplasmină, examenul prin rezonanță magnetică cerebrală și biopsia ficatului.

Indicați:

- A. Denumirea neurologică (medicală) a acceselor de râs.
- B. Caracteristicile inelului Kaizer-Fleischer.
- C. Denumirea maladii.
- D. Alfaglobulina absentă în plasma sanguină a bolnavului, responsabilă de transportarea cuprului în organism.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.
- F. Opțiunile de tratament.

CAZUL NR. 22.

La un bărbat în vârstă de 29 de ani în decursul ultimului an periodic se observa clătinatul în timpul mersului; el se plânga de vertij și diplopie. Cu o săptămână înainte de a se adresa medicului, pacientul a remarcat instalarea unei pete negre în jumătatea stângă a câmpului vizual.

Examenul obiectiv a depistat un scotom paracentral în câmpul vizual al ochiului stâng, nistagmus la privire spre stânga, tulburări de motilitate conjugată a globilor oculari, hipoacuzie de percepție pentru urechea stângă, disdiadokokinezie și tremor al mâinii stângi, ataxie și hiperreflexie pentru extremitățile drepte.

Examenul clinic a fost confirmat prin potențiale evocate somatosenzoriale, potențiale evocate vizuale, analiza lichidului cefalorahidian la benzi oligoclonale și rezonanță magnetică cerebrală.

Indicați:

- A. Ce se numește *nistagmus*.
- B. Care sunt manifestările patognomonice ale maladiei depistate prin examenul de rezonanță magnetică cerebrală.
- C. Denumirea maladiei.
- D. Variantele clinice de evoluție a maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.
- F. Opțiunile de tratament.

CAZUL NR. 23.

Unei femei în vârstă de 38 de ani, timp de 2 ani i se întâmplau accese de dureri violente în hemifața stângă, rebele la orice medicație. Cu două luni înainte de a se adresa după ajutor medical, s-au instalat vocea răgușită și respirația zgomotoasă.

Examenul neurologic a constatat lipsa reflexului cornean stâng, hipoalgezia hemifetei stângi, nistagmus la privire spre stânga, deviația uvulei în stare de repaus spre dreapta, hipotrofia și fasciculațiile hemilimbii stângi, anestezia algică și termică în regiunea centurii humero-scapulare drepte și a mâinii drepte, tremurătura intenționată a mâinii stângi.

Examenul lichidului cefalorahidian, alte investigații complementare s-au dovedit a fi în limite normale. Diagnosticul a fost stabilit pe bază de examen prin rezonanță magnetică cerebrală.

Indicați:

- A. Diagnosticul de localizare.
- B. Care probă clinică pune în evidență tremurătura intenționată a mâinii.
- C. Denumirea maladiei.
- D. Principiul examenului prin rezonanță magnetică.
- E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 24.

Un bărbat de 39 de ani prezenta acuze la mișcări involuntare neîndemânate în extremitățile superioare, dificultăți la mers.

Examenul neurologic a scos în evidență hiperchinezele de tip coreic ale mușchilor mimici și mâinilor, mersul cu devieri specifice ale trunchiului corpului, lentoare în raționament, diminuarea atenției.

Examenul prin computer tomografie cerebrală a constatat dilatarea sub formă de „fluture” a ventriculelor cerebrale laterale.

Rezultatele examenelor de laborator și ale altor investigații complementare erau în limite normale.

Tatăl pacientului a decedat în clinica de psihiatrie în vârstă de 45 de ani.

Indicați:

- A. Sensul cuvântului *hiperchineze*.
- B. Nervul responsabil de inervația mușchilor mimici.
- C. Denumirea maladiei.
- D. Numărul total de ventricule cerebrale.
- E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie de făcut diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 25.

La o femeie în vârstă de 28 de ani, care în copilărie a suportat o serie de boli infecțioase ale urechilor, cu două săptămâni înainte de spitalizare au fost observate eliminări în cantități mici, de culoare gălbuie, din urechea stângă. Cu o săptămână înainte de a fi spitalizată în clinică, pacienta a observat că i s-a lăsat în jos colțul gurii pe stânga și a scăzut acuitatea auditivă pentru urechea stângă. Cu o zi înainte de spitalizare, au apărut accese de frisoane, a crescut volumul eliminărilor din ureche.

Examenul obiectiv a constatat o hipertermie de $38,3^{\circ}\text{C}$, edem incipient al papilei nervului optic bilateral, hemianopsie în cadrantul superior pe dreapta, pareză mimică tip periferic pe stânga, lateralizarea probei Weber spre dreapta; bolnava avea halucinații complexe.

Diagnosticul a fost confirmat prin computer tomografie cerebrală.

Indicați:

- A. Din cadrul cărui sindrom face parte edemul papilei nervului optic.
- B. Funcția cărui nerv cranian se examinează prin proba Weber.
- C. Prin ce se manifestă pareza mimică de tip periferic.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Principiul computer tomografiei.
- F* Lista maladiilor curabile în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 26.

O fetiță de 12 ani, cu o săptămână înainte de spitalizare, avea febră ($39,5^{\circ}\text{C}$), dureri acute în urechea dreaptă și eliminări gălbui din orificiul auricular drept.

Medicul de familie a stabilit diagnosticul de otită medie, a administrat antibioterapie, starea pacientei s-a îmbunătățit. Cu o zi înainte de spitalizare, temperatura corpului s-a ridicat din nou, s-a instalat o cefalee violentă cu localizare predominantă în regiunea suboccipitală. Mama copilului a menționat că mersul deviază spre dreapta.

Examenul neurologic a depistat un nistagmus orizontal la privire spre dreapta, poziția forțată a capului cu înclinare spre dreapta, disdiadokokinezia și dissinergia mâinii drepte, ataxie cu bază lărgită a mersului, în poziția Romberg – deviere spre dreapta.

Diagnosticul clinic a fost confirmat prin computer tomografie cerebrală.

Indicați:

- A. Ce se numește *nistagmus*.
- B. Cum se controlează proba de diadokokinezie.
- C. În ce constă proba Romberg.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Cine a inventat computer tomografia.
- F. Lista maladiilor curabile în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 27.

Un bărbat în vârstă de 44 de ani, un alcoolic inveterat, a fost adus în secția de internare în stare de stupeoare – precomă.

Examenul obiectiv a constatat: midriază bilaterală cu fotoreacție leneșă; o limitare severă a mișcărilor globilor oculari; îndeplinirea altor instrucțiuni simple – imposibilă. În dimineața zilei următoare starea de atenție a bolnavului era mai bună, dar

s-a instalat o disartrie ușoară, pacientul acuza diplopie. S-a constatat o oftalmoplegie completă. Toate rezultatele examinărilor de laborator și complementare s-au dovedit a fi normale. La 36 de ore după inițierea tratamentului cu tiamină, oftalmoplegia s-a redus până la mișcări normale ale globilor oculari.

Indicați:

- A. Ce înseamnă midriază.
- B. Ce înseamnă diplopie.
- C. Sinonimul cuvântului *tiamină*.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 28.

Un bărbat în vârstă de 55 de ani, în ultimele 2 luni, prezenta acuze la dureri de cap paroxistice cu localizare bitemporală. Soția pacientului a relatat că pe parcursul ultimului an el avea tulburări esențiale ale memoriei recente, labilitate emoțională exagerată, nu interpreta corect vorbele celui care i se adresa. În urmă cu 13 ani, pacientul s-a tratat pe motiv de erupții pe penis (cura de tratament a constat din câteva injecții).

Dintre cele mai importante manifestări clinice menționăm: lipsa reacției pupilelor la lumină, cu păstrarea reacției pupilare la acomodare. Examenul prin computer tomografie cerebrală a constatat dilatarea sistemului ventricular cerebral și atrofia cortexului. La stabilirea diagnosticului au contribuit esențial examenele speciale de laborator.

Indicați:

- A. Cum se numește sindromul de abolire a fotoreacției pupilare cu păstrarea reacției pupilare la acomodare (numele autorului).
- B. Ventriculele cerebrale vizualizate prin computer tomografie cerebrală.
- C. Denumirea maladiei.
- D. Examele speciale de laborator care au contribuit la stabilirea diagnosticului.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 29.

Un bărbat în vârstă de 48 de ani acuza o cefalee acută localizată în regiunea suboccipitală și diplopie. În decursul ultimelor șase săptămâni, pacientul are frisoane periodice, creșterea temperaturii corpului, transpirații nocturne abundente.

Examenul neurologic a constatat stază papilară optică, limitarea mișcărilor active ale globului ocular drept spre exterior, abolirea reflexului conjunctival pe dreapta, o închidere incompletă a ochiului drept la încercare voluntară, semnul „paletelor” pozitiv pe dreapta, hipoacuzie pentru urechea stângă, redoare occipitală de 3–4 degete.

Examenul lichidului cefalorahidian a constatat sindromul lcvoreean meningitic cu o rată de limfocite neutrofile 70:30%, hipoglicorahie și hipoclorurorahie.

Examenul bacteriologic și microscopia sputei au confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Ce indică *mănerul* în semnul *paletelor*.
- B. Din grupul căror simptome clinice face parte redoarea cefei.
- C. Lezarea căror structuri din sistemul auditiv poate cauza hipoacuzie unilaterală.
- D. Prin ce se manifestă sindromul lcvoreean meningitic.
- E. Denumirea maladiei.

CAZUL NR. 30.

O femeie în vârstă de 42 de ani acuza dureri de cap localizate în regiunea frontală pe dreapta, în decursul ultimilor trei ani. Cu opt luni înainte de spitalizare, soțul pacientei a remarcat că „ochiul drept a devenit mai mare decât cel stâng”, iar în urmă cu trei luni, pacienta a remarcat diplopie la privire spre stânga.

Examenul neurologic a constatat o exoftalmie pe dreapta, stază papilară optică pe dreapta, limitare parțială de motilitate a globului ocular drept în sus, în jos și medial, midriază pe dreapta, fotoreacție leneșă a pupilei drepte, precum și încetinirea reacției pupilare de acomodare, diminuarea reflexului cornean pe dreapta.

Craniografia convențională a constatat creșterea densității orbitei drepte și reducerea dimensiunilor aripii osului sfenoid drept. Diagnosticul a fost confirmat prin computer tomografie cerebrală.

Indicați:

- A. Metoda de examinare, capabilă să detecteze staza papilară optică.
- B. Nervul cranian responsabil de mișcarea globului ocular în sus, în jos și medial.
- C. Nervul cranian care realizează porțiunea aferentă a arcului reflex la lumină a pupilei (fotoreacția).
- D. Care nervi cranieni participă la realizarea reflexului cornean.
- E. Denumirea maladiei.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 31.

Un bărbat în vârstă de 61 de ani a dezvoltat un acces jacksonian motor cu debut în piciorul stâng. A fost internat în clinica neurologică în stare de stupor. Soția pacientului a menționat că el este un fumător înrăit, are tuse cronică a fumătorului. În decursul ultimelor câtorva luni, în spută se observau cheaguri de sânge.

Examenul neurologic a scos în evidență o hemipareză de tip flasc pe stânga, cu accentuare în mână, semnul Babinski pozitiv pe stânga. Spre dimineață, starea pacientului s-a ameliorat, însă s-au constatat dificultăți în actul de gândire, dereglarea memoriei pentru evenimentele recente, hemipareza stângă ușor exprimată.

Computer tomografia cerebrală a depistat două focare clar delimitate, cu edem perilezional.

Indicați:

- A. Manifestările accesului jacksonian motor.
- B. Semnele clinice și electrofiziologice ale unei pareze de tip flasc.
- C. Din cadrul căror semne neurologice face parte semnul Babinski.
- D. Ce este pareza.
- E. Denumirea maladiei.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 32.

O femeie în vârstă de 57 de ani acuza „gălăgie” în urechea stângă în decursul ultimilor cinci ani și dereglări de echilibru la mers în decursul ultimelor șase luni.

Examenul neurologic a pus în evidență un nistagmus orizontal la privire spre stânga, o reducere severă a acuității auditive pentru urechea stângă, cu lateralizarea probei Weber spre dreapta, lipsa reflexului cornean pe stânga și mers ataxic cu bază lărgită.

Craniografia convențională a depistat eroziunea marginilor osoase ale orificiului auditiv stâng. Examenul prin computer tomografie cerebrală, potențiale evocate auditive au confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Varianta medicală: *gălăgie în urechi*.
- B. Cu ajutorul cărui dispozitiv se controlează proba Weber.
- C. Ce fel de hipoacuzie avea pacienta.
- D. Principiul metodei de potențiale evocate auditive
- E. Denumirea maladiei.
- F. Lista maladiilor curabile cu care e necesar să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 33.

O femeie în vârstă de 38 de ani acuza diplopie și dureri în regiunile orbitală și maxilară pe dreapta.

Examenul neurologic a constatat o ptoză palpebrală superioară parțială pe dreapta, limitarea mișcării globului ocular drept în toate direcțiile, iar a celui stâng – spre nas. Reflexul cornean pe dreapta lipsea; lipsea și sensibilitatea doloră pe fruntea și obrazul din dreapta.

Radiografia sinusurilor paranazale, nazofaringoscopia, iar la sfârșit și examenul prin rezonanță magnetică cerebrală au contribuit la stabilirea diagnosticului.

Indicați:

- A. În funcția cărui nerv cranian intră ridicarea voluntară a palpebrei superioare.
- B. Care nerv cranian culege sensibilitatea doloră de pe frunte și de pe obraz.
- C. Denumirea sinusurilor paranazale.
- D. Principiul rezonanței magnetice.
- E. Denumirea maladiei.
- F. Lista maladiilor curabile cu care e necesar să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 34.

În urmă cu trei ani, la un bărbat în vârstă de 49 de ani au apărut accese jacksoniene motorii cu debut în piciorul stâng. Cu aproximativ un an înainte de spitalizare, a simțit slăbiciune în piciorul stâng, cefalee periodică, cu localizare în regiunea frontală dreaptă. Semnele și simptomele menționate aveau caracter progresiv.

Examenul neurologic a detectat o slăbiciune severă la îndoirea și dezdoirea degetelor piciorului stâng, hiperreflexie pe stânga și semnul Babinski pozitiv pe stânga.

Examenul prin computer tomografie cerebrală a contribuit la stabilirea diagnosticului.

Indicați:

- A. Cum se examinează și cum se manifestă semnul Babinski.
- B. Diagnosticul de localizare (topografic).
- C. Principiul computer tomografiei.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 35.

Un bărbat în vârstă de 69 de ani se plândea de o slăbiciune periodică în extremitățile drepte, cu o durată de la 15 minute până la 4 ore, în decursul ultimelor șase luni. Cu o zi înainte de spitalizare, pacientul a simțit o înrăutățire a acuității vizuale pentru ochiul stâng, care a apărut și a progresat în decurs de patru ore. În aceeași seară a apărut din nou slăbiciunea în extremitățile drepte, care a crescut și s-a menținut până la momentul spitalizării în secția de neurologie. Pacientul suferă de hipertensiune arterială și diabet zaharat.

Examenul obiectiv a constatat o îngustare a vaselor retiniene, paliditatea papilei optice pe stânga, o pată de culoare galben-verzuie în regiunea maculei stângi, reducerea cu 20% a acuității vizuale pentru ochiul stâng, îngustarea concentrică a câmpului vizual pentru ochiul stâng. În afară de aceasta, se putea observa pareza mimică de tip central pe stânga, o hemipareză dreaptă moderată cu semnul Babinski pozitiv.

Examele complementare prin ultrasonografie Doppler tridimensională computer tomo-angiografie au contribuit esențial la stabilirea diagnosticului.

Indicați:

- A. Cum pot fi definite accesele de slăbiciune periodică în hemicorp.
- B. Manifestările parezei mimice de tip central.
- C. Principiul ultrasonografiei Doppler.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 36.

La o femeie în vârstă de 57 de ani s-a instalat brusc un sunet neplăcut în urechea dreaptă, vertij, dureri în hemifața dreaptă.

Examenul neurologic a scos în evidență nistagmusul orizontal la privire spre dreapta, ptoza palpebrală superioară parțială pe dreapta, mioză pe dreapta, hipoacuzia de percepție pe dreapta, tremurătura intenționată la îndeplinirea probei indice-nas și călcâi-genunchi pe dreapta, hemihipoestezie algică și termică pe dreapta, căderea spre dreapta în poziția Romberg.

Examenul clinic a fost confirmat de ultrasonografia Doppler și rezonanța magnetică cerebrală.

Indicați:

- A. Definiția vertijului.
- B. Ce este mioza.
- C. Manifestările hipoacuziei de percepție.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 37.

Un bărbat stângaci, în vârstă de 69 de ani, și-a pierdut brusc puterea în piciorul stâng, s-a împiedicat și a căzut.

Examenul neurologic a constatat o confuzie, dezorientare, tulburare a vorbirii, pareza de tip flasc a piciorului stâng (proba Barré inferioară pozitivă pe stânga), slăbiciune ușor exprimată în mâna stângă, semnul Babinski pozitiv pe stânga.

Examenul de ultrasonografie Doppler tridimensional și rezonanța magnetică cerebrală au confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Care sistem din cadrul sistemului nervos a fost implicat în procesul patologic.
- B. Unde se află analizorul cortical al vorbirii motorii.
- C. Cum se explorează proba Barré inferioară.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care e nevoie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 38.

La o femeie în vârstă de 39 de ani, care suferea de recidive de sinuzite paranazale, localizate de obicei pe dreapta, brutal s-au instalat o hipertermie, cefalee cu sediul în regiunea frontală pe dreapta și edemul regiunii periorbitale pe dreapta.

Examenul neurologic a constatat: edemul țesuturilor periorbitale pe dreapta, chemoză, ptoză, exoftalmie și oftalmoplegie completă pe dreapta. Suplimentar au fost depistate abolirea reflexului cornean pe dreapta, staza venoasă la retinoscopia ochiului drept.

Analiza lichidului cefalorahidian a constatat un sindrom lcvoreean meningitic cu 100% de neutrofile. În pofida antibioterapiei masive, pacienta a decedat peste două zile de la spitalizare.

Indicați:

- A. Nervii cranieni cuprinși în procesul patologic.
- B. Ce se numește *oftalmoplegie*.
- C. Cum se efectuează puncția lombară.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 39.

La un bărbat în vârstă de 72 de ani, seara, după un efort fizic, s-a instalat o cefalee bitemporală cu caracter apăsător și o slăbiciune ușoară în mâna propriu-zisă și antebraț pe dreapta. În dimineața zilei următoare soția pacientului a constatat că el nu poate vorbi, reducerea mișcărilor active în extremitățile drepte.

Examenul neurologic a depistat o afazie motorie, pacientul susținând discuția prin gesturi „Da” și „Nu”. Obiectiv era prezentă o pareză mimică de tip central pe dreapta, hemipareza pe dreapta (severă în mână, moderată în picior), diminuarea simțului de vibrație pe dreapta.

Diagnosticul a fost confirmat pe baza ultrasonografiei Doppler a vaselor magistrale cervico-cerebrale, computer tomo-angiografiei cerebrale.

Indicați:

- A. Cum se manifestă afazia motorie.
- B. Prin ce se manifestă pareza mimică de tip central.
- C. Diagnosticul de localizare (diagnosticul topografic).
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 40.

La o femeie în vârstă de 28 de ani, cu valvulopatie reumatică și fibrilație atrială în anamneză, brutal s-a instalat o hemianopsie în jumătatea stângă a câmpului vizual și o cefalee acută localizată occipital.

Examenul obiectiv a depistat o hemianopsie omonimă stângă, cu fotoreacție pupilară intactă.

Examenul prin rezonanță magnetică cerebrală a confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Arcul reflex la lumină.
- B. Prin ce se manifestă o hemianopsie omonimă.
- C. Diagnosticul de localizare (diagnosticul topografic).
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 41.

Un bărbat în vârstă de 28 de ani acuza o cefalee permanentă localizată bifrontal, diminuarea acuității vizuale în decursul ultimelor trei săptămâni. Ultimele opt luni au fost marcate de o cefalee intermitentă în regiunea frontală; pacientul a devenit supărat, se irita ușor, întâmpină greutăți în comunicare. Rudele au remarcat și o hipersomnie a pacientului: putea să doarmă și 30 de ore la rând, fără să se trezească. Cu aproximativ 10 luni în urmă, mergând cu bicicleta, a căzut, a avut o rană scalpată a țesuturilor moi ale capului.

Examenul neurologic a determinat edem incipient al papilelor optice, midriază pe stânga și o hemipareză pe dreapta ușor exprimată.

Examenul prin computer tomografie cerebrală a confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Fazele evoluției modificărilor papilei optice în cazul unui sindrom de hipertensiune intracraniană.
- B. Prin ce se manifestă o hemipareză de tip central.
- C. Ce este midriaza.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 42.

Un bărbat în vârstă de 38 de ani a suferit un traumatism craniocerebral grav în cadrul unui accident rutier. A avut o scurtă pierdere de cunoștință, a fost transportat la punctul traumatologic din apropiere.

Radiografia obișnuită a craniului a depistat o fractură a osului temporal drept. După aproximativ 2 ore de la traumatism, pacientul și-a pierdut din nou cunoștința.

Examenul obiectiv a determinat: TA 150/60 mm Hg, pulsul – 58 bătăi pe minut, pupila dreaptă dilatăată, cu abolirea reacției la lumină, areflexie în extremitățile stângi.

Examenul prin computer tomografie cerebrală a confirmat diagnosticul.

Indicați:

- A. Cum se numește intervalul de timp de la traumatismul cranian până la instalarea manifestărilor neurologice.
- B. Cauza reducerii tensiunii arteriale și a frecvenței pulsului.

- C. Cauza midriazei.
- D. Denumirea maladii.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 43.

Un tânăr de 18 ani acuza un disconfort în regiunea suboccipitală, zgomot în urechi, instabilitate la mers. Problemele respective au apărut în ultimul an.

Examenul neurologic a descoperit scăderea acuității auditive la ambele urechi, cu proba Schwabach în limite normale, nistagmus orizontal, hipotrofia limbii și fasciculații ale ei, dismetrie bilaterală, dissinergia și tremurătura intenționată a ambelor mâini, mers ataxic cu bază lărgită.

Examenul radiografic al craniului a descoperit că atlantul este sudat de osul occipital. Apofiza dințată a axisului se proiecta mai sus de linia Chamberlen. Diagnosticul a fost confirmat prin examenul de rezonanță magnetică cerebrală.

Indicați:

- A. Cu ajutorul cărui dispozitiv se examinează proba Schwabach.
- B. Care nerv cranian inervează mușchiul limbii.
- C. Care probă determină prezența tremurăturii intenționate.
- D. Denumirea maladii.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 44.

O femeie în vârstă de 45 de ani, pe parcursul ultimilor trei ani, menționa accese de vertij, zgomot și senzația de înfundare a urechii drepte, care durau de la 2 până la 6 ore. Mai târziu, pacienta a observat o reducere a acuității auditive pentru urechea dreaptă, deosebit de pronunțată în timpul acceselor.

Examenul neurologic efectuat în timpul accesului a constatat nistagmus la privire spre stânga, hipoacuzie de percepție pentru urechea stângă, mai ales pentru tonurile joase, instabilitate în poziția Romberg.

Examenul lichidului cefalorahidian, radiografia craniului, precum și a orificiului auditiv intern, tomografia computerizată cerebrală s-au dovedit a fi normale.

Indicați:

- A. Maladiile care pot fi însoțite de vertij.
- B. Cum se examinează acuitatea auditivă.
- C. Conținutul normal de proteine în lichidul cefalorahidian.
- D. Denumirea maladii.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 45.

Un pedagog în vârstă de 50 de ani prezenta acuze de dificultăți în timpul scrisului și tremurătură a mâinii drepte în decursul ultimelor două luni.

Examenul neurologic a determinat prezența hipomimiei, tremurătura de repaus a ambelor mâini la efort minimal, precum și mersul cu pași mici și înclinarea corpului înainte.

Examenul prin computer tomografie cerebrală n-a depistat abateri substanțiale de la indicii normali.

Indicați:

- A. Care sistem din cadrul sistemului nervos central, fiind afectat, poate genera tremurătura mâinii.
- B. Cum se numește o asemenea dereglare de mers.
- C. În ce unități se măsoară densitatea țesuturilor în cadrul examenului CT.
- D. Denumirea maladiei.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 46.

Pacienta M., în vârstă de 21 de ani, studentă, acuza dureri de cap sever exprimate. Accesele de dureri de cap au apărut cu aproximativ cinci ani în urmă; debutează, de regulă, în regiunea fronto-temporală dreaptă, se intensifică rapid și se răspândesc asupra întregului hemicranii pe dreapta, inclusiv pe globul ocular; sunt însoțite de vomă repetată. Starea pacientei se ameliorează atunci când se spală pe cap și când doarme. Accesele durează de la 6 până la 12 ore. Mama pacientei și sora ei mai mare suferă de dureri de cap.

Examenul obiectiv: palidă, stă culcată cu ochii închiși. Lumina zilei și mișcările globilor oculari intensifică durerea de cap. Pulsul – ritmic, 90 bătăi pe minut. Simptomatologie de focar, semne meningiene lipsesc. TA 110/70 mm Hg.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Măsurile terapeutice necesare.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 47.

Un bărbat în vârstă de 47 de ani, inginer, în timpul unei luări de cuvânt în cadrul adunării de serviciu, a simțit o durere în regiunea cervico-occipitală, senzația de vertij, fără mișcarea obiectelor din jur, i-a apărut „o plasă” în fața ochilor, senzația de căldură, transpirație abundentă. Și-a întrerupt cuvântarea și a fost dus la punctul medical al întreprinderii.

Examenul obiectiv: fața și gâtul – hiperemiate, hemoragie proaspătă sub sclera ochiului drept, pulsul – încordat, 86 bătăi pe minut, TA – 210/100 mm Hg, zgomote cardiace puternice, se distinge accentul zgomotului II pe aortă. Pacientul este excitat și enervat. Se observă un tremor ușor al mâinilor și picioarelor. Zone de hiperestezie și hiperpatie algică pe hemicorpul drept, fără hotare strict delimitate. Semnele meningiene – negative. În timpul examenului clinic a vomitat. Asemenea situație i se întâmplă pentru prima dată. În urmă cu un an, în timpul examenului medical profilactic, s-au constatat cifre majorate ale tensiunii arteriale – 150/90 mm Hg. Nu s-a adresat după ajutor medical, tratamente nu a făcut.

Indicați:

- A. Cum apreciați starea generală a bolnavului.
- B. Ce înseamnă hiperpatie.
- C. Măsurile terapeutice necesare.
- D. Diagnosticul prezumtiv.
- E. Investigațiile complementare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 48.

O femeie în vârstă de 54 de ani, bibliotecară, în timpul ridicării pe scară cu câteva cărți în mână, a simțit brusc o slăbiciune în mâna stângă. A reușit cu greu să ducă cărțile la destinație. În decurs de 30–40 de minute, slăbiciunea în mâna stângă a progresat semnificativ, astfel încât bolnava nu era în stare să țină nimic în ea. La policlinică a venit singură, dificultăți la mers nu avea. Din anamnezic s-a stabilit că de 5 ani suferă de angor pectoral; cu un an în urmă, după o suprasolicitare fizică și psihoemoțională, a avut o slăbiciune în piciorul stâng, care a durat aproximativ 24 de ore. Anume atunci, pentru prima dată, a fost depistată creșterea tensiunii arteriale – 160/100 mm Hg.

Examenul obiectiv: pulsul – ritmic, 78 bătăi pe minut, TA – 150/100 mm Hg. Sunt diminuate acuitatea vizuală pentru ochiul drept și expresia plicii nazolabiale stângi. O deviație ușoară a limbii spre stânga, o disartrie ușoară. Pareza mâinii stângi cu diminuarea puterii în ea până la 2 puncte. Hipotonia mâinii stângi, reflexele osteotendinoase de pe ea – exagerate. Puterea în picioare – satisfăcătoare bilateral, tonusul în ele – nemodificat, cu predominarea expresiei reflexelor de pe piciorul stâng. Semnele patologice, meningiene – negative.

Indicați:

- A. Ce este disartria.
- B. Cum se examinează tonusul muscular.
- C. Diagnosticul prezumtiv.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 49.

Pacientul F., în vârstă de 59 de ani, contabil, se plânge de vertij (senzația că toate obiectele din jur se rotesc). Dimineața, când s-a trezit, a încercat să se ridice în picioare, dar nu a putut, din motiv de vertij și instabilitate. A avut vomă repetată. Asemenea accese nu a mai avut vreodată. Însă în ultimii 2–3 ani deseori avea senzația de „cap greu”, cu zgomote. I-a scăzut capacitatea de muncă, a devenit ușor iritabil, indispus.

Examenul obiectiv: bolnavul este palid, îngrijorat, preferă să stea culcat pe spate, cu ochii închiși. Pulsul – ritmic, 86 bătăi pe minut, TA – 130/80 mm Hg.

Stare de conștiență deplină. Semnele meningiene – negative. Sindromul Horner – pe dreapta. Hipoalgezie – pe hemifața dreaptă și pe trunchiul corpului pe stânga. Vorbește încet, vorbirea este nazonată. Reflexul faringian – diminuat pe dreapta. La îndeplinirea probei indice-nas se observă o tremurătură intenționată și dismetrie pe dreapta. Nistagmus orizontal.

În decursul zilei, starea bolnavului s-a ameliorat; în 24 de ore, simptomatologia neurologică de focar a regresat completamente.

Indicați:

- A. Denumirea complexului simptomatologic de dereglare a funcțiilor senzitive și motorii pe extremitatea cefalică pe o parte, iar pe trunchiul corpului și în extremități – din partea opusă.
- B. Diagnosticul prezumtiv.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 50.

Pacienta L., în vârstă de 65 de ani, timp de 7 ani este supravegheată de medicul internist pe motiv de insuficiență cardiocirculatorie, coronarocardioscleroză. Seara, după o activitate fizică excesivă (a lucrat în grădină), s-a instalat o tahicardie, slăbiciune generală, senzația de răcire a mâinilor și picioarelor. S-a culcat. Peste aproximativ 20 de minute s-a dezvoltat slăbiciunea în mâna dreaptă, senzația de înțepături în jumătatea dreaptă a feței și limbii, vorbirea i-a devenit dificilă. A fost chemată de urgență ambulanța.

Examenul obiectiv: bolnava este palidă, pielea – umedă, rece. Buzele îi sunt cianotice. Pulsul – slăbit, aritmic, 100–110 bătăi pe minut, TA – 85/50 mm Hg.

Stare de conștiență deplină. Semnele meningiene negative. Este diminuată expresia plicii nazolabiale drepte, deviere a limbii spre dreapta. Afazie motorie. Pareză severă a mâinii drepte. Hipotonie a extremităților drepte. Reflexele osteotendinoase de pe mâini și picioare D>S.

Indicați:

- A. Cum se numește sindromul de dereglare a funcției motorii, prezent la pacientă.
- B. Care termen medical este folosit pentru nominalizarea senzațiilor de înțepături în hemifața și hemilimba dreaptă.
- C. Diagnosticul prezumtiv.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 51.

Pacientul R., în vârstă de 33 de ani, hamal la o piață alimentară, a fost adus de urgență în secția de internare de către ambulanță. Din spusele celor care îl însoțeau s-a aflat că R. se consideră sănătos, face abuz de alcool, din care motiv i s-a destrămat familia. În ziua respectivă, după o suprasolicitare fizică și psiho-emoțională, el a început să se plângă de o cefalee acută, era excitat, „tremura cu tot corpul”. A băut jumătate de pahar de votcă, după care starea i s-a înrăutățit și mai mult: s-au intensificat cefaleea și excitația, a avut vome repetate. Au chemat de urgență ambulanța.

Examenul obiectiv: fața – hiperemiată, tegumentele – umede. Pulsul – ritmic, 110 bătăi pe minut. Respirația – ritmică, 40–44 pe minut. Temperatura corpului 37,5°C.

Stare de conștiență stuporoasă, nu e capabil să povestească ceva despre sine, dezorientat în timp și spațiu. Redoarea cefei – de 3 degete, semnele Kernig și Brudzinski sunt pozitive. Funcția nervilor cranieni și funcția motorie s-au păstrat, manifestări de dereglare a sensibilității nu pot fi remarcate. Reflexele osteotendinoase – înviorate, egale, semnul Babinski – pozitiv bilateral.

Indicați:

- A. La care grup de semne se referă redoarea cefei, semnele Kernig și Brudzinski.
- B. La care grup de semne se referă semnul Babinski și care este cauza lui.
- C. Diagnosticul prezumtiv.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 52.

Pacienta Z., în vârstă de 56 de ani, pedagog, de mulți ani suferă de hipertensiune arterială, iar în ultimii doi ani are accese de hipertensiune arterială până la 240/120 mm Hg. Ultimele 10 zile se afla în concediu medical pe motiv de criză hipertensivă, administra diuretice și hipotensive, cu efect temporar. Continuau s-o deranjeze durerea de cap, starea generală proastă. Seara, după baie, starea i s-a înrăutățit brusc: s-a intensificat cefaleea, a avut vomă repetată, a încetat să recunoască persoanele din jur, nu le înțelegea vorba, apoi a intrat în comă.

Examenul obiectiv: starea generală – gravă. Respirație zgomotoasă, cu frecvența de 50 pe minut. Puls încordat, ritmic, 96 bătăi pe minut. TA – 260/140 mm Hg. Tegumentele – umede. Temperatura corpului – 37,8°C. Fără cunoștință, la excitații algice nu reacționează. Redoarea cefei – de 3 degete, semnul Kernig – pozitiv bilateral, semnul Brudzinski superior – pozitiv pe stânga. Capul și globii oculari – deviați spre dreapta. Semnul „pânzei de catarg” – pozitiv pe dreapta. Reflexul faringian s-a păstrat. Mâna dreaptă, lăsată să cadă în jos concomitent cu cea stângă, cade mai repede. Reflexele osteotendinoase D>S. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul topografic (de localizare).
- C. Cauza devierii spre dreapta a capului și globilor oculari.
- D. În ce fel de comă se află pacienta (primară sau secundară).
- E. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Investigațiile complementare.
- G. Lista maladiilor curabile necesare pentru diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 53.

Pacientul P., în vârstă de 82 de ani, participant la al doilea război mondial, după un traumatism craniocerebral grav, a remarcat o creștere stabilă a tensiunii arteriale. În ultimii 5–6 ani, terapia medicamentoasă, tratamentul sanatorial și alte măsuri au contribuit la diminuarea TA doar până la 180/100 mm Hg. Se plânge frecvent de cefalee difuză, zgornot în cap. Este impulsiv, excitabil; în stare de afect devine brutal, nestăpânit, chiar agresiv. În timpul unei certe din familie, pe neașteptate, a căzut, și-a pierdut cunoștința, a vomitat, a avut convulsii tonice în mâini și picioare, micțiune involuntară.

Examenul obiectiv: față roșie-stacojie, respirație rară de tip Ceyne-Stokes, puls încordat (120 bătăi pe minut), TA – 220/100 mm Hg, pupile îngustate. Reacția la lumină lipsește. obrazul drept „fumează pipa”. În extremitățile stângi mișcări spontane nu se observă, în mâna dreaptă se observă sinkinezii patologice. Periodic se instalează rigiditatea prin decerebrare, după care se înrăutățește respirația, crește transpirația. Temperatura corpului – 39°C.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul topografic (de localizare).
- C. Cum se manifestă respirația de tip Ceyne-Stokes.
- D. Definiția comei.
- E. Cum se manifestă rigiditatea prin decerebrare și care este cauza ei.
- F. Primul ajutor medical.
- G. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 54.

Pacientul C., în vârstă de 53 de ani, acuză vome repetate și amețeli, care se intensifică la mișcările capului. S-a îmbolnăvit acut. În timpul discuției cu colegii de serviciu brutal s-a instalat vertijul, nu putea să-și mențină echilibrul, totul în fața ochilor „a început să plutească”, au apărut grețurile, apoi voma repetată.

Mai înainte asemenea situații nu a avut. În ultimii cinci ani a observat o scădere a capacității de memorizare, o fatigabilitate sporită. Fumează mult, face abuz de alcool.

Examenul obiectiv: bolnavul stă culcat în decubit lateral drept, cu ochii închiși. La încercarea de a-și schimba poziția apare voma. E conștient. Nistagmus orizontal de amplitudine mare la privire spre dreapta. Are acufene în urechea dreaptă. Fonația și deglutiția s-au păstrat. Strabism, diplopie nu are. Reflexele osteotendinoase – vii, egale. Semnele patologice lipsesc. Tulburări de sensibilitate, semne meningiene nu prezintă. TA – 150/80 mm Hg. Pulsul – ritmic, 92 bătăi pe minut. Zgomotele cardiace – înăbușite. Se determină scăderea pulsației arterelor *dorsalis pedis* bilateral. Respirație aspră, raluri uscate diseminate. Organele viscerale – fără manifestări patologice.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul topografic (de localizare).
- C. Ce sunt acufenele.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 55.

Pacienta M., în vârstă de 63 de ani, acuză apariția acută a zgomotului în cap, o amețelă ușoară, „ceață în fața ochilor”.

Aproximativ de 10 ani este supravegheată de medicul de familie pe motiv de angor pectoral. Cu doi ani în urmă, a suferit de pneumonie.

Examenul obiectiv: acuitatea vizuală la ambii ochi 1,0. Hemianopsie omonimă stângă. Alte manifestări neurologice de focar nu are. TA – 150/80 mm Hg. Zgomotele cardiace – înăbușite, flutter atrial, pulsul – 92–98 bătăi pe minut.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul topografic (de localizare).
- C. Ce este hemianopsia omonimă.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care se va face diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 56.

Medicul neurolog a fost chemat de urgență la un bolnav, care se află în secția de boli interne pe motiv de infarct miocardic, cu vechime de o lună. Bolnavului i se permite să se ridice și să se plimbe. Brusc, după ce s-a ridicat în picioare din poziție orizontală, bolnavul a devenit palid, și-a pierdut cunoștința și a căzut. Peste câteva minute, el și-a recăpătat cunoștința și a devenit completamente orientat. Se plânge de zgomot în cap și de o slăbiciune generală.

Examenul obiectiv: palid, pulsul 32 bătăi pe minut, aritmic. TA – 110/70 mm Hg. Simptomatologie neurologică de focar nu are. Pacientul este indolent, apatic.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul topografic (de localizare).
- C. Definiția stării de conștiință.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 57.

Bolnavul S., în vârstă de 28 de ani, a fost internat în spital pe motiv de cefalee localizată în regiunile frontală și occipitală, instalată brutal, foarte violentă, „de parcă ar fi fost lovit cu ceva în cap”, grețuri, vome repetate. În ziua spitalizării, dimineața, s-a instalat o durere de cap acută, a vomitat. Nu și-a pierdut cunoștința, pareze nu are.

Examenul obiectiv: somatic sănătos, TA – 120/80 mm Hg. Anizocorie S>D, fotoreacție pupilară leneșă, este ștearsă plica nazolabială dreaptă, semnul paletelor – pozitiv pe dreapta. Tonusul și puterea musculară – în limite normale. Reflexele osteotendinoase – înviorate, D>S. Fără semne patologice, meningiene. Sunt exprimate semnele Kernig, Brudzinski și redoarea cefei. Evaluat după scala Hunt-Hess la gradul II.

Analiza lichidului cefalorahidian: presiune crescută, culoare roșie, tulbure, proteine 0,1 g/l, eritrocite proaspete acoperă într-un strat rar câmpul de vedere.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Ce este anizocoria.
- C. Manifestările pacientului evaluat după scala Hunt-Hess la gradul II.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 58.

Bolnava D., în vârstă de 35 de ani, a fost internată în secția de neurologie cu acuze la durere violentă cu caracter pulsatil în jumătatea stângă a capului, grețuri.

Suferă de cefalee de la vârsta de 15 ani. Durerile de cap apar sub formă de accese, decurg în același mod: se întuneacă în fața ochilor, uneori până la amauroză, cu durată de câteva secunde, apoi apar cercuri „de curcubeu” în fața ochilor, vede doar o jumătate din obiectele înconjurătoare. Se termină accesul cu o durere de cap violentă, uneori cu vomă.

Examenul obiectiv: bolnava stă culcată pe spate, cu ochii închiși, tegumentele – palide. TA – 140/75 mm Hg. Pulsul – 86 bătăi pe minut. Mișcările globilor oculari sunt dureroase, este diminuată convergența. Alte semne neurologice nu prezintă.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Ce este amauroza.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 59.

Bolnavul C., în vârstă de 40 de ani, în ultimele 3 zile a avut dureri de cap ce progresau lent și erau însoțite de vertij. În ziua a patra s-a dezvoltat o slăbiciune în extremitățile stângi, s-a tulburat deglutiția pentru lichide și solide. Seara, bolnavul a devenit somnolent.

În anamnezic – otită purulentă pe dreapta.

Examenul obiectiv: starea generală a bolnavului – gravă, este apatic și indolent, la întrebări răspunde doar la insistență. Uneori, răspunsurile nu sunt adecvate. Pe partea dreaptă fața este cianotică și edemațiată, pe aceeași parte e pozitiv sindromul Claude Bernard-Horner. Nistagmus orizontal ușor exprimat la privire spre dreapta, uvula – în stare de repaus, deviată spre dreapta; pe aceeași parte e diminuat reflexul faringian; când înghite, lichidele refluează pe nas. Vocea este răgușită. Hiporeflexie osteotendinoasă pe stânga, pe aceeași parte este pozitiv semnul Babinski.

Tulburări cerebeloase nu are.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se manifestă sindromul Claude Bernard-Horner.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 60.

Bolnavul G., în vârstă de 48 de ani, este internat de urgență în clinică în stare gravă, cu acuze la slăbiciune în extremitățile stângi, tulburări în vorbire și deglutiție.

Din anamnezic: în ultimii 7 ani suferă de tromboflebită a venelor extremităților inferioare. Cu trei zile în urmă, în timpul unui efort fizic, a simțit o amețelă intensă, slăbiciune generală, „musculite” în fața ochilor. Peste aproximativ o oră, starea pacientului s-a normalizat, după ajutor medical nu s-a adresat. În ziua internării, a simțit amortire și furnicăături în mâna dreaptă, apoi s-au asociat amețelile, grețurile, i s-a întunecat în fața ochilor, și-a pierdut cunoștința pentru 3–5 minute.

Examenul obiectiv: bolnavul este conștient, fața – palidă, respirația ondulează cu o frecvență de 24 pe minut. TA – 140/80 mm Hg. Pulsul pe artera cubitală dreaptă nu se determină, pe stânga este de umplere satisfăcătoare, 86 bătăi pe minut.

Sindromul Claude Bernard-Horner este pozitiv pe dreapta. Nistagmus orizontal. Limba deviază spre dreapta, este dereglată deglutiția pentru lichide. Reflexul faringian pe dreapta – abolit, pe stânga – obișnuit. Hemipareză stângă cu reflexe osteotendinoase înviorate, clonus al talonului piciorului, semnul Babinski – pozitiv pe stânga. La îndeplinirea probei indice-nas se observă tremurătură intenționată. Tulburări de sensibilitate, semne meningiene nu prezintă.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Care nerv realizează reflexul faringian.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 61.

Bolnavul J., în vârstă de 23 de ani, a fost spitalizat în secția de neurochirurgie cu acuze la slăbiciune în mâini și picioare. Cu o zi înainte, în timpul antrenamentului (luptă clasică), a simțit o durere acută în regiunea cervicală. Peste câteva ore a remarcat amorteala mâinii drepte, apoi a celei stângi. Peste 10–15 minute, amorteala s-a extins pe suprafața trunchiului corpului și în picioare. La scurt timp, a simțit o slăbiciune în extremități, cu accentuare pe stânga, convulsii musculare ritmice în mușchii extremităților inferioare.

Examenul obiectiv: orientat în timp și spațiu. Tegumentele – palide. Pulsul – 52 bătăi pe minut, ritmic. TA – 110/60 mm Hg. Funcția nervilor cranieni – fără simptomatologie de focar. Tetrapareză. În mâini este prezentă o hipotonie musculară, în picioare – hipertonie musculară, mai ales în mușchii extensori și aductori. Reflexele osteotendinoase de pe mâini – abolite, de pe picioare – exacerbate; semnul Babinski pozitiv bilateral; hipoalgezie segmentară C₅–Th₃ bilaterală. Retenție de urină.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Prin ce se manifestă tipul segmentar de dereglare a sensibilității.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 62.

Bolnava M., în vârstă de 59 de ani, a fost spitalizată în staționarul neurologic pe motiv de pierdere a cunoștinței.

Din anamnezic se cunoaște că suferă de mulți ani de hipertensiune arterială.

Examenul obiectiv: stare generală gravă, comă. Respirație stertoroasă, urmată de respirație de tip Biot. Anizocorie D>S. Proba „ochi de păpușă” – negativă. Reflexul faringian – abolit bilateral. Hipotonie musculară difuză. Reflexele osteotendinoase – înviorate, cu predominanță pe dreapta. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Semnele meningiene – negative. TA – 140/100 mm Hg. Pulsul – 110 bătăi pe minut, ritmic.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se manifestă respirația de tip Biot și care este cauza ei.
- C. În ce constă proba „ochi de păpușă” negativă.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Primele măsuri medicale.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 63.

Bolnava D., în vârstă de 70 de ani, a menționat apariția brutală a unui vertij, cefalee, instabilitate la mers, vomă. A fost spitalizată peste două ore de la debutul maladiei.

Din anamnezic este cunoscut că suferă de mulți ani de hipertensiune arterială. În decursul ultimilor doi ani, de două ori a avut hemoragii nazale.

Examenul obiectiv: pacienta se află în stare de stupeoare, este indolentă, la întrebări răspunde cu întârziere. Îndeplinește comenzile elementare, se observă o dismetrie în mâna dreaptă și în piciorul drept. Volumul de mișcări în extremități este deplin, pareze nu are. Reflexele osteotendinoase – vii, fără diferență de părți. Sensibilitatea

s-a păstrat. Se constată o ușoară redoare a mușchilor occipitali. Pulsul – 92 bătăi pe minut, ritmic, tensionat. TA – 240/110 mm Hg.

La două ore după spitalizare, brusc, pacienta și-a pierdut cunoștința. S-a instalat o respirație ritmică și profundă, cu o frecvență de circa 25 pe minut. Pupilele au devenit înguste, S<D, au început să reacționeze leneș la excitația luminoasă. Reflexele corneene – abolite. Hipotonie musculară difuză, cu accentuare în extremitățile stângi. A crescut expresia redorii mușchilor occipitali. Semnul Babinski – pozitiv bilateral.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se numește tipul de respirație instalat la pacientă în stare de comă și ce semnifică el.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 64.

Bolnavul S., în vârstă de 25 de ani, de la vârsta de 15 ani suferă de reumatism, viciu mitral cu predominanță de stenoză. Pe motiv de creștere a insuficienței cardio-pulmonare i s-a efectuat operația de comisurotomie. După ieșirea din starea de narcoză, pacientul este pasiv, adinamic. Respirație frecventă, 40 pe minut. Acrocianoză. TA – 80/50 mm Hg. Strabism convergent, pareză a privirii spre dreapta, pareză mimică de tip periferic pe dreapta, tetrapareză, semnul Babinski – pozitiv bilateral, mai expresiv pe stânga. Agnozie vizuală.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Prin ce se manifestă agnozia vizuală.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 65.

Bolnavul V., în vârstă de 42 de ani, a fost spitalizat de urgență în stare gravă. Din spusele soției, nu a suferit de nici o boală, se considera completamente sănătos. În ziua spitalizării a lucrat fizic. Brusc, s-a instalat o durere de cap, a vomat repetat. Bolnavul și-a pierdut capacitatea de a-și recunoaște soția, rudele.

Examenul obiectiv: stare de confuzie, dezorientat în timp și spațiu. Excitație psihomotorie, încearcă să se ridice de pe brancardă. Pulsul – 74 bătăi pe minut, ritmic. Zgomotele cardiace – ritmice. TA – 130/70 mm Hg. Strabism convergent. Redoare occipitală de 4 degete, semnele Kernig și Brudzinski – pozitive bilateral. Paralizii și dereglări de sensibilitate nu prezintă. Reflexele osteotendinoase – de expresie diminuată, egale. Evaluat la gradul III după scala Hunt-Hess.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Simptomele gradului III după scala Hunt-Hess.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 66.

Bolnavul A., în vârstă de 60 de ani, fochist, la sfârșitul zilei de muncă a simțit o scădere tranzitorie a acuității vizuale pentru ochiul stâng, i s-a dereglat vorbirea și a scăzut puterea musculară în mâna dreaptă, motiv pentru care a fost spitalizat. Asemenea situație se repetă a treia oară în decursul ultimului an.

Examenul obiectiv: starea generală – satisfăcătoare. Pulsul – 77 bătăi pe minut, ritmic. TA – 190/105 mm Hg. Este diminuată pulsația arterei carotide comune stângi. Anizocorie ușoară, S<D. Vorbirea este simplificată, săracă în cuvinte, au loc parafazii. Înțelege bine ceea ce i se spune. Apraxie ideatorie. Mișcările în articulația carporadială dreaptă, în degetele mâinii drepte sunt încetinite, puterea în mâna propriu-zisă pe dreapta este redusă. Hipoalgezie pe suprafața degetului mare al mâinii drepte. Reflexele osteotendinoase de pe mâini D>S. Examenul ECG în decursul primei săptămâni a constatat semne de insuficiență coronariană. După tratamentul administrat starea pacientului s-a ameliorat semnificativ, a dispărut slăbiciunea în mâna dreaptă, s-a restabilit vorbirea.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Prin ce se manifestă apraxia ideatorie.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 67.

După ce a ridicat un obiect greu la etajul 5, bolnavul O., în vârstă de 60 de ani, a simțit o durere violentă în regiunea lombară. Cu greu s-a deplasat până la pat. În decursul următoarelor două ore s-a instalat o paraplegie inferioară flască, cu dispariția reflexelor rotuliene și achiliene, dereglări conductive ale sensibilității la nivelul Th₁₂–L₁, bilateral. Semne patologice negative. Retenție de urină.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 68.

Bolnava P., în vârstă de 39 de ani, pedagog, a fost adusă de ambulanță în stare de stupeoare. Din spusele soțului, când traversa strada, a fost lovită de un automobil, și-a pierdut cunoștința. În ambulanță a vomitat de două ori.

Examenul obiectiv: hematoma de dimensiuni mari și o plagă cu marginile rupte pe porțiunea occipitală a craniului. Puls frecvent, 98 bătăi pe minut, slab, TA – 100/60 mm Hg. Bolnava își spune corect numele și prenumele, însă nu se orientează în spațiu și timp. La întrebări răspunde laconic, îndeplinește comenzile simple, greșește la cele mai complicate. Nu ține minte circumstanțele celor întâmplute. Este slăbită, nu dă dovadă de inițiativă, nu pune întrebări. Se determină semnul Kernig ușor pozitiv. Hipotonie musculară difuză. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Altă simptomatologie neurologică nu era prezentă.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se numește acest tip de dereglare a memoriei.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 69.

Bolnava M., în vârstă de 32 de ani, muncitoare, în drum spre serviciu a alunecat și a căzut, lovindu-se cu capul de asfalt. Din spusele ei, nu și-a pierdut cunoștința, doar i s-a „întunecat în fața ochilor și a văzut scânteii”. S-a ridicat singură, a ajuns la serviciu, dar nu a fost în stare să lucreze – avea dureri de cap, amețeli și grețuri. S-a dus la punctul medical.

Examenul obiectiv: semne de traumatizare a țesuturilor moi nu are. Pulsul – ritmic, 76 bătăi pe minut. TA – 125/80 mm Hg. Conștiența – clară. Comportamentul – adecvat. Semnele meningiene – negative. Simptomatologie neurologică de focar n-a fost depistată. Simptomul Mann – pozitiv.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Prin ce se manifestă simptomul Mann.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 70.

Bolnavul J., în vârstă de 34 de ani, a căzut de pe motocicletă. Și-a pierdut cunoștința momentan. A fost spitalizat peste 1,5 ore de la accident. În timpul transportării a avut vome repetate, două accese convulsive generalizate.

Examenul la internare: bolnavul e în stare de comă, la examinare și excitații dureroase nu reacționează. Scorul după scala Glasgow 01+ V1+ M1 = 3 puncte. Respirație zgomotoasă, periodic de tip Ceyne-Stokes. Pulsul – ritmic, 92 bătăi pe minut. TA – 150/100 mm Hg. Pupilele – dilatate, fotoreacția – leneșă. Reflexele corneene sunt diminuate bilateral. Reflexul faringian s-a păstrat. Reflexele osteotendinoase – diminuate, egale. Semnele patologice lipsesc.

La puncția lombară lichidul cefalorahidian era transparent, se scurgea sub o presiune de 210 mm ai coloanei de apă. După puncția lombară respirația a devenit mai liniștită, a apărut reacția la excitația dureroasă prin retragere.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum poate fi comentat scorul scalei Glasgow.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 71.

Bolnavul S., în vârstă de 6 luni, a căzut de pe masă pe podea, și-a pierdut cunoștința, s-a dezvoltat un acces convulsiv cu mișcări tonico-clonice în mușchii mimici ai feței și ai extremităților pe dreapta. Accesul a durat 2–3 minute, după care au dispărut mișcările în mâna dreaptă. A vomat de două ori.

Examenul obiectiv: copilul este fără cunoștință. Nu reacționează la manipulațiile examenului medical. Semnele meningiene – negative. Fontanela mare este tensiionată, extompată. Strabism divergent din contul deplasării laterale a globului ocular stâng. Pupila stângă este dilatată, mai mare în dimensiuni decât cea dreaptă. Reacția pupilei stângi la lumină este absentă, pupila dreaptă reacționează leneș. Reflexul cornean – viu, bilateral. Este ștearsă plica nazolabială pe dreaptă. Mișcările active în mână dreaptă lipsesc. Mișcările în mână stângă și piciorușe sunt prezervate.

În timpul puncției lombare lichidul cefalorahidian era incolor, se scurgea sub presiune crescută, fără conținut de eritrocite.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare (topografic).
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista bolilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 72.

Bolnavul D., în vârstă de 37 de ani, constructor, a fost lovit de un panou de beton, care balansa, în cap și umărul stâng și aruncat la o distanță de 4–5 metri. Și-a pierdut pe loc cunoștința. A fost adus imediat în secția de internare.

Examenul obiectiv: deschide ochii, retrace mână stângă la stimul dureros. Scoate niște sunete, dar nu pronunță cuvinte. În regiunea cervico-occipitală stângă se observă un hematom de dimensiuni mari. Multiple zdrelituri și contuzii ale țesuturilor moi pe jumătatea dreaptă a feței, pe mână dreaptă și pe piciorul drept. Respirație zgomotoasă, ritmică, 21 pe minut. Pulsul – încordat, 100–110 lovituri pe minut, aritmie respiratorie. TA – 160/100 mm Hg. Redoarea cefei – de 3 degete. Semnele Kernig și Brudzinski – ușor exprimate. Reflexele osteotendinoase D>S. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Starea de conștiență a bolnavului după scala Glasgow.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista bolilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 73.

Bolnavul U., în vârstă de 72 de ani, fără familie, a fost adus de vecini pe motiv de comportament neadecvat.

Examenul obiectiv: excitație psihomotorie, opune rezistență examenului clinic. În regiunea fronto-parietală pe dreapta se observă o umflătură mică, sub ochiul stâng – echimoze (nu sunt proaspete). În secția de internare, pacientul a dezvoltat un acces convulsiv generalizat, care s-a început de la devierea capului și globilor oculari spre

stânga. După acces a devenit somnolent. La întrebări nu răspunde, reacționează doar la stimul dureros. Este exprimat sindromul meningian. Pulsul – ritmic, 54 bătăi pe minut. Reflexele osteotendinoase S>D. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Ce se numește sindrom meningian.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 74.

Bolnava C., în vârstă de 38 de ani, în timp ce traversa strada, s-a împiedicat și a căzut, lovindu-se cu ceafa de marginea trotuarului. S-a ridicat cu ajutorul cuiva. Se plângea de cefalee intensă, amețeli. A vomitat. A fost adusă la spital.

Examenul obiectiv: este excitată, vorbește în glas tare, gesticulează excesiv. Sindromul meningian este sever exprimat. Strabism convergent. Semnul Gurevici – pozitiv. Reflexele osteotendinoase – înviorate, egale. Semnul Babinski – pozitiv bilateral.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se manifestă semnul Gurevici pozitiv.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 75.

Bolnavul R., 22 de ani, a fost agresat, lovit cu un obiect dur în regiunea occipitală. Pentru câteva secunde și-a pierdut cunoștința. A mers acasă și s-a culcat, fără a anunța rudele ce a pățit. Peste două ore s-a trezit cu dureri violente de cap, a vomitat. De urgență a fost transportat la spital.

Examenul obiectiv: stă cu ochii închiși, dar la cerere deschide ochii. La comandă verbală nu mișcă extremitățile, mâna localizează stimulul dureros. Are o vorbire neclară, încurcă evenimentele. Semnul Kernig – pozitiv bilateral. Pulsul – 60 bătăi pe minut, ritmic. TA – 150/100 mm Hg. Temperatura corpului – 37,5°C.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Starea de conștiență după scala Glasgow.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 76.

Bolnavul R., 42 de ani, a căzut din cauza unei căderi de la o înălțime de aproximativ 2 metri, cu capul în jos. Și-a pierdut cunoștința pentru 10–15 minute. Când și-a revenit, și-a dat seama că nu poate mișca extremitățile.

Examenul obiectiv: hipotonie musculară difuză. Reflexele osteotendinoase – abolite. Toate felurile de sensibilitate – absente, începând cu nivelul C₅ bilateral. Semnul

Babinski – pozitiv bilateral. Marginea superioară a vezicii urinare se palpează la nivelul ombilicului.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum trebuie transportat un asemenea bolnav.
- C. Cum se numește tipul de dereglare a sensibilității.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 77.

Bolnavul S., în vârstă de 59 de ani, în timp ce mâna caii în stare de ebrietate, a căzut din căruță, lovindu-și capul și spatele. S-a ridicat singur, a mai mers câțiva pași, apoi a căzut; au dispărut mișcările active în picioare.

Examenul obiectiv: hipotonia mușchilor extremităților inferioare, mișcările active în ele lipsesc. Reflexele osteotendinoase de pe mâini și cele abdominale superioare și medii sunt obișnuite, egale, cele abdominale inferioare și de pe picioare lipsesc. Semnele patologice – negative. Anestezie totală, începând cu nivelul Th₁₂ bilateral. Durere locală la palpația apofizelor posterioare în regiunile toracică inferioară și lombară superioară. Retenție de urină și scaun.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se numește dereglarea funcțiilor motilității.
- C. Cărui tip de dereglare a funcțiilor sfincteriene aparține retenția de urină și scaun.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 78.

Bolnava D., în vârstă de 39 de ani, a căzut, rostogolindu-se pe spate, de pe un stog de fân. S-a ridicat singură; a simțit că amețește și că îi este greață. Spre seară a vomitat o singură dată. Când a încercat să citească, a remarcat că i se dublează imaginea.

Examenul obiectiv: nistagmoid orizontal, în rest – fără simptomatologie neurologică de focar. Pulsul – 92 bătăi pe minut.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Simptomul neurologic, remarcat la citire.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice necesare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 79.

Bolnavul Z., în vârstă de 24 de ani, în timpul unei încăierări a fost lovit cu cuțitul în spate și în burtă. Nu și-a pierdut cunoștința. A fost operat de urgență, pe motiv de perforare a intestinului subțire.

Examenul obiectiv: echimoze multiple pe mâini, picioare, trunchiul corpului. Stare de conștientă deplină. Mișcările active în piciorul drept lipsesc. Sensibilitatea superficială dereglată în dermatomerele Th₈-Th₉ din partea dreaptă și, începând cu nivelul Th₁₀, din partea stângă. Simțul de vibrațiune lipsește în piciorul drept, în piciorul stâng e păstrat. Hipotonie și areflexie în piciorul drept. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta. Tulburări sfincteriene nu prezintă.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Cum se numește sindromul clinic de dereglare a funcției motilității și sensibilității.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 80.

Pacientul D., în vârstă de 24 de ani, sportiv de lupte marțiale, în timpul antrenamentului, la o flexie rapidă excesivă a capului pe spate, a simțit o durere acută în regiunea cervico-humerală, brusc a scăzut puterea în picioare.

Examenul obiectiv: puterea în mâini – 4 puncte, în picioare – 2 puncte, hipotonie în mâini, hipertonus muscular în picioare. Hipoalgezie bilaterală, începând cu nivelul C₄. Hiperreflexie, S=D. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Retenție de urină.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Cum se numește sindromul clinic de dereglare a funcției motilității.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice necesare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 81.

Pacientul E., în vârstă de 15 ani, a plonjat în râu de la înălțimea de 2 metri. A fost scos din apă de prietenii săi, fără cunoștință.

Examenul obiectiv: stare de conștientă deplină, răspunde corect la întrebări, ține minte că sărea în apă. Ce s-a întâmplat mai apoi nu știe. Funcția nervilor cranieni – intactă. Hipotonie musculară difuză, cu semnul Babinski pozitiv bilateral. Forța musculară în mâini – 2 puncte, în picioare – 3 puncte. Simțul mioartrocinetic – dereglat în extremitățile drepte, sensibilitatea algică și cea termică – diminuate pe stânga, începând cu nivelul claviculei. Retenție de urină.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Prin ce se manifestă puterea musculară apreciată cu 3 puncte.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice.

CAZUL NR. 82.

Pacientul I., în vârstă de 22 de ani, student la o instituție de învățământ superior, acuză dureri în spate, greutate în picioare. S-a îmbolnăvit acut. În seara precedentă a remarcat senzația de fierbințeală, frisoane, hipertermie – 37,8°C. Spre dimineață, temperatura corpului a crescut până la 39°C. Din cauza durerii în spate nu s-a putut ridica din pat. În același timp, a remarcat amorțirea și senzația de greutate în picioare.

Din bolile suportate: infecții la vârsta copilăriei (rujeolă, rubeolă). Traume nu a avut.

Examenul obiectiv: stare de conștiență deplină, tegumentele – hiperemiate, erupții nu are. În regiunea subscapulară pe dreapta se observă un furuncul recent strivit.

Funcția nervilor cranieni – intactă. La aplecarea capului spre piept apar dureri violente în regiunea interscapulară. Semnul Kernig – pozitiv bilateral. Este dureroasă palparea paravertebrală în regiunea toracică medie. Parapareză spastică inferioară cu semnul Babinski pozitiv bilateral. Anestezie pentru toate felurile de sensibilitate, începând cu nivelul Th₄. Chemări imperioase la micțiune.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Cum se numește tipul de dereglare a sensibilității.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 83.

Dimineața, după somn, la un copil în vârstă de 2 ani a fost remarcată absența mișcărilor în mâini și picioare. În seara precedentă copilul era capricios, nu avea poftă de mâncare, de două ori a avut scaun lichid. Mai înainte nu a fost bolnav.

Examenul obiectiv: stare de conștiență deplină, temperatura corpului – 37,2°C, erupții pe tegumente nu are, reacționează dureros la palparea abdomenului. Tetraplegie flască cu areflexie. La încercarea de a-i ridica picioarele drept în sus sau de a-l așeza pe pat, copilul plânge. Tulburările de sensibilitate nu pot fi verificate. Dereglări sfinteriene nu are.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 84.

Bolnava V., în vârstă de 26 de ani, pedagog, a suportat recent „o răceală”. Peste 2 săptămâni, a început să simtă slăbiciune în picioare, apoi și în mâini. Maladia are evoluție progresivă. Pacienta a fost trimisă la neurolog.

Examenul somatic nu a depistat modificări patologice. Examenul neurologic: nervii cranieni – fără dereglări de funcție. Tetrapareză cu hipotrofie a mușchilor distali ai mâinilor și picioarelor. Areflexie. Hipoalgezie de tip „mănuși” și „ciorapi”. Sunt pozitive semnele de elongație. Semnele meningiene – negative.

Analiza lichidului cefalorahidian a scos în evidență disociația proteică-celulară.

Noaptea, s-a instalat o dispnee, fața bolnavei a devenit cianotică. La inspirație se încordează mușchii cervicali. Excursia cutiei toracice este sever redusă. Frecvența respirației – 40 pe minut. Dereglări de fonație, deglutiție nu are. Reflexul faringian – viu, bilateral.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Prin ce se manifestă sindromul licvoreean de disociație proteică-celulară.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 85.

Neurologul a fost invitat să consulte un bolnav din secția de terapie, unde acesta se tratează pe motiv de pneumonie. În seara precedentă bolnavul a început să se plângă de o cefalee intensă, grețuri, a avut vome repetate.

Examenul obiectiv: pacientul se află în stare de stupoare, gеме, capul – retroflexie. Fotofobie. Redoarea cefei – de 3 degete, semnele Kernig și Brudzinski sunt pozitive. Temperatura corpului – 38°C.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Prin ce se manifestă meningismul.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 86.

Bolnavul U., în vârstă de 30 de ani, în decursul ultimelor trei zile remarcă o fatigabilitate sporită, avea manifestări catarale. Spre seară a început să-l deranjeze senzația de furnicături în picioare. Spre dimineață, mișcările active în picioare au dispărut.

A suferit de parotidită, rujeolă (în copilărie).

Examenul obiectiv: conștiința clară, fotofobie, funcția nervilor cranieni nu este dereglată. Paraplegie flască inferioară cu semnul Babinski pozitiv bilateral. Anestezie pentru toate tipurile de sensibilitate de la nivelul plicelor inghinale. Retenție de urină. Este dureroasă percuția apofizelor osoase în regiunea toracică inferioară.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Prin ce se manifestă reflexul Babinski pozitiv.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 87.

Bolnavul M., în vârstă de 10 ani, a fost spitalizat în staționarul neurologic cu acuze la cefalee violentă, fotofobie, vome, slăbiciune generală severă.

Din spusele mamei, în seara precedentă copilul se plânga de dureri de cap, slăbiciune generală. Noaptea, temperatura corpului s-a ridicat până la 39,8°C. Tot atunci a crescut și intensitatea cefaleei, a avut vome repetate.

Suferă de otită purulentă în evoluție cronică.

Examenul obiectiv: starea generală – gravă, este indolent. Stă culcat în decubit lateral pe dreapta, cu capul pe spate, cu picioarele flexionate în articulațiile genunchilor și coxo-femorale. Temperatura corpului – 40°C, TA – 120/75 mm Hg. Pulsul – 98 bătăi pe minut, ritmic. Funcția nervilor cranieni nu este dereglată. Reflexele osteotendinoase sunt vii, egale. Hiperestezie generalizată. Redoarea cefei – de 4 degete, semnul Brudzinski – pozitiv bilateral. Pareze/plegii pacientul nu are. În timpul examenului clinic bolnavul avea senzații de vomă.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Din care grup de semne clinice fac parte redoarea cefei și semnul Brudzinski.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 88.

Bolnava A., în vârstă de 29 de ani, a fost transportată de către brigada ajutorului medical de urgență în stare gravă cu acuze la lipsa mișcărilor active în picioare. În urmă cu 12 zile, ea s-a adresat medicului de familie pe motiv de „stare gripoasă”. Trei zile mai târziu, a remarcat slăbiciune în picioare, dureri musculare în spate, picioare și mâini, care au fost considerate drept consecințe ale stării generale proaste. Cu o zi înainte de spitalizare, mișcările în picioare s-au dereglat în așa măsură, încât pacienta nu se putea deplasa fără ajutor, au apărut dificultăți în actul de micțiune.

Examenul obiectiv: conștiența – clară. Vocea – surdă, deglutiția pentru lichide și solide este dereglată, reflexul faringian – abolit bilateral. Plegie și hipotonie în picioare. Volumul de mișcări active în mâini – păstrat, puterea în ele – 4 puncte. Hipoalgezie de tip conductiv de la nivelul Th₁₀.

Peste o oră, respirația bolnavei a devenit superficială și cu pauze.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Din cadrul cărui sindrom face parte disfagia cu abolirea reflexului faringian.
- D. Prin ce se manifestă tipul conductiv de dereglare a sensibilității.
- E. Investigațiile complementare.
- F. Măsurile terapeutice.
- G. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 89.

Bolnava S., în vârstă de 32 de ani, după două zile de odihnă și scăldat în mare, a remarcat creșterea temperaturii corpului până la 39,8°C, senzația de furnicături în extremitățile inferioare, slăbiciune generală.

După trei zile de la debutul maladiei, s-a instalat pareza flască a extremităților inferioare, motiv pentru care a fost spitalizată în secția de neurologie.

Examenul obiectiv: starea generală – de gravitate medie. Conștiența clară. Temperatura corpului – 39,9°C. Funcția nervilor cranieni – nealterată. Reflexele osteotendinoase de pe mâini – vii, S=D. Reflexele rotuliene sunt diminuate esențial, reflexele achiliene și plantare lipsesc. Tonusul muscular în picioare – diminuat. Parapareză inferioară, mai pronunțată în porțiunile distale. Sensibilitatea algică în picioare – diminuată în varianta radiculară a tipului segmentar. Semnele meningiene – negative, semnele Lassegue, Turin, Sequard – pozitive.

În a doua zi de aflare în clinică s-a dezvoltat o slăbiciune în extremitățile superioare, au dispărut reflexele de pe ele, reflexele abdominale, apoi s-au dereglat respirația și deglutiția.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Din care grup de semne clinice fac parte semnele Lassegue, Turin, Sequard.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 90.

Bolnavul T., în vârstă de 22 de ani, a fost spitalizat cu acuze de scădere a acuității vizuale, dureri de cap. Relatează că are dureri de cap de mai multe zile, precum și slăbiciune generală, hipertermie. În dimineața zilei precedente a remarcat senzația de „ceață în fața ochilor”, a început să deslușească cu greu literele, s-au asociat amețea, setea exagerată.

Examenul obiectiv: poate număra degetele la o distanță de 3 metri. Nu poate distinge culorile. Scotom absolut central pentru ambii ochi.

Examenul fundului de ochi: papilele optice sunt palide, hotarele slab delimitate, venele dilatate, arterele nu sunt modificate. Hemoragii retiniene proaspete.

Tulburări de sensibilitate nu are. Funcția motilității – păstrată.

Limfocitoză în analiza generală a sângelui. Examenul lichidului cefalorahidian indică valori normale. Examenul prin RMN cerebrală atestă îngroșarea chiasmei optice, în rest – fără modificări relevante.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Explicați noțiunea de scotom.
- D. Cu ajutorul cărui dispozitiv se examinează fundul de ochi.
- E. Măsurile terapeutice.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 91.

Bolnavul P., în vârstă de 20 de ani, șofer, a suportat o stare catarală a căilor respiratorii superioare. La trei zile, temperatura corpului s-a ridicat la valorile de 40,5°C, au apărut frisoane. Spre seară s-a dezvoltat o tetrapareză severă cu dereglarea tuturor tipurilor de sensibilitate mai jos de nivelul C₇, retenție de micțiune și defecație. Au dispărut toate reflexele osteotendinoase de pe extremități. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. În cadrul dermatomerelor C₆–D₂ lipsește dermatografismul reflector. Peste trei zile s-au dezvoltat escare pe fese și spate, s-au edemațiat picioarele.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Ce este tetrapareză.
- D. Măsurile terapeutice.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 92.

Bolnava H., în vârstă de 35 de ani, a fost transportată pe linia serviciului AVIA-SAN în stare gravă, cu acuze la cefalee severă, vertij, vomă repetate.

Este bolnavă de trei zile. Maladia a debutat pe fundal de stare catarală. Apoi a apărut o cefalee intensă, senzația de rotire a obiectelor din jur pe orizontală – de la stânga la dreapta. Vertijul se intensifică la întoarcerea capului, la mișcarea globilor oculari. Tulburări somatice n-au fost constatate. TA – 115/75 mm Hg.

Examenul neurologic: nistagmus orizontal de amplitudine mică, mai exprimat la privire spre dreapta. În poziția Romberg – instabilă, greșește la îndeplinirea probei indice-nas și călcâi-genunchi. Reflexele osteotendinoase – exacerbate, S=D. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Pareze, semne meningiene nu are.

Examenul CT cerebrală și a lichidului cefalorahidian indică valori normale.

Examenul RMN cerebrală a contribuit esențial la stabilirea diagnosticului.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Cum se examinează proba călcâi-genunchi.
- D. Măsurile terapeutice.
- E. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 93.

Un băiat în vârstă de 10 ani s-a tratat la chirurg pe motiv de furuncul abcedant al cavității nazale, care a fost rezecat. Peste două zile, au apărut frisoane, temperatura corpului s-a ridicat la valorile de 39,5°C, avea dureri de cap localizate predominant frontal și în orbite.

Examenul obiectiv: pleoapele – edemațiate. Exoftalm bilateral. Ptoză palpebrală superioară pe dreapta, pupila – dilatată, fotoreacțiile directă și asociată lipsesc, oftalmoplegie. Pe stânga – amauroză, fotoreacția directă lipsește, fotoreacția asociată s-a păstrat. Mișcările globului ocular stâng – în volum deplin. Hiperestezie algică a pielii în regiunea frontală pe dreapta. Reflexul cornean lipsește bilateral.

Semnele Kernig și Brudzinski – moderat pozitive bilateral.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Nervii cranieni antrenați în procesul patologic.
- C. Cum se examinează reflexul cornean.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Măsurile terapeutice.
- F. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 94.

Un tânăr în vârstă de 17 ani acuză o durere de cap intensă, predominant în regiunea temporală, instabilitate la mers, vertij de tip sistemic.

Examenul obiectiv: este indolent, somnolent, periodic vomează. Se plânge de dureri de cap cu caracter apăsător, hiperestezie a tegumentelor în regiunile parietală și occipitală.

Nistagmus orizontal, mai pronunțat la privire spre stânga. Probele de coordonare le îndeplinește greșit, cu elemente de tremurătură intenționată pe stânga. Nu este stabil în poziția Romberg. Reflexele osteotendinoase – înviorate, D>S. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta. Semnul Kernig – moderat, pozitiv bilateral.

Din anamnezic: cu 2 săptămâni mai înainte a strivit un furuncle pe față.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Ce înseamnă hiperestezie.
- D. Măsurile terapeutice.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 95.

Pacienta E., în vârstă de 65 de ani, a fost spitalizată în mod urgent. Este cunoscut faptul că suferă, de mulți ani, de hipertensiune arterială. În ultimele zile a avut dureri puternice de cap. În seara precedentă a apărut slăbiciune în mână și picior pe dreapta, până dimineața s-a instalat o hemiplegie.

Examenul obiectiv: tegumentele – palide. TA – 110/60 mm Hg. Pulsul – 96 bătăi pe minut, ritmic.

Conștiența – clară. Pacienta se plânge de dureri de cap, grețuri. Semnele meningiene – negative. Pareză mimică de tip central pe dreapta. Limba deviază spre dreapta. Hemiplegie și hemihipoalgezie pe stânga. Reflexele osteotendinoase S>D.

În câteva ore după aceasta, s-au instalat semnele meningiene; valorile tensiunii arteriale au diminuat până la 90/50 mm Hg. Examenul ECG n-a descoperit semne de tulburare a circulației coronariene sau de ischemie cardiacă.

A fost realizată puncția lombară. Analiza LCR: presiunea 260 mm H₂O, turbure, culoarea galbenă-verzuie, citoza 6350/3 (90% neutrofile), proteinele 2,5 g/l.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cauza căderii tensiunii arteriale.
- C. Cum se numește sindromul licvoreean depistat la analiza lichidului cefalorahidian.
- D. Măsurile terapeutice.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 96.

Pacienta L., în vârstă de 26 de ani, a fost spitalizată în regim de urgență fără cunoștință, periodic vomează. Boala a debutat azi, prin sindrom convulsiv generalizat.

Pacienta lucrează la o uzină de topire a metalelor cu arzătorul de gaze, furtunul căruia era defectat. Brusc, ea a început să se plângă de durere de cap, „lovituri în interiorul craniului”, ceață în fața ochilor, și-a pierdut cunoștința.

Examenul obiectiv: respirație frecventă, vomează, pulsul – 110 bătăi pe minut, de umplere slabă. TA – 90/60 mm Hg.

Stuporoasă, hipotonie musculară difuză, reflexele osteotendinoase diminuate. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Semnele Kernig și de redoare occipitală – ușor exprimate. În timpul examenului clinic a dezvoltat un acces convulsiv tonico-clonic generalizat.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Ce fel de comă a intervenit: primară (cerebrală) sau secundară (metabolică).
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 97.

Pacientul H., în vârstă de 21 de ani, a fost spitalizat cu acuze la cefalee violentă, vomă, diplopie.

Din anamnezic e cunoscut că s-a îmbolnăvit în urmă cu 10 zile, când a simțit o fatigabilitate sporită, slăbiciune generală, o durere de cap ușor exprimată. Avea subfebrilitate. Timp de 6 zile, cefaleea a crescut treptat, până la foarte intensă, s-a asociat cu diplopie.

Examenul obiectiv: redoarea cefei – de 3 degete. Sunt pozitive semnele Kernig și Brudzinski. Anizocorie S>D, ptoză palpebrală superioară pe stânga, strabism divergent (lipsește mișcarea globului ocular stâng spre nas).

Analiza lichidului cefalorahidian: pleiocitoză limfocitară, este diminuată cantitatea de glucoză. După câteva ore pe suprafața lichidului s-a format o peliculă.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Nervul cranian implicat în procesul patologic.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 98.

Pacientul C., în vârstă de 26 de ani, a fost spitalizat cu acuze la dureri în centură în regiunea toracică. Este bolnav deja de o săptămână: i s-a ridicat temperatura corpului până la 37,6°C, au apărut manifestări catarale. În ultimele două zile s-au instalat dureri cu caracter radicular. În ziua spitalizării a simțit slăbiciune în picioare, din care cauză cu greu se deplasează; dificultăți în actul de micțiune.

Examenul obiectiv: parapareză spastică inferioară. Hipoestezie pentru toate tipurile de sensibilitate, începând cu nivelul Th₂. Tulburări sfincteriene de tip central.

Analiza lichidului cefalorahidian: 100/3, 90% – limfocite, 10% – neutrofile, proteine 1,2 g/l.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Diagnosticul de localizare.
- C. Prin ce se manifestă clinic o parapareză spastică inferioară.
- D. Măsurile terapeutice.
- E. Lista bolilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 99.

Pacienta B., în vârstă de 12 ani, care suferea de anghină în evoluție cronică, a început să se plângă de dureri de cap. Părinții și învățătorii au observat gesturi și grimase ciudate, mișcări bizare ale degetelor, care erau deosebit de exprimate la emoții și care dispăreau în timpul somnului.

Examenul obiectiv: hipotonie musculară difuză. Reflexele osteotendinoase – diminuate, S=D. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. În stare de repaus se observă mișcări spontane, scurte, uneori de amplitudine mare în extremități, ilogice, în diferite grupe musculare, la început la față și mâini, exagerate de efort mintal.

Analiza generală a sângelui: leucocitoză cu limfocitoză.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se numesc mișcările observate la pacientă.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista bolilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 100.

Pacienta L., în vârstă de 18 ani, a simțit o slăbiciune bruscă în picioare, s-a dereglat acuitatea vizuală, mai ales pentru ochiul drept.

Din anamneză: cu aproximativ doi ani în urmă a avut o dereglare acută a văzului pentru ochiul stâng, care a fost diagnosticată ca nevrită retrobulbară. Sub acțiunea tratamentului administrat de specialistul oftalmolog, a regresat completamente timp de 10 zile.

Examenul obiectiv: hipoalgezie conductivă, începând cu nivelul Th₆ pe dreapta și Th₁₀ pe stânga. Hipertonus spastic în picioare cu reflexe exagerate D>S, semnul Babinski – pozitiv bilateral. Lipsesc reflexele abdominale. Puterea în mâini – 5 puncte, în picioare pe dreapta – 3, pe stânga – 4 puncte. Tremurătură intenționată la îndeplinirea probei indice-nas – bilateral. Retenție de urină.

Examenul fundului de ochi a depistat paliditatea jumătăților temporale ale papilelor nervilor optici.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se verifică reflexele abdominale.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista bolilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 101.

Medicul neurolog de gardă a fost invitat de urgență la bolnava O., în vârstă de 25 de ani, care stă culcată în pat sprijinindu-se doar pe ceafă și călcâie. Corpul formează un arc ridicat în sus. Ochiul pacientei – închiși, fața – palidă, frecvența respirației – crescută. La încercarea de a-i deschide ochii, ea îi închide și mai tare. Este imposibil de a-i deschide și gura: mușchii maseteri sunt încordați la maximum. La întrebări nu răspunde, nu îndeplinește nici o instrucțiune.

Din spusele vecinei din salon, cu o oră în urmă a fost vizitată de soț, cu care a avut o discuție neplăcută. S-a excitat, plângea, apoi a avut un acces: striga în gura mare, avea mișcări de amplitudine mare în extremități, apoi a încremenit în poziția respectivă.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se numește fenomenul clinic de a se opune examenului clinic.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 102.

Bolnava D., în vârstă de 31 de ani, în copilărie deseori suferea de anghină. La vârsta de 20 de ani a suportat o reumocardită. De la vârsta de 25 de ani se plânge foarte des de dureri de cap, accese de palpații cardiace însoțite de frica de moarte. A dispărut pofta de mâncare, a pierdut în greutate mai mult de 10 kg. S-a modificat ciclul menstrual, menzele de diferită durată, iregulate. În decursul ultimului an, de 1–2 ori pe lună, în timpul acceselor de cefalee și palpații cardiace, TA atinge valorile de 160/100 mm Hg. Accesele durează 20–30 de minute, în unele zile – până la 1 oră, se finalizează cu poliurie, frisoane. După acces, pacienta devine apatică, indispusă, nu dorește să mai facă ceva în acea zi.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Denumirea acceselor de care suferă pacienta.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 103.

Bolnavul M., în vârstă de 34 de ani, a fost internat de urgență, fiind transportat de ambulanță. Peste fiecare 1,5–2 minute, bolnavul dezvoltă accese convulsive, care încep cu rotația capului și globilor oculari spre stânga, contracții ale colțului stâng al gurii, după care apar convulsii tonice în mână și picior pe stânga. Accesul durează aproximativ două minute. În perioada scurtă dintre accese, bolnavul nu-și recapătă cunoștința completamente: nu deschide ochii, la întrebări nu răspunde, la instrucțiunea insistentă menține mâna dreaptă ridicată pasiv. Mâna stângă cade brutal.

Din anamnezic: cu 1 an în urmă, pentru prima dată în viață, șezând la masă (la serviciu), a căzut brusc cu fața pe masă, a avut convulsii. Accesul a durat câteva minute. Nu și-a mușcat limba, nu a avut micțiuni involuntare. Mai târziu, avea dureri de cap frecvente, pe care bolnavul le explica prin oboseală excesivă.

Examenul obiectiv: patologie somatică nu a fost depistată. Angiom plasat în regiunea fronto-parietală pe dreapta, cu dimensiuni de 1,5x1,5 cm. Din spusele soției, are angiom din fragedă copilărie, iar în ultimii 2–3 ani el a crescut în dimensiuni. O asimetrie ușoară a feței din contul ștergerii plicii nazolabiale pe stânga. În perioada interictală mișcările spontane în mâna stângă lipsesc. Hipotonie musculară difuză. Mișcă mâna dreaptă, îndreaptă cearceaful, pune mâna pe frunte. Reflexele osteotendinoase – diminuate, S<D. Redoarea cefei – de 2 degete, semnul Kernig – ușor pozitiv bilateral.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Care pareză mimică este însoțită de ștergerea plicii nazolabiale, cu păstrarea mișcărilor în restul mușchilor mimici ai feței.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 104.

Bolnava N., în vârstă de 54 de ani, s-a adresat după ajutor medical pe motiv de accese de dureri în regiunea dreaptă a feței. Se consideră bolnavă timp de 15 ani. Mai înainte, accesese erau foarte rare; în ultimele 6 luni ele se repetă de câteva ori pe zi. Durerile apar brusc, au un caracter acut de ardere, durează până la 15 secunde. De obicei, accesesele de dureri apar în timpul vorbirii, masticăției, deglutiției, spălării pe față, la atingerea aripii nasului pe dreapta. Durerea debutează în regiunea buzei superioare drepte și se răspândește pe dinții superiori și pe osul zigomatic drept. În timpul paroxismului de dureri se observă spasmul mușchilor mimici ai feței pe dreapta, tegumentele pe hemifața dreapta devin roșii. În perioada fără accese se descoperă durere la palparea regiunii infraorbitale pe dreapta, hiperestezia pielii în regiunea maxilară dreaptă. Reflexele corneene – vii, egale. Funcția altor nervi cranieni este păstrată.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se numesc punctele de pe față, la atingerea cărora se declanșează un acces de durere.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 105.

Bolnava V., în vârstă de 24 de ani, timp de 6 luni are dureri de cap însoțite de vomă. Uneori are zgomote în ureche de tipul „valurile mării”, niște frânturi de fraze. A avut episoade de pierdere a capacității de a înțelege vorbele adresate ei.

În copilărie a suferit de rujeolă.

La internare, starea pacientei este de gravitate medie. Anizocorie S>D. Hemianopsie de tip cadran inferior pe dreapta. Stază papilară sever exprimată la examenul fundului de ochi. E ștearsă plica nazolabială dreaptă, colțul gurii pe dreapta e lăsat în jos. Nu poate mișca globii oculari spre exterior. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta. Vorbirea pacientei conține multe parafazii literale și verbale, schimonosiri grave de cuvinte. Nu întotdeauna înțelege ce i se spune. A pierdut capacitatea de a scrie.

Analiza lichidului cefalorahidian: presiunea – 360 mm H₂O, citoza – 4/3, proteinele – 1,28 g/l.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se numește în terminologia medicală pierderea capacității de a scrie.
- C. Sindromul licvoreean depistat.
- D. Măsurile terapeutice.
- E. Investigațiile complementare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 106.

Bolnavul G., în vârstă de 47 de ani, cu aproximativ 1,5 ani în urmă a simțit dureri de cap, care în ultimul timp sunt însoțite de vome. Periodic, are senzația că simte un miros de arsură, de produse alterate. I-a scăzut acuitatea vizuală, are diplopie, remarcă slăbiciune în mână și picior pe stânga.

Examenul obiectiv: stare de conștiență deplină, fără patologie somatică. TA – 140/80 mm Hg. Pulsul – 50 bătăi pe minut. Olfacția – păstrată. Acuitatea vizuală pentru ochiul drept – 0,2, pentru ochiul stâng – 0,4. Edem al papilei nervului optic drept. Câmpul vizual nu este modificat. Ptoză palpebrală superioară parțială pe dreapta. Anizocorie D>S. Strabism divergent din contul globului ocular drept. Fotoreacțiile directă și asociată pe dreapta lipsesc. Este ștearsă plica nazolabială stângă, colțul stâng al gurii este lăsat în jos. Limba în protruzie deviază spre stânga. În mâna stângă se remarcă un hipertonus muscular, mai ales în mușchii flexori și pronatori, predominant la începutul mișcării. Reflexele osteotendinoase D>S. Semnul Babinski – pozitiv pe stânga.

La finele examenului clinic pacientul a dezvoltat un acces de cefalee cu vomă, apoi a încetat să răspundă la întrebări. Pulsul a devenit de 40 bătăi pe minut, respirația – derivată. S-a instalat pareza privirii în sus.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Din cadrul cărui sindrom fac parte cefaleea, vomismențele, edemul papilei nervului optic.
- C. Cum se numește în terminologia medicală senzația ireală de miros de arsură.
- D. Măsurile terapeutice.
- E. Investigațiile complementare.
- F. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 107.

Bolnavul E., în vârstă de 14 ani, dintr-o localitate rurală, se plânge de accese violente de durere de cap cu vomă, amețeli, uneori cu sincope provocate de modificarea poziției corpului și a capului.

Se consideră bolnav de aproximativ trei luni. În copilărie a suferit de rujeolă, scarlatină, comotie cerebrală.

Examenul obiectiv: pupilele – egale, fotoreacția – păstrată. Sunt diminuate reflexele corneene bilaterale. Nistagmus orizontal și vertical instabil, care apare la o anumită poziționare a capului. Sensibilitatea feței – păstrată. Mușchii mimici sunt simetrici. Deglutiția și fonația sunt obișnuite. Limba – pe linia mediană. Nu este stabil în poziția Romberg. Greșește la îndeplinirea probelor de coordonare, bilateral.

Examenul fundului de ochi relevă ștergerea marginilor papilelor nervilor optici, dilatarea venelor.

Medicul de gardă a fost invitat de urgență pe motiv că bolnavul, la încercarea de a se ridica în picioare, a simțit un acces de vertij, o durere intensă de cap, nu încețază să vomee. Pacientul este palid, transpirație abundentă, pulsul – 40 de bătăi pe minut. Respirația – rară, cu întreruperi. Nistagmus orizontal cu elemente de rotație de amplitudine mare.

Analiza lichidului cefalorahidian a relevat o pleiocitoză limfocitară și prezența eozinofililor.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum pot fi calificate accesele.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 108.

Bolnava D., în vârstă de 26 de ani, pedagog, s-a adresat la medic pe motiv de oboseală în timp ce ia masa: îi este greu să mestece bucatele prăjite și consistente, cu greu înghițe. După o perioadă de vorbire mai îndelungată (explică tema), vocea îi devine nazonată.

Examenul obiectiv obișnuit nu a depistat modificări în statutul neurologic.

În a treia zi de aflare în staționarul neurologic starea pacientei, după ce a urcat la etajul trei, s-a înrăutățit brusc: are dispnee (respirația este superficială, cu o frecvență de 40/min., ritmică). Tegumentele – palide, umede, buzele sunt cianotice. Pulsul – 120 bătăi pe minut, TA – 160/90 mm Hg. Vorbirea – foarte dificilă (nedeslușită, nazonată), nu poate înghiți. Slăbiciune severă în mâini și picioare, predominant în porțiunile distale.

Hipotonie musculară. Reflexele osteotendinoase – diminuate, egale.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum poate fi calificat accesul.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 109.

Dimineața, când s-a trezit din somn, bolnavul R., în vârstă de 28 de ani, a dezvoltat brusc o paraplegie inferioară. În seara precedentă s-a simțit obișnuit, încălcări de regim fizic, alimentar nu a avut. Astfel de accese îl deranjează de la vârsta de 14 ani – la început, unul în 2–3 ani, în anul respectiv deja a avut două. Mișcările în picioare se restabileau în decurs de 2–3 ore. După acces, urina capătă culoarea brun-închis.

Din anamnezic se cunoaște că tatăl pacientului, care a murit de tânăr într-un accident rutier, avea ceva asemănător.

Examenul obiectiv: stare de conștiență deplină. Funcția nervilor cranieni – păstrată. Paraplegie flască inferioară. Reflexele osteotendinoase nu pot fi provocate nici

de pe mâini, nici de pe picioare. Fasciculații nu are. Tulburări de sensibilitate nu are. Îndeplinește corect probele indice-nas și de diadocokinezie.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Prin ce se manifestă fasciculațiile.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 110.

Bolnavul P., în vârstă de 24 de ani, remarcă tulburarea vocii și articulației, care de obicei se instalează treptat în a doua jumătate a zilei, spre seară. Dimineața, vocea este sonoră, vorbirea – clară.

Medicul neurolog, căruia i s-a adresat pacientul, i-a indicat o injecție de prozerină. Peste 30 de minute, bolnavul a devenit palid, a simțit dureri în abdomen, salivă abundentă. TA – 80/40 mm Hg. Pulsul – 42 bătăi pe minut, ritmic, de umplere joasă. Pupilele – înguste, S=D.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum calificați criza.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 111.

Bolnavul S., în vârstă de 31 de ani, inginer, este internat de urgență în spital. Stare de obnubilare. La întrebări răspunde cu întârziere, laconic. Ce s-a întâmplat cu el nu știe. Ține minte doar că mergea spre serviciu și că a avut niște senzații neplăcute în regiunea epigastrală pe dreapta.

Din spusele celor din jur, se știe că și-a pierdut cunoștința, respirația era zgomoasă, avea spume la gură, convulsii în mâini și picioare.

Examenul obiectiv: patologia somatică lipsește. Pulsul – 68 bătăi pe minut. TA – 120/70 mm Hg. Pe marginea stângă a limbii – semnele unei mușcături recente. Semne meningiene, simptomatologie neurologică de focar nu are.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum calificați senzațiile neplăcute în regiunea epigastrală pe dreapta înainte de pierderea cunoștinței.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 112.

Bolnavul M., în vârstă de 42 de ani, lăcătuș, a fost transportat de urgență la spital în stare de comă.

Din spusele soției pacientului, se știe că în urmă cu 5 ani a suferit o contuzie cerebrală într-un accident rutier. S-a tratat timp îndelungat în condiții de staționar. La

opt luni după traumatism, pentru prima dată a avut un acces convulsiv cu pierderea cunoștinței, mușcarea limbii, micțiune involuntară. Asemenea accese se repetă de 2–3 ori pe lună. Pacientul a devenit irascibil, se enervează de la orice fleac, uneori agresiv. În ultima noapte a avut trei accese, la intervale de 10–15 minute. În ambulanță și în secția de internare a mai avut încă patru accese. Toate au decurs stereotipic: respirație zgomotoasă, spume la gură, convulsii tonice și clonice în extremitățile ambelor părți. Pupilele – dilatate, egale, reacția la lumină lipsește. Fără cunoștință.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum calificați criza.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 113.

Bolnavul T., în vârstă de 37 de ani, conducător auto, a fost transportat în secția de internare de la locul de muncă cu diagnosticul „Stare după acces convulsiv”. Pacientul este conștient, ușor obnubilat. La întrebări răspunde cu o ușoară întârziere, adecvat.

Din discuția cu pacientul s-a constatat că în ultimele 6 luni, periodic, a avut stări de furnicăre și amorțire. Încep pe hemifața stângă, apoi „coboară” pe mână, trunchiul corpului și se termină pe piciorul de aceeași parte. Accesul durează nu mai mult de 3–4 minute, se repetă de 2–3 ori pe săptămână. Astăzi, după acces, pentru prima dată a simțit o slăbiciune în mâna stângă.

Examenul obiectiv nu a pus în evidență simptomatologie neurologică de focar.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum calificați crizele.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 114.

Bolnava D., în vârstă de 59 de ani, care de aproximativ 19 ani suferă de diabet zaharat, a avut crize hiperglicemice și hipoglicemice. Ieșea din crize administrându-și suplimentar insulină sau zahăr alimentar. Pacienta își controlează singură glicemia, ignorează examenele medicale.

Medicul a fost invitat de urgență. Examenul obiectiv: e fără cunoștință. Convulsiile tonice generalizate alternează cu frisoane. Respirație frecventă, superficială. Transpirație abundentă. Pupilele – înguste, fotoreacția lipsește. Reflexele osteotendinoase lipsesc. Semnele meningiene, patologice – negative.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum calificați criza.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 115.

Un bărbat în vârstă de 55 de ani, muncitor la un șantier de construcții, se adresează pe motiv de acces de cefalee în regiunea frontală pe dreapta cu caracter „de parcă trece un curent electric și mă frige”. El relatează că în ultima săptămână a avut câte două crize pe zi. Fiecare criză a durat aproximativ o oră. Pacientul a remarcat că în timpul crizei are loc lăcrimarea și înroșirea ochiului drept, precum și o congestie a narinei de aceeași parte. Examenul neurologic depistează semnul Claud Bernard-Horner pe dreapta, ușor exprimat.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Prin ce se manifestă semnul Claud Bernard-Horner.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 116.

Pacienta B., în vârstă de 28 de ani, în ultimele șase luni remarcă dureri de cap localizate în regiunea fronto-parietală pe dreapta, mai frecvent dimineața, uneori cu grețuri și vomă. Câteodată aude niște melodii, care de fapt nu răsună în acel moment.

La examenul oftalmologic a fost detectată o hemianopsie omonimă stângă de cadran superior. Hotarele papilelor nervilor optici sunt șterse.

În urmă cu trei zile, pacienta a avut un acces de durere de cap și vomă, după care a survenit bradicardia și imposibilitatea de a deplasa globii oculari în sus.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se numește în terminologia medicală fenomenul auzirii melodiilor inexistente în acel moment.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 117.

Pacientul A., în vârstă de 48 de ani, în moment ce ridică un obiect greu, a simțit dureri în regiunea lombară a coloanei vertebrale, cu iradiere în piciorul stâng, din care cauză nu se poate ridica în picioare. Durerile se intensifică la tuse și strănut.

Examenul obiectiv: dereglări severe de ortostatism, este ștearsă lordoza lombară, mușchii lungi ai spatelui sunt încordați. Bolnavul nu poate ridica piciorul stâng întins, nu se poate apleca înainte. E dureroasă palparea punctelor paravertebrale în regiunea lombară. Hiperestezie algică în dermatomerele L_5 și S_1 pe stânga. Semnul Lasségue – pozitiv pe stânga. E diminuat reflexul achilian pe stânga.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Variantele tipului segmentar de dereglare a sensibilității.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 118.

O pacientă în vârstă de 62 de ani, pensionară, s-a adresat pe motiv de dureri violente în gât cu iradiere în urechea dreaptă și în dinții mandibulei. Durerile apar sub forma unor paroxisme scurte, de câteva ori pe zi, în timpul mesei sau vorbirii.

Examenul obiectiv: sensibilitatea pe față nu este dereglată, nici în zonele Zelder. Palpația punctelor de urgență a ramurilor nervului trigemen pe față nu este dureroasă. Tonsilele – de dimensiuni obișnuite. Presiunea pe rădăcina limbii a provocat un acces dureros, care a durat 5–7 secunde.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Ce semnifică zonele Zelder.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 119.

Un bărbat în vârstă de 30 de ani, fumător inveterat, se prezintă la medicul de familie, deoarece dimineața soția a observat că fața îi este „strâmbă”. El are senzația că fața pe dreapta este mai mare. În timpul când lua micul dejun, a remarcat că limba pe dreapta nu simte gustul mâncării. În timpul mestecării, conținutul cavității bucale avea tendința să se exteriorizeze în partea dreaptă a cavității bucale.

Examenul neurologic evidențiază o asimetrie a feței cu vectorul asimetriei îndreptat spre stânga. Fanta palpebrală dreaptă e mai mare decât cea stângă. Semnul Bel – pozitiv pe dreapta. Sunetele sonore la urechea dreaptă îi produc senzații neplăcute. Hipersecreție lacrimală pe dreapta.

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Cum se manifestă semnul Bell.
- C. Măsurile terapeutice.
- D. Investigațiile complementare.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

CAZUL NR. 120.

Bolnava S., în vârstă de 15 ani, a fost internată în secția neurologie cu acuze de cefalee difuză persistentă, dureri în regiunea coloanei cervicale, însoțite de vertij, inapetență, astenie generală, scădere ponderală.

Maladia a debutat acut cu aproximativ 3 săptămâni în urmă – prin frisoane, cefalee, manifestări catarale și digestive (grețuri, vomă). Din anamnezic desprindem: cu 2 zile înainte de debutul maladiei, ea s-a aflat la o petrecere în pădure. Intensitatea semnelor descrise varia de la o zi la alta.

Obiectiv, pe suprafața antero-postero-laterală externă a coapsei stângi se distinge un eritem de circa 20 cm în diametru, cu margini indurale, de culoare violet-gălbui-închis. De aceeași parte, în regiunea inghinală, se palpează un nodul limfatic nedureros, de dimensiunile unui bob de mazăre.

Neurologic: dureri la palparea punctelor Walleix pe față, nistagmus la privire spre dreapta. Reflexele osteotendinoase – diminuate, S=D. Redoare occipitală de 3 degete, semnul Kernig – ușor pronunțat bilateral.

Examenul fundului de ochi: edem al marginii superioare a papilei nervului optic, bilateral. CT cerebrală – fără elemente patologice. Examenul lichidului cefalorahidian: slab xantocromic, de transparență deplină, proteine – 1,98 g/l, celule – 290 (limfocite – 88%, neutrofile – 12%).

Indicați:

- A. Diagnosticul prezumtiv.
- B. Unde se palpează punctele Walleix pe față.
- C. Investigațiile complementare.
- D. Măsurile terapeutice.
- E. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

RĂSPUNSURI

Cazul nr. 1.

- A. Tip segmentar. P. 17.
- B. Manevra examenului clinic: aplicarea excitației în direcție cranian-caudală și pe porțiuni simetrice, iar pe extremități – pe perimetru. P. 19.
- C. Ganglionul intervertebral. P. 18.
- D. Zona Zoster. P. 205.
- E. Aciclovir. P. 284.
- F. Nefrolitiază, pielonefrită, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, *tabes dorsalis*. P. 204–206, 339–345.

Cazul nr. 2.

- A. Sensibilitate profundă. P. 17.
- B. Cordoanele medulare posterioare. P. 14.
- C. Cu ajutorul camertonului. P. 17.
- D. Mieloză funiculară, anemie megalocitară. P. 342.
- E. Ciancobalamină (vitamina B₁₂). P. 342.
- F. Tumora medulară, meningiomelita sifilitică, *tabes dorsalis*, neuropatia alimentară. P. 282–300, 334–335, 375–384.

Cazul nr. 3.

- A. Tipul segmentar, varianta siringomielică (comisurală). P. 19.
- B. Cu ajutorul a două eprubete: una – cu apă rece (8–20°C), și alta – cu apă caldă (38–58°C). Examinarea se face comparativ. P. 16.
- C. Comisura medulară anterioară. P. 19.
- D. Siringomielie. P. 455–459.
- E. Tumora medulară, spondiloza cervicală, coastele cervicale (suplimentare) bilaterale, hematomielia, lepra. P. 458.

Cazul nr. 4.

- A. Tipul periferic, varianta polinevritică. P. 18, 229.
- B. Excitația se aplică pe extremități în succesiunea „proximal–distal”. P. 18–19.
- C. Terminațiile nervilor periferici. P. 228.
- D. Poliradiculonevrită infecțioasă Guillain-Barré. P. 228–229.
- E. Bolile gastrointestinale, patologia renală, diabetul zaharat, neuropatiile toxice. P. 337–354.

Cazul nr. 5.

- A. Hipotonie musculară, hipotrofie musculară, hiporeflexie, fasciculații musculare. P. 42.
- B. Informația despre vaccinări, în special contra poliomielitei. P. 521.
- C. Coarnele medulare anterioare. P. 296.
- D. Poliomielite acută anterioară (paralizia spinală infantilă, boala Heine-Medin). P. 295–299.
- E. Potențiale spontane de denervare: fibrilații, fasciculații, unde pozitive ascuțite. P. 163.
- F. Poliradiculonevrita infecțioasă Guillain-Barré, neuropatiile toxice, meningita bacteriană, abcesul epidural. P. 228, 277–282, 337–354, 406.

Cazul nr. 6.

- A. Fotoreacția directă și consensuală este abolită, în timp ce acomodarea pupilară și convergența globilor oculari sunt perfecte. P. 307.
- B. Extremitatea în cauză nu poate fi menținută de pacient în poziție orizontală (înținsă) fără un suport extern. P. 37.
- C. Fasciculațiile sunt contracții ale unor fascicule musculare, care nu duc la deplasări ale segmentelor de membru. Subiectiv, pacienții acuză senzația de „zvâcniri musculare”, „de parcă pe sub piele s-ar mișca ceva” etc. P. 42.
- D. Intumescență cervicală medulară (C_5 – Th_2), predominant pe dreapta. P. 36.
- E. Meningomieliță luetică (sifilitică). P.307.
- F. Antibioterapie. P. 310.
- G. Tumora extramedulară, mieloza funiculară, spondilita tuberculoasă. P. 282–300, 334–335, 375–384.

Cazul nr. 7.

- A. Ataxie senzitivă. P. 20.
- B. Cordoanele medulare posterioare. P. 20.
- C. Neurosifilis, *tabes dorsalis*. P. 308.
- D. Antibioterapie. p.310.
- E. Mieloza funiculară, tumora de *Cauda equina*, mielopatia vasculară cronică, polineuropatia diabetică, neuropatia toxică. P. 282–300, 334–335, 375–384.

Cazul nr. 8.

- A. Conductiv, începând cu nivelul Th_6 , și periferic polineuritic („ciorapi”, „mănuși”). P. 17–20.
- B. Spațiul epidural medular la nivel cervical inferior–toracic mediu. P. 22–24.
- C. Blocaj complet al deplasării substanței de contrast (*stop-contrast*). P. 148, 155.
- D. Absces epidural. P. 378–380.
- E. Intervenție chirurgicală, antibioterapie, corijarea tratamentului antidiabetic. P. 420–423.
- F. Tuberculomul, tumora medulară. P. 406–410.

Cazul nr. 9.

- A. Tip central de tulburări sfinteriene. P. 44.
- B. Măduva spinală toracică inferioară. P. 44.
- C. Tumori ale sistemului nervos central. P. 150–153, 380.
- D. Tumoră spinală intramedulară. P. 375–383.
- E. Scleroza multiplă, mielita transversă, tumora extramedulară, spondilita tuberculoasă. P. 280–282, 304–307, 327–334, 375–383.

Cazul nr. 10.

- A. Hipertonus muscular, hiperreflexie, semne patologice. P. 42.
- B. Prezența nivelului de afectare a sensibilității. P. 20.
- C. Măduva spinării la nivel toracic inferior–lombar superior. P. 44.
- D. Metastază vertebro-medulară, cu sediul primar al procesului neoplazic în prostată. P. 375–383.
- E. Tumora extramedulară, spondilita tuberculoasă, meningita sifilitică. P. 307, 375–383.

Cazul nr. 11.

- A. Epicon medular. P. 379.
- B. Semne de elongație. P. 219.
- C. Tumoră de *Cauda equina*. P. 375–382.
- D. Hernia de disc intervertebral, spondilolistezis, mielita tuberculoasă, tumora localizată în bazin. P. 375–382.

Cazul nr. 12.

- A. Hipertonus muscular, hiperreflexie, semne patologice. P. 42.
- B. Sindrom de leziune medulară în semisección transversală (sindromul Brown-Séquard). P. 377.
- C. Nivel medular Th₅ pe stânga. P. 44–45.
- D. Tumoră extramedulară. P. 375–378.
- E. Meningiomielita tuberculoasă, spondilita tuberculoasă. P. 375–382.

Cazul nr. 13.

- A. Se instalează fenomenul de șoc medular. P. 402.
- B. Retenție acută de urină, necesită sondare (cateterizare) de urgență a vezicii urinare (pericol major de plesnire a vezicii). P. 404.
- C. Înlăturarea compresiunii medulare, care se poate complica prin edem medular ascendent (1), fixarea coloanei vertebrale (2). P. 401–405, 420–423.
- D. Tetraplegie spastico-atrofică. P. 44.

Cazul nr. 14.

- A. Atitudine antalgică. P. 218.
- B. Radiculopatie discogenă S₁ pe stânga. Tulburări de ortostatism. Sindrom algic violent. Pareză distală în debut a talonului piciorului stâng. P. 218–226.
- C. Pareza distală în debut a plantei piciorului, rezultatele examenului prin rezonanță magnetică. P. 226.
- D. Tumora de *Cauda equina*, spondilita tuberculoasă, tumora localizată în bazinul mic, spondilolistezis. P. 218–226.

Cazul nr. 15.

- A. Parestezii. P. 16.
- B. Tipul periferic, varianta polinevritică. P. 18.
- C. Polineuropatie diabetică. Pareză distală, parestezii. P. 228.
- D. Reducerea amplitudinii răspunsului motor (axonopatie), scăderea vitezei de conducere în asocieră cu blocaje de conducere (mielinopatie). P. 162.
- E. Polinevrita infecțioasă, polineuropatia toxică, polineuropatia demielinizantă cronică. P. 226–229.
- F. Corijarea nivelului de glucoză serică (de preferință, sub supravegherea endocrinologului, diabetologului); gabapentin – pentru reducerea paresteziilor; vitamine ale grupei B; acid lipoic – pentru corijarea metabolismului nervilor periferici. P. 340.

Cazul nr. 16.

- A. Tipul periferic, varianta polinevritică. P. 18.
- B. Tetrapareză distală. P. 44, 477.
- C. Amiotrofie neurală ereditară Charcot-Marie-Tooth. P. 477.
- D. Tumora de *Cauda equina*, radiculopatia discogenă, polineuropatia cronică demielinizantă. P. 218, 375–382, 477–485.

Cazul nr. 17.

- A. Pareză. P. 37.
- B. Sindromul neuronului motor periferic. P. 42.
- C. Coarnele medulare anterioare. P. 43.
- D. Mielopatie și multineuropatie motorie saturnină. P. 347.
- E. Complexonii (tetracin, pentacin); medicamente ce stimulează eritropoieza, glucoză, tiamină, preparate anticolinesterazice, masaj, kinetoterapie. P. 347–348.
- F. Neuropatia alimentară, polinevrita infecțioasă. P. 347–354.

Cazul nr. 18.

- A. Distrofie musculară progresivă juvenilă – forma centurilor Erb-Roth. P. 472.
- B. Mușchiul striat (sarcolema fibrelor musculare). P. 472–473.
- C. Analiza sângelui la conținut de kreatinfosfokinază și lactatdehidrogenază, examenul electrocardiografic. P. 472–473.
- D. Potențiale ale unităților motorii cu caracter miogen (amplitudine și durată reduse, rata de polifazie mai mare de 12%). P. 165, 472.
- E. Consultația geneticianului. P. 462.
- F. Tratament simptomatic, sindromal. P. 472–473.
- G. Polineuropatia saturnină, miastenia gravă. P. 347, 472–476.

Cazul nr. 19.

- A. Neuronul motor periferic, cordoanele medulare laterale (tractul cortico-spinal). P. 478.
- B. Sindromul bulbar, sindromul neuronului motor central, sindromul neuronului motor periferic. P. 42, 97, 480.
- C. Boala neuronului motor periferic (scleroză laterală amiotrofică, boala Charcot), formă cu manifestări predominant bulbare. P. 478–480.
- D. Activitate musculară spontană patologică: potențiale de fibrilații, fasciculații, unde pozitive ascuțite. P. 163.
- E. Prognosticul rezervat. P. 480.
- F. Rilusole (riluthek). P. 478–480.
- G. Procesul înlocuitor de spațiu al fosei craniene posterioare, tumora de trunchi cerebral, siringobulbia, hordomul, miastenia, botulismul, meningomiela luetică, platibazia. P. 307, 369–373, 474–476, 454–455, 458.

Cazul nr. 20.

- A. Sindromului pseudobulbar. P. 97.
- B. Flexie reflexă patologică, invincibilă a degetelor mâinii pacientului, declanșată de un stimul tactil mobil pe fața palmară a mâinii. P. 142.
- C. Maladia Alzheimer. P. 191–192.
- D. Tumora cerebrală, sifilisul meningovascular, intoxicația cu plumb, hidrocefalia normotensivă, demența alcoolică, carența de vitamina B₁₂. P. 192–194, 342, 347–348, 354, 357–368.

Cazul nr. 21.

- A. Râs spasmodic (sardonic, forțat). P. 97.
- B. Depunere pericorneană de cupru, de culoare brună-verzuie. P. 469.
- C. Degenerescență hepatocerebrală (degenerescență hepatolenticulară, boala Wilson-Konovalov). P. 468–469.

- D. Ceruloplasmină. P. 468.
- E. Intoxicația provocată de compușii mercurului, boala Parkinson. P. 351, 54, 485–488.
- F. D-penicilamină (cuprenil), preparate de zinc, dietă cu evitarea produselor ce conțin mult cupru. P. 468–469.

Cazul nr. 22.

- A. Mișcare involuntară ritmică, sincronă, în aceeași direcție – verticală sau orizontală – a globilor oculari, depistată prin fixarea privirii spre ciocânașul neurologic sau spre alt obiect, deplasându-l încet spre stânga, spre dreapta, în sus și în jos. P. 61, 89.
- B. Focarele (plăcile) de demielinizare, localizate periventricular, în corpul calos, nervul optic, trunchiul cerebral, măduva cervicală și în zonele de confluență dintre substanța albă și cea cenușie. P. 331.
- C. Scleroză multiplă. P. 328–333.
- D. Evoluție în pusee (recurentă). Evoluție în pusee progresivă (secundar progresivă). Evoluție progresivă (primar progresivă). P. 331.
- E. Meningiomelita sifilitică, meningita tuberculoasă, abcesul cerebral, tumora de unghi ponto-cerebelos, anevrismul de arteră vertebrală, insuficiența vertebro-bazilară, platibazia. P. 347–348, 357–368, 454–455.
- F. Plasmafereză. Tratamente imunosupresiv, imunopatogenic, simptomatic. P. 331–333.

Cazul nr. 23.

- A. Bulbul rahidian. P. 97.
- B. Indice-nas. P. 60.
- C. Siringobulbie. P. 458.
- D. Metoda se bazează pe principiul că în țesuturile organismului există particule încărcate, direcția mișcării cărora poate fi influențată de un câmp magnetic. P. 157.
- E. Tumora de unghi ponto-cerebelos, anevrismul de arteră vertebrală, platibazia, meningita sifilitică. P. 454–455, 458.

Cazul nr. 24.

- A. Mișcări involuntare. P. 52.
- B. Nervul facial. P. 82.
- C. Coree Huntington. P. 488–489.
- D. Patru. Fig. 71, planșa colorată.
- E. Intoxicația cu plumb, morbul Wilson, morbul Parkinson. P. 54, 351, 485–488.

Cazul nr. 25.

- A. Sindromul de hipertensiune intracraniană. P. 358.
- B. Prin proba Weber (mânerul camertonului care vibrează se plasează pe creștetul pacientului examinat) se examinează partea acustică a nervului acustico-vestibular (perechea a VIII-a). P. 89.
- C. Jumătatea feței din partea nervului lezat devine nemișcată, amimică. Pliurile hemifunții și plicile nazolabiale sunt șterse, fanta palpebrală este lărgită. Lagofthalmie. Unghiul gurii pe partea bolnavă se plasează mai jos, în raport cu partea sănătoasă. Manifestare „Charles Bell”. Hipersecreție lacrimală. P. 85.
- D. Abces otogen al lobului temporal stâng. P. 406.
- E. Combinarea proprietății razelor Roentgen de a trece în mod diferit prin țesuturile de diferită densitate și posibilitățile calculatorului de a suma și a analiza rapid informația. P. 156.

- F. Alte procese de volum ale lobului temporal cerebral, meningita de orice etiologie. P. 277–282, 357–353, 406–413.

Cazul nr. 26.

- A. Mișcare involuntară ritmică, sincronă, în aceeași direcție – verticală sau orizontală – a globilor oculari, depistată prin fixarea privirii spre ciocănașul neurologic sau spre alt obiect, deplasându-l încet spre stânga, spre dreapta, în sus și în jos. P. 61, 89.
- B. Pacientul întinde brațele orizontal și realizează rapid mișcări de pronație-supinație a lor (palmele „pe față – pe dos”). P. 61.
- C. Pacientul lipește călcăiele și vârfurile, întinde mâinile în jos și le lipește de trunchiul corpului și coapse, închide ochii. Probe Romberg modificate (sensibilizate): întinde mâinile înainte, pune un picior în fața altuia pe linie dreaptă, stă într-un picior etc. P. 59.
- D. Abces otogen al emisferei cerebeloase drepte. P. 406.
- E. Ambrois și Hounsfield. P. 156.
- F. Alte procese de volum ale fosei craniene posterioare, meningita de orice etiologie. P. 277–282, 357–353, 406–413.

Cazul nr. 27.

- A. Dilatarea pupilei. P. 76.
- B. Senzația pacientului de dublare a marginilor obiectelor pe care le privește. P. 76.
- C. Vitamina B₁. P. 353.
- D. Encefalopatia Gayet-Wernike. P. 352–353.
- E. Meningita sifilitică, meningita tuberculoasă, tromboza sinusului cavernos, anevrismul de poligon Willis, miastenia gravă. P. 246, 265, 280–281, 307, 474.

Cazul nr. 28.

- A. Sindromul Argyll Robertson. p.307.
- B. Laterale și ventriculul trei. P. 156.
- C. Paralizia generală progresivă (demența paralizantă). P.309.
- D. Reacția Wasserman, VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*), TPH (*Treponema pallidum hemaglutinare*) etc. P. 309–310.
- E. Intoxicația cu plumb, neuropatia arsenică, procesele expansive cerebeloase. P. 351, 277–282.

Cazul nr. 29.

- A. Partea afectată a mușchilor mimici ai feței. P. 85.
- B. Semne meningiene. P. 278.
- C. Diminuarea auzului sau surditatea unilaterală este posibilă doar la lezarea sistemului auditiv de recepție, a părții cohleare a nervului VIII și a nucleilor lui.
- D. Crește atât conținutul de proteine, cât și numărul elementelor, celulare, comparativ cu indicii normali. P. 278.
- E. Meningita tuberculoasă bazală. P. 280–281.

Cazul nr. 30.

- A. Oftalmoscopia. P. 73.
- B. Nervul oculomotor (perechea a III-a). P. 73–74.
- C. Nervul optic (perechea a II-a). P. 71.
- D. Nervul trigemen (perechea a V-a), nervul facial (perechea a VII-a), nervul oculomotor comun (perechea a III-a). P. 73, 79, 82.

- E. Meningiom de aripă de os sfenoid. P. 365.
- F. Tromboza de sinus cavernos, tumora de lob cerebral occipital, anevrismul de poligon Willis, hipertirodita, miastenia. P. 246, 265, 341, 367, 474.

Cazul nr. 31.

- A. Convulsii care se „deplasează” în direcție cranian-caudală sau invers, starea de conștiență a pacientului fiind pe deplin păstrată. P. 429.
- B. Hipotonie, hiporeflexie, hipotrofie (depinde de caz) și fasciculații (depinde de caz), manifestări electrofiziologice speciale (reacție de degenerescență musculară, potențiale de fibrilații, potențiale de fasciculații, unde pozitive ascuțite). P. 42, 163.
- C. Din cadrul semnelor patologice, caracteristice pentru o pareză/plegie de tip central. P. 42.
- D. Limitarea mișcărilor active pe motiv de tulburare a funcției sistemului nervos central sau periferic. P. 37.
- E. Metastaze cerebrale de cancer pulmonar. P. 373.
- F. Alte procese intracraniene înlocuitoare de spațiu. P. 277–282, 357–353.

Cazul nr. 32.

- A. Acufene. P. 183–184.
- B. Diapazonul vibrând. P. 89.
- C. Hipoacuzie de percepție. P. 89.
- D. Potențialul evocat auditiv reprezintă răspunsul local înregistrat electrocortical la stimulare periferică auditivă. P. 166.
- E. Tumoră de unghi ponto-cerebelos pe stânga. P. 184.
- F. Meningita tuberculoasă, meningita sifilitică, tumora de gaură mare occipitală, anevrismul, insuficiența vertebro-bazilară, platibazia, boala Ménière. P. 183, 251, 280–281, 369, 454.

Cazul nr. 33.

- A. Oculomotor comun (perechea a III-a). P. 75.
- B. Trigemen (perechea a V-a). P. 79.
- C. Frontal, maxilar (sinusul lui Highmore), sfenoid. P. 154.
- D. Metoda se bazează pe principiul că în țesuturile organismului există particule încărcate, direcția mișcării cărora poate fi influențată de un câmp magnetic. Particula principală încărcată este protonul atomului de hidrogen. Nimerind într-un câmp magnetic, protonii se grupează spre polul nord al magnetului, din care cauză apare un vector magnetic, a cărui amplitudine depinde de densitatea protonilor și de puterea câmpului magnetic. P. 157.
- E. Tumoră de rinofaringe cu invadarea cavității craniene. P. 372.
- F. Meningita luetică, meningita tuberculoasă, meningiomul de os sfenoid, anevrismul de poligon Willis, tromboză de sinus cavernos, miastenia gravă. P. 246, 265, 280, 307, 365, 474.

Cazul nr. 34.

- A. Prin excitarea susținută a pielii plantei pe marginea externă, mergând de la călcâi spre degete, răspunsul fiind extensia degetului mare și desfacerea în evantai a celorlalte degete. P. 41.
- B. Zona motorie a emisferei cerebrale drepte (lobul frontal, aria 4 Brodmann). P. 32.
- C. Metoda combină radiografia de rutină cu reconstruirea digitalizată computerizată, ce oferă imagini multiple bidimensionale ale corpului. P. 156.

- D. Meningiom parasagital. P. 360.
- E. Abcesul parasagital, tromboza de sinus parasagital superior, malformația arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 391, 406.

Cazul nr. 35.

- A. Atac ischemic tranzitor. P. 242.
- B. Paralizia mușchilor mimici din partea opusă focarului ține numai de grupul lor inferior (ștergerea plicii nazolabiale, semnul „paletii” pozitiv). P. 86.
- C. Explorarea este bazată pe principiul Doppler: unghiul de reflecție al undei sonore depinde de viteza mișcării obiectului scanat (eritrocitele). P. 170.
- D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic tromboembolic în sistemul arterei carotide interne drepte. P. 248–259.
- E. Procesele intracraniene înlocuitoare de spațiu, anevrism în poligonul Willis, tromboza arterei carotide comune. P. 246, 248–259, 277–282, 357–353.

Cazul nr. 36.

- A. Se numește *vertij* senzația pe care o are bolnavul: că lumea înconjurătoare se învâрте în jurul lui sau că însuși corpul lui se deplasează în spațiu. P. 181.
- B. Pupilă îngustată. P. 510.
- C. Hipoacuzia de percepție (de natură neurologică) este unilaterală și poate fi însoțită de diverse zgomote, fluierături, foșnete. P. 89.
- D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic în sistemul vertebro-bazilar – tromboză a arterei cerebeloase inferioare stângi. P. 251.
- E. Abcesul cerebelos, tumora de unghi ponto-cerebelos, anevrismul de arteră vertebrală, insuficiența vertebro-bazilară, boala Ménière. P. 183, 251, 369, 406.

Cazul nr. 37.

- A. Motilitatea. P. 32.
- B. Aria 44 Brodmann din lobul frontal dominant. P. 124.
- C. Dacă bolnavul în decubit ventral ține gambele în flexiune, membrul inferior paretic cade înaintea celui normal. P. 37.
- D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic în sistemul arterei carotide interne drepte (tromboză a arterei cerebrale anterioare pe dreapta). P. 251.
- E. Procesele expansive de lob frontal, encefalita, stenoza de arteră carotidă. P. 249, 360, 390, 406.

Cazul nr. 38.

- A. III (oculomotor comun), IV (trohlear), V (trigemen) și VI (abducens). P. 73, 76.
- B. Imposibilitatea mișcării voluntare a globului ocular. P. 75.
- C. Puncția lombară se va practica între vertebrele a 4-a și a 5-a lombare, acolo unde măduva nu poate fi lezată, în caz că se ajunge la cisterna rahidiană. Se va străbate cu acul de puncție ligamentul interspinos, ligamentul galben, apoi, perforând dura mater, se va ajunge la sacul arahnoidian, moment în care vor curge primele picături de lichid. P. 150.
- D. Tromboză septică de sinus cavernos. P. 265.
- E. Encefalopatia Gayet-Wernike, anevrismul de poligon Willis, miastenia gravă. P. 246, 325, 474.

Cazul nr. 39.

- A. Afazia motorie (Broca) se definește prin dezintegrarea fonetică asociată cu reducerea spontaneității verbale. Discursul este încetinit, monoton, silabisit, laconic, emis cu efort. Înțelegerea vorbirii adresate pacientului este păstrată. Eforturile

bolnavului pentru a vorbi și mimica sa denotă prezența conștienței erorilor cu reacții de enervare sau angoasă frecvente. P. 135.

- B. Paralizia mușchilor mimici din partea opusă focarului ține numai de grupul lor inferior (ștergerea plicii nazolabiale, semnul „paletelor” pozitiv). P. 86.
- C. Lobul cerebral frontal stâng, zona motorie. P. 124.
- D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic (tromboză) în sistemul arterei cerebrale medii stângi. P. 251.
- E. Procesele expansive de lob temporal și parietal, stenoza de arteră carotidă internă, encefalita. P. 249, 282, 360, 362, 391, 393, 406.

Cazul nr. 40.

- A. Porțiunea aferentă – nervul optic (perechea a II-a): retina, nervul optic – bandele optice – tuberculii anteriori ai eminentei cvadrigemene (centrul reflex). Porțiunea eferentă: nucleul lakubovici de celule mici al nervului oculomotor comun (perechea a III-a) – nervul oculomotor comun – mușchiul constrictor al pupilei. P. 71.
- B. Hemianopsia omonimă se caracterizează prin pierderea jumătății câmpului vizual (din stânga ori din dreapta) pentru fiecare ochi. Ea apare în cazul lezării tractului optic, a corpului geniculat lateral, a capsulei interne, a fasciculului Gratiolet sau a regiunii calcarine. La lezarea structurilor din dreapta, hemianopsia este prezentă în stânga, și invers. P. 73.
- C. Lobul occipital, regiunea scizurii calcarine. P. 126.
- D. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic tromboembolic în sistemul arterei cerebrale posterioare. P. 251.
- E. Procesele expansive cerebrale, encefalita, malformația arterio-venoasă, insuficiența vertebro-bazilară. P. 282, 367, 369, 391, 393, 406.

Cazul nr. 41.

- A. Edem incipient – edem avansat – stază papilară – atrofia papilei nervului optic. P. 358.
- B. Hipertonus muscular „lamă de briceag”, hiperreflexie, semne patologice pozitive. P. 42.
- C. Dilatarea patologică a pupilei. P. 76.
- D. Hematom cronic subdural parieto-temporal pe stânga. P. 391.
- E. Procesele expansive cerebrale, encefalita, malformația arterio-venoasă, higromul cronic subdural. P. 367, 369, 391, 393, 394, 406.

Cazul nr. 42.

- A. Interval liber (interval „luminos”). P. 391.
- B. Deplasarea structurilor cerebrale medii, preangajarea trunchiului cerebral. P. 392.
- C. Afectarea fibrelor parasimpatice ale nervului oculomotor comun. P. 76.
- D. Hematom epidural acut parietal pe dreapta. P. 391.
- E. Hematomul subdural acut, hematomul intracerebral, fractura înfundată a oaselor craniului. P. 243, 391, 395.

Cazul nr. 43.

- A. Cu camertonul vibrând. P. 89.
- B. Nervul hipoglos (perechea a XII-a). P. 96.
- C. Proba indice-nas. P. 60.
- D. Platibazie. P. 454.

- E. Meningita tuberculoasă, tumora de unghi ponto-cerebelos, tumora din regiunea găurii mari occipitale, anevrismul de arteră vertebrală, insuficiența vertebro-bazilară. P. 246, 251, 278, 369.

Cazul nr. 44.

- A. Maladii neurologice, psihice, cardiovasculare, oftalmologice, ale urechii. P. 181.
B. Acumetria fonică se cercetează pentru fiecare ureche în parte, de la distanța de 6 metri. Pacientul este așezat cu urechea către examinator, cealaltă ureche fiind astupată; examinatorul îi adresează cu voce șoptită diferite cuvinte sau cifre, pe care pacientul trebuie să le repete. P. 88.
C. 0,15 – 0,33 g/l. P. 150.
D. Boala Ménière. P. 183.
E. Meningita luetică, tumora de unghi ponto-cerebelos, anevrismul de arteră vertebrală, insuficiența vertebro-bazilară. P. 251, 307, 369.

Cazul nr. 45.

- A. Sistemul extrapiramidal. P. 46.
B. Mers parkinsonian. P. 65.
C. Unități Hounsfield. P. 156.
D. Boala Parkinson. P. 485.
E. Degenerescența cerebeloasă, atrofia multisistemică, tremorul funcțional, tremorul esențial. P. 481, 507, 513.

Cazul nr. 46.

- A. Migrenă. P. 173.
B. Tratamentul simptomatic (de stopare a accesului): acid acetilsalicilic sau antiinflamatoare nesteroidale, preparatele ergotaminei, triptanele. Tratamentul profilactic. P. 175.
C. Computer tomografie, rezonanță magnetică cerebrală pentru a exclude o maladie neurologică în evoluție. P. 179.
D. Cefaleea tensională, cefaleea cronică cotidiană, cefaleea „în ciorchine”, hemi-crania paroxismală, cefaleele secundare, cefaleea condiționată de hipertensiunea intracraniană. P. 176–181.

Cazul nr. 47.

- A. Gravitare medie. P. 194.
B. Reacții dureroase puternice ce apar la stimulări repetate și persistența durerii chiar și după încetarea stimulării. P. 30.
C. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat și numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. P. 253.
D. Encefalopatie hipertensivă acută. P. 238, 261.
E. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia, CT cerebrală. P. 252.
F. Atacul ischemic tranzitor, accidentul vascular cerebral în evoluție, accidentul constituit. P. 241.

Cazul nr. 48.

- A. Dereglarea articulației vorbirii în sindromul bulbar sau pseudobulbar. P. 97.
B. Palparea și determinarea consistenței și tensiunii mușchiului în repaus. Mișcări pasive în articulații, instruind bolnavul să se afle în stare relaxată. P. 51.

- C. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic în evoluție în sistemul arterei carotide interne drepte. P. 241.
- D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- E. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat și numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. Deciderea necesității tratamentului trombolitic. P. 253, 258.
- F. Atacul ischemic tranzitor, accidentul constituit, ictusul hemoragic. P. 241, 243.

Cazul nr. 49.

- A. Sindrom altern. P. 98.
- B. Atac ischemic tranzitor în sistemul vertebro-bazilar (teritoriul arterei vertebrale drepte). P. 251.
- C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- D. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat și numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. p. 253.
- E. Accidentul vascular cerebral în evoluție, accidentul constituit. P. 241.

Cazul nr. 50.

- A. Hemipareză dreaptă. P. 37.
- B. Parestezie. P. 16.
- C. Boală cerebro-vasculară. Accident vascular cerebral ischemic cardioembolic constituit în sistemul arterei carotidiene interne stângi. P. 251.
- D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- E. Tratamentul tulburărilor de ritm cardiac, cardiotonice, oxigen, monitorizând modificările clinice. Deciderea necesității tratamentului trombolitic. P. 253, 258.
- F. Hemoragia cerebrală, hematoma subdural. P. 243.

Cazul nr. 51.

- A. Semne meningiene. P. 278.
- B. Reflex patologic cauzat de suferința tractului piramidal. P. 41.
- C. Boală cerebro-vasculară. Hemoragie subarahnoidiană, posibil pe motiv de ruptură de anevrism. P. 251.
- D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- E. Tratamentul tulburărilor de ritm cardiac, cardiotonice, oxigen, monitorizând modificările clinice. Deciderea necesității tratamentului chirurgical. P. 253, 258.
- F. Hemoragia cerebrală, hematoma subdural. P. 243.

Cazul nr. 52.

- A. Accident vascular hemoragic. Hematom intraparenchimos. P. 243.
- B. Emisfera cerebrală stângă, sistemul arterei sylviene stângi. P. 244.
- C. În fiecare emisferă a creierului sunt situați centrii responsabili de mișcările concomitente ale capului și globilor oculari în partea opusă. La afectarea unei emisfere predomină influența emisferei opuse. P. 198.
- D. Primară, cauzată de o leziune neurologică. P. 200.
- E. Tensiunea arterială se reduce treptat, până la nivelul prehemoragic. Perfuzia cerebrală se menține la nivel adecvat. Manitol, vitamina K, clorură de calciu, vitamina C. Deciderea necesității tratamentului chirurgical. P. 253, 258.
- F. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- F. Ischemia cerebrală, hemoragia de trunchi cerebral, hematoma subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 53.

- A. Accident vascular hemoragic. Hematom intraparenchimos cu erupere în sistemul ventricular cerebral. P. 243.
- B. Emisfera cerebrală stângă, sistemul arterei sylviene stângi. P. 244.
- C. Perioadele de hiperventilație alternează cu apneea. P. 197.
- D. Coma se definește ca o pierdere prelungită a cunoștinței și vigilenței (stării de veghe), ce se manifestă prin absența răspunsului adaptiv la stimulentele externe sau interne. P. 194.
- E. Rigiditatea prin decerebrare (extensia membrelor superioare și inferioare) indică afectarea rostrală a trunchiului cerebral. P. 198.
- F. Primele gesturi medicale vor fi orientate spre estimarea funcțiilor vitale (respirația, sistemul cardiovascular, temperatura) ale pacientului și reglarea lor imediată până a termina examenul detaliat ulterior. P. 196.
- G. Ischemia cerebrală, hemoragia de trunchi cerebral, hematoma subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 54.

- A. Accident vascular ischemic în sistemul vertebro-bazilar. Sindromul Ménière. P. 182, 251.
- B. Trunchiul cerebral, cerebelul, regiunile din vecinătatea ventriculului al treilea. P. 236.
- C. Diverse zgomote, fluierături, foșnete. P. 89.
- D. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat și numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. Se indică cinnarizină pentru tratamentul vertijului. P. 184, 253.
- E. Ictusul cerebelos, tumorile de fosă craniană posterioară, migrena bazilară. P. 183.

Cazul nr. 55.

- A. Accident vascular ischemic în sistemul arterei cerebrale posterioare. P. 251.
- B. Lobul cerebral occipital și o parte din lobul temporal. P. 236.
- C. Pierderea unilaterală a câmpului vizual (ori din stânga, ori din dreapta). P. 73.
- D. Tratamentul hipertensiunii arteriale treptat și numai cu 10–15%, monitorizând modificările clinice. P. 253.
- E. Ictusul cerebelos, tumorile de fosă craniană posterioară, migrena bazilară. P. 183.

Cazul nr. 56.

- A. Sincopă pe motiv de blocaj atrioventricular (criza sau sindromul Adams-Stokes). P. 336.
- B. Leziune difuză și bilaterală a cortexului cerebral cauzată de hipoxie. P. 194.
- C. Conștiența este orientarea în timp, spațiu și în propria persoană. P. 194.
- D. Tratamentul blocajului atrioventricular, nootropi, oxigenoterapie normotensivă. P. 336.
- E. Criza epileptică, atacul ischemic tranzitoriu, accidentul vascular cerebral. P. 335–336.

Cazul nr. 57.

- A. Hemoragie subarahnoidiană. P. 246.
- B. Pupilele au dimensiuni diferite. P. 76.
- C. Pareză a nervilor cranieni (ex.: III, IV), cefalee moderată sau severă, rigiditate occipitală marcată. P. 248.
- D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- E. Repaus la pat, antalgice, nimodipină, deciderea tratamentului chirurgical. P. 256.
- F. Ictusul cerebelos, tumorile de fosă craniană posterioară, migrena bazilară. P. 183.

Cazul nr. 58.

- A. Migrenă cu aură. P. 174.
- B. Orbirea de origine neurologică. P. 73.
- C. Computer tomografie, rezonanță magnetică cerebrală, pentru a exclude o maladie neurologică în evoluție. P. 179.
- D. Tratamentul simptomatic (de stopare a accesului): acid acetilsalicilic sau antiinflamatoare nesteroidice, preparatele ergotaminei, triptanele. Tratamentul profilactic. P. 175.
- E. Cefaleea tensională, cefaleea cronică cotidiană, cefaleea „în ciorchine”, hemicrania paroxismală, cefaleele secundare, cefaleea condiționată de hipertensiunea intracraniană. P. 176–181.

Cazul nr. 59.

- A. Tromboza sistemului venos central. P. 265.
- B. Mioză, ptoză palpebrală superioară, enoftalmie. P. 510.
- C. Examenul fundului de ochi, computer tomografie, rezonanță magnetică, rahicenteză. P. 179.
- D. Tratamentul are trei obiective: combaterea infecției, a trombozei și a sindromului hipertensiunii intracraniene. P. 265.
- E. Meningitele și meningoencefalitele microbiene, abcesul sau tumoarea cerebrală și hemoragia subarahnoidiană. P. 265.

Cazul nr. 60.

- A. Accident vascular ischemic în sistemul vertebro-bazilar. P. 251
- B. Perechea a IX-a – nervul glosfaringian. P. 91.
- C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glice-

mia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.

- D. Primele măsuri medicale vor fi orientate spre estimarea funcțiilor vitale (respirația, sistemul cardiovascular, temperatura) ale pacientului și reglarea lor imediată, până a termina examenul detaliat ulterior. P. 196.
- E. Ischemia cerebrală, hemoragia de trunchi cerebral, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 61.

- A. Ictus medular cervical, posibil discogen. P. 271.
- B. Dereglarea sensibilității pe suprafața dermatomereleor, care se prezintă sub formă de benzi longitudinale – pentru membre și transversale – pentru trunchiul corpului. P. 19.
- C. Analiza lichidului cefalorahidian, EMG, potențiale evocate, rezonanță magnetică medulară. P. 274.
- D. Măsuri pentru îmbunătățirea circulației sanguine (vasodilatatoare). Înlăturarea procesului de ocluzie, posibil prin intervenție chirurgicală. Diureză forțată cu rehidratare. P. 274.
- E. Mielita, poliomieliita, tumorile medulare, scleroza multiplă. P. 274.

Cazul nr. 62.

- A. Ictus cerebral hemoragic, hemoragie în puntea Varolio. P. 245.
- B. Respirație ritmică frecventă, alternată cu perioade de apnee, cauzată de leziunile protuberanței pontine. P. 197.
- C. Fenomenul „ochi de păpușă” se realizează prin rotația pasivă rapidă a capului pacientului în comă în plan orizontal și vertical. Proba este negativă, dacă ochii rămân nemișcați. P. 198.
- D. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- E. Primele măsuri medicale vor fi orientate spre estimarea funcțiilor vitale (respirația, sistemul cardiovascular, temperatura) ale pacientului și reglarea lor imediată, până a termina examenul detaliat ulterior. P. 196.
- F. Ischemia cerebrală, hemoragia emisferială, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 63.

- A. Ictus cerebral hemoragic, hemoragie în emisfera cerebeloasă stângă. P. 245.
- B. Hiperventilație centrală neurogenă, care este un indicator nefavorabil al comei. P. 197.
- C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- E. Decompresie chirurgicală. P. 256.
- F. Ischemia cerebrală, hemoragia emisferială, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 64.

- A. Ictus cerebral ischemic, tromboembolia arterei bazilare. P. 251.
- B. Tulburare de identificare și de recunoaștere pe cale vizuală a obiectelor și imaginilor. P. 145.
- C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- E. Anticoagulante, aspirină, antihipoxante, nootrope, preparate vasoactive. P. 259–260.
- F. Ischemia cerebrală emisferială, hemoragia emisferială, hematomul subdural. P. 243, 248.

Cazul nr. 65.

- A. Hemoragie subarahnoidiană. P. 246.
- B. Deficit focal mediu, letargie sau confuzie, semne meningiene marcate. P. 248.
- C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- D. Anticoagulante, aspirină, antihipoxante, nootrope, preparate vasoactive, kinetoterapie. P. 259–260.
- E. Ictusul cerebelos, tumorile de fosă craniană posterioară, migrena bazilară. P. 183.

Cazul nr. 66.

- A. Accident vascular cerebral ischemic cauzat de ocluzia arterei carotide comune stângi. P. 246.
- B. Apraxia ideatorie se manifestă în cadrul utilizării obiectelor în acțiuni simple (utilizarea unui creion, aprinderea unui chibrit) sau în acțiuni mai complexe (a face un plic, a aprinde o lumânare). P. 139.
- C. Electrocardiograma, radiografia cutiei toracice, hemoleucograma, numărul de trombocite, timpul protrombinic, timpul parțial tromboplastinic, ionograma, glicemia. Examenul ultrasonografic Doppler al vaselor cervico-cerebrale, CT cerebrală, examenul fundului de ochi, puncție lombară, RM cerebrală, angiografie cerebrală. P. 252, 255.
- D. Anticoagulante, aspirină, antihipoxante, nootropi, preparate vasoactive, kinetoterapie. P. 259–260.
- E. Procesele expansive cerebrale, encefalita, malformația arterio-venoasă, higromul cronic subdural. P. 367, 369, 391, 393, 394, 406.

Cazul nr. 67.

- A. Ictus medular vertebrogen în sistemul arterei radiculomedulare Adamkiewicz. P. 271.
- B. Măduva spinală mai jos de nivelul Th₄, posibil în întregime. P. 267.
- C. Analiza lichidului cefalorahidian, EMG, potențiale evocate, rezonanță magnetică medulară. P. 274.

- D. Măsurile de îmbunătățire a circulației sanguine (vasodilatatoare). Înlăturarea procesului de ocluzie, posibil prin intervenție chirurgicală. Diureză forțată cu rehidratare. P. 274.
- E. Mielita, poliomielite, tumorile medulare, scleroza multiplă. P. 274.

Cazul nr. 68.

- A. Traumatism craniocerebral – comotie cerebrală. Hematom subdural de fosă craniană posterioară. P. 271.
- B. Amnezie retrogradă. P. 141.
- C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 399.
- D. Regim la pat, tratament sedativ. Tratament chirurgical. P. 399.
- E. Contuzia cerebrală, sindroamele de compresiune cerebrală traumatică, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 69.

- A. Traumatism craniocerebral – comotie cerebrală. P. 271.
- B. La mișcarea globilor oculari apar senzații neplăcute asemănătoare cu dereglările vestibulare. În același timp, apare durerea în globii oculari. P. 387.
- C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 399.
- D. Regim la pat, tratament sedativ. P. 399.
- E. Contuzia cerebrală, sindroamele de compresiune cerebrală traumatică, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 70.

- A. Traumatism craniocerebral – contuzie cerebrală medie-gravă. Hematom subdural. P. 388–390.
- B. Deschiderea ochilor O1 – răspuns absent, răspuns verbal V1 – absent, răspuns motor M1 – absent; stare de conștiență abolită total. P. 197.
- C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 399.
- D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, prevenirea dereglărilor trofice, tratamentul plăgilor țesuturilor moi; la indicație – tratament operator neurochirurgical. P. 399.
- E. Sindroamele de compresiune cerebrală traumatică, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 71.

- A. Traumatism craniocerebral – hematom epidural. P. 391.
- B. Regiunea fronto-temporală stângă. P. 396.
- C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală. P. 399.
- D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, terapie anticonvulsivă, tratamentul plăgilor țesuturilor moi; la indicație – tratament operator neurochirurgical. P. 399.
- E. Contuzia de trunchi cerebral, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 72.

- A. Traumatism craniocerebral – contuzie cerebrală medie. P. 388.
- B. $O4+V3+M4=11$. Obnubilare (sopor, stupoare). P. 197.
- C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală. P. 399.
- D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor țesuturilor moi; la indicație – tratament operator neurochirurgical. P. 399.
- E. Contuzia de trunchi cerebral, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 73.

- A. Traumatism craniocerebral – hematom subdural subacut fronto-parietal pe dreapta. P. 392.
- B. Semne meningiene pozitive (redoarea cefei, semnele Brudzinski superior, mediu, inferior, Kernig, Weiss-Edelmann, Bechterew, Mendel etc.). P. 278.
- C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală. P. 399.
- D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor țesuturilor moi; la indicație – tratament operator neurochirurgical. P. 399.
- E. Contuzia de trunchi cerebral, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 74.

- A. Traumatism craniocerebral – comoție cerebrală, hemoragie subarahnoidiană posttraumatică. P. 392.
- B. La rotirea globilor oculari apar dereglări de statică – bolnavul nu poate sta și cade. P. 387.
- C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, puncție lombară. P. 399.
- D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor țesuturilor moi, nimodipină; la indicație – antibioterapie. P. 399.
- E. Contuzia de trunchi cerebral, hematomul subdural, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 75.

- A. Traumatism craniocerebral – comoție cerebrală, hematom subdural de fosă craniană posterioară. P. 392.
- B. $O3+V3+M4=10$. Obnubilare (sopor, stupoare). P. 387.
- C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, puncție lombară. P. 399.
- D. Tratamentul chirurgical de urgență. P. 394.
- E. Contuzia de trunchi cerebral, hematomul subdural, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 76.

- A. Traumatism craniocerebral (comoție cerebrală) și vertebro-medular – contuzie medulară la nivel cervical. P. 392, 403.
- B. Transportare în decubit dorsal pe o saltea moale, aplicată pe un suport dur, cu capul fixat. P. 404.

- C. Conductiv. P. 17.
- D. Craniografia simplă, ecoencefalografia, radiografia regiunilor cervicală și toracală ale coloanei vertebrale, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, puncție lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
- E. Tratamentul edemului cerebral și medular (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor țesuturilor moi, antibioterapie; la indicație – tratament chirurgical de urgență. P. 394, 399, 404.
- F. Contuzia de trunchi cerebral, compresiunea medulară acută. P. 387–402.

Cazul nr. 77.

- A. Traumatism vertebro-medular – compresiune medulară la nivel toraco-lombar. P. 401.
- B. Paraplegie flască inferioară. P. 42.
- C. Tulburări sfinceriene de tip central. P. 42.
- D. Craniografia simplă, ecoencefalografia, radiografia regiunilor toracală și lombară ale coloanei vertebrale, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, puncție lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
- E. Sondarea vezicii urinare, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), ventilație pulmonară optimă, oxigenoterapia; combaterea hipertermiei, tratamentul plăgilor țesuturilor moi, antibioterapie, profilaxia escarelor; la indicație – tratament chirurgical de urgență. P. 394, 399, 404.
- F. Comoția medulară, contuzia medulară, dilacerarea medulară. P. 402.

Cazul nr. 78.

- A. Traumatism craniocerebral – comoție cerebrală. P. 271.
- B. Simptomul Sedan – la citire apare strabismul divergent, adică se dereglează convergența și apare o diplopie. P. 387.
- C. Craniografia simplă, ecoencefalografia, examenul fundului de ochi, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 399.
- D. Regim la pat, tratament sedativ. P. 399.
- E. Contuzia cerebrală, sindroamele de compresiune cerebrală traumatică, traumatismul craniocerebral deschis. P. 387–396.

Cazul nr. 79.

- A. Traumatism vertebro-medular – lezare medulară la nivel toraco-lombar. P. 401.
- B. Segmentele medulare Th₉–Th₁₀ pe dreapta. P. 42.
- C. Sindrom Brown-Séquard (lezare medulară în semisecțiune transversală). P. 20, 403.
- D. Radiografia regiunilor toracală și lombară ale coloanei vertebrale, CT mielografia, puncție lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
- E. Tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), tratamentul plăgilor țesuturilor moi, antibioterapie, profilaxia escarelor; la indicație – tratament chirurgical de urgență. P. 399, 404.
- F. Comoția medulară, contuzia medulară, dilacerarea medulară. P. 402.

Cazul nr. 80.

- A. Traumatism vertebro-medular – compresiune medulară acută la nivel cervical. P. 402.
- B. Segmentele medulare C₃–C₄. P. 20, 42.

- C. Tetrapareză: severă în picioare, moderată în mâini. P. 42.
- D. Radiografia regiunilor cervicală și toracală ale coloanei vertebrale, CT mielografia, puncție lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
- E. Tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon); la indicație – tratament chirurgical de urgență. P. 399, 404.
- F. Comoția medulară, contuzia medulară, dilacerarea medulară. P. 402.

Cazul nr. 81.

- A. Traumatism vertebro-medular – compresiune medulară acută la nivel cervical. P. 402.
- B. Nivelul cervical superior-mediu. P. 20, 42.
- C. Mișcări voluntare ce permit ridicarea membrului paretic. P. 37.
- D. Radiografia regiunilor cervicală și toracală ale coloanei vertebrale, CT mielografia, puncție lombară, RM vertebro-medulară. P. 399, 401.
- E. Tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon); la indicație – tratament chirurgical de urgență. P. 399, 404.
- F. Comoția medulară, contuzia medulară, dilacerarea medulară. P. 402.

Cazul nr. 82.

- A. Mielită transversă secundară, posibil bacteriană. P. 304.
- B. Segmentele medulare Th₂–Th₄. P. 20, 42.
- C. Conductiv. P. 20.
- D. Radiografia regiunilor toracală și lombară ale coloanei vertebrale, puncția lombară, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, RM vertebro-medulară. P. 306.
- E. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), controlul funcțiilor de micțiune și defecație, profilaxia escarelor. P. 306.
- F. Epidurita supurativă, poliomielite, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, arahnoidita spinală, meningomielita, paraplegia spastică Strümpell. P. 402.

Cazul nr. 83.

- A. Poliomielite acută anterioară (paralizia medulară infantilă, Boala Heine-Medin). P. 295.
- B. Coarnele medulare anterioare, mai ales la nivelul intumescențelor cervicală și lombară. P. 296.
- C. Analiza lichidului cefalorahidian, teste serologice, izolarea virusului, RMN a măduvei spinării. P. 298–299.
- D. Izolarea în spital timp de 6 săptămâni. Repaus absolut fizic și psihic. Analgezice, vitamina C, comprese umede și calde pe regiunile dureroase. În caz de insuficiență respiratorie – respirație asistată. În perioada de regresare – program de recuperare. P. 299.
- E. Mielitele cu virusul Coxsackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 299.

Cazul nr. 84.

- A. Poliradiculonevrită acută infecțioasă de tip Guillain-Barré. P. 228.
- B. Rădăcinile rahidiene, nervii periferici. P. 228.
- C. Creșterea conținutului de proteine în analiza lichidului cefalorahidian, în timp ce numărul de elemente celulare rămâne neschimbat, comparativ cu indicii normali. P. 152, 229.

- D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, radiografia pulmonară, ECG, examenul electromiografic de stimulodectecție. P. 162, 229.
- E. Terapie antiinflamatoare nespecifică, corticosteroizi, diureză forțată, plasmafereza. P. 229.
- F. Mielita transversă supurativă, polinevritele de altă etiologie, mielitele cu virusul Cocksackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 226, 299, 304.

Cazul nr. 85.

- A. Meningită acută purulentă (septică), posibil secundară. P. 278.
- B. Tunicile cerebrale (arahnoida și pia mater). P. 279.
- C. Meningismul este o stare patologică în care primele două compartimente ale triadei meningitice (semne și simptome generale de infecție, sindromul meningian sunt pozitive), lichidul cefalorahidian rămânând normal sau modificându-se în alt mod decât cel meningitic. P. 278.
- D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, analiza sângelui la HIV infecție, radiografia pulmonară, ECG. P. 279.
- E. Antibioterapie și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic și a preveni edemul cerebral și alte complicații posibile. P. 279.
- F. Meningitele de altă etiologie, hemoragia subarahnoidiană. P. 246, 277–282.

Cazul nr. 86.

- A. Mielită transversă secundară, posibil bacteriană. P. 304.
- B. Măduva spinării la nivel toracic inferior, lombar superior. P. 20, 42.
- C. Reflexul Babinski pozitiv: la excitarea cu acul a marginii externe a plantei, se produce extensia halucelui, celelalte degete flexându-se și răsfrându-se „în evantai”. P. 41.
- D. Radiografia regiunilor toracală și lombară ale coloanei vertebrale, puncția lombară, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, RM vertebro-medulară. P. 306.
- E. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), controlul funcțiilor de micțiune și defecație, profilaxia escarelor. P. 306.
- F. Epidurita supurativă, poliomielița, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, arahnoidita spinală, meningomielița, paraplegia spastică Strümpell. P. 402.

Cazul nr. 87.

- A. Meningită acută purulentă (septică), posibil secundară. P. 278.
- B. Tunicile cerebrale (arahnoida și pia mater). P. 279.
- C. Semne meningiene. P. 278.
- D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, analiza sângelui la HIV infecție, radiografia pulmonară, ECG. P. 279.
- E. Antibioterapie și tratament sindromal, direcționat spre susținerea echilibrului hidro-electrolitic, prevenirea edemului cerebral și a altor complicații posibile. P. 279.
- F. Meningitele de altă etiologie, hemoragia subarahnoidiană. P. 246, 277–282.

Cazul nr. 88.

- A. Mielopoliradiculonevrită acută infecțioasă de tip Guillain-Barré, varianta ascendentă (Landry). P. 228.

- B. Rădăcinile rahidiene, nervii periferici, nervii cranieni. P. 228.
- C. Sindromului bulbar. P. 97.
- D. Prezența nivelului de suferință a sensibilității pe tegumente, care însoțește de obicei o paraplegie sau tetraplegie. P. 20.
- E. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, radiografia pulmonară, ECG, examenul electromiografic de stimulodectecție. P. 162, 229.
- F. Terapie antiinflamatoare nespecifică, corticosteroizi, diureză forțată, plasmafereza. P. 229.
- G. Mielita transversă supurativă, polinevritele de altă etiologie, mielitele cu virusul Cocksackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 226, 299, 304.

Cazul nr. 89.

- A. Poliradiculonevrită acută infecțioasă de tip Guillain-Barré, varianta ascendentă (Landry). P. 228.
- B. Rădăcinile rahidiene, nervii periferici, nervii cranieni. P. 228.
- C. Semne de elongație a nervilor periferici. P. 97.
- D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, radiografia pulmonară, ECG, examenul electromiografic de stimulodectecție. P. 162, 229.
- E. Terapie antiinflamatoare nespecifică, corticosteroizi, diureză forțată, plasmafereza. P. 229.
- F. Mielita transversă supurativă, polinevritele de altă etiologie, mielitele cu virusul Cocksackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 226, 299, 304.

Cazul nr. 90.

- A. Boala Devic (opticomielită). P. 328.
- B. Căile vizuale anterioare. P. 328.
- C. Dereglare insulară (care nu comunică cu hotarele externe) a integrității câmpului vizual. P. 72–73.
- D. Oftalmoscopul. P. 331.
- E. Terapie antiinflamatoare nespecifică, corticosteroizi (eventual – puls-terapie), diureză forțată, plasmafereză. P. 331–333.
- F. Mielita transversă supurativă, polinevritele de altă etiologie, mielitele cu virusul Cocksackie, alte enterovirusuri sau echovirusuri. P. 226, 299, 304.

Cazul nr. 91.

- A. Mielită transversă secundară în evoluție ascendentă, posibil bacteriană. P. 304.
- B. Măduva spinării la nivel lombar, toracic, cervical. P. 20, 42.
- C. Limitarea mișcărilor active (voluntare) în mâini și picioare. P. 37, p. 306.
- D. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), controlul funcțiilor de micțiune și defecație, profilaxia escarelor. P. 306.
- E. Epidurita supurativă, poliomielița, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, arahnoidita spinală, meningomielita, paraplegia spastică Strümpell. P. 402.

Cazul nr. 92.

- A. Encefalită de origine virală, posibil gripală. P. 284.
- B. Trunchiul cerebral. P. 284.
- C. Bolnavul culcat pe spate ridică un picior la 90° în articulație coxofemurală, apoi, cu călcâiul aceluiași picior, atinge genunchiul celuilalt picior și coboară cu el pe creasta tibială până la planta piciorului. P. 60–61.

- D. Protecție celulară nespecifică (interferon), combaterea edemului (manitol, cliceol, furosemid, diacarb). Gama-globulină, remantadin, desensibilizant, dicenon, acid ascorbinic. P. 284.
- E. Encefalita herpetică, encefalita reumatică, encefalitele asociate cu o infecție virală a copilăriei, encefalitele asociate cu o imunizare. P. 282, 284, 287, 288.

Cazul nr. 93.

- A. Tromboză septică bilaterală de sinus cavernos, mai accentuată pe dreapta. P. 265.
- B. Nervii III, IV și VI pe dreapta, nervul II pe stânga, nervul V bilateral. P. 73, 76, 79.
- C. Examinarea reflexului cornean se efectuează prin atingerea corneei cu o bucă-țică de vată. Reacția de răspuns: închiderea ochilor (arcul reflex trece prin nervii V și VII). P. 81.
- D. CT cerebrală cu sau fără contrast, RM cerebrală, puncție lombară cu însămân-țarea lichidului cefalorahidian, hemocultura, radiografia pulmonară. P. 265.
- E. Antibioterapie, anticoagulante (cu prudență), tratamentul sindromului de hiper-tensiune intracraniană (corticosteroizi, osmodiuretice). P. 265.
- F. Meningitele și meningoencefalitele microbiene și virale, tumoarea cerebrală, he-moragia subarahnoidiană. P. 265.

Cazul nr. 94.

- A. Encefalită secundară? Abces cerebral? P. 282, 406.
- B. Fosa craniană posterioară (trunchiul cerebral, cerebelul). P. 282, 406.
- C. Bolnavul simte mult mai intens excitația dureroasă decât este ea în mod obișnu-it. P. 15.
- D. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului cerebral (manitol, furose-mid, dexametazon) și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-elec-trolitic și a preveni alte complicații posibile. Tratament chirurgical. P. 284, 406.
- E. Encefalita herpetică, encefalita reumatică, encefalitele asociate cu o infecție vi-rală a copilăriei, encefalitele asociate cu o imunizare. P. 282, 284, 287, 288.

Cazul nr. 95.

- A. Encefalită septică (bacteriană). P. 282.
- B. În bacteriemia fulgerătoare se instalează rapid o stare de șoc bacterian, numită *sindrom Waterhouse-Friderichsen*, cu paloare, cianoză, tahicardie, hipotensiu-ne, urmate rapid de obnubilare, agitație și comă. P. 279.
- C. Sindrom licvoreean meningitic. P. 152.
- D. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului cerebral (manitol, furose-mid, dexametazon) și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic și a preveni alte complicații posibile. În cazul indicațiilor prezente – tratament chirurgical. P. 284, 406.
- E. Encefalita herpetică, encefalita reumatică, encefalitele asociate cu o infecție vi-rală a copilăriei, encefalitele asociate cu o imunizare. P. 282, 284, 287, 288.

Cazul nr. 96.

- A. Intoxicație cu oxid de carbon. P. 349.
- B. Coma este secundară (toxică). P. 200.
- C. Respirație artificială, inhalație de oxigen cu sau fără CO₂ (4–5%), analeptice, glucoză cu acid ascorbinic, vitamina B₁, corticosteroizi. Oxibaroterapie. P. 349.
- D. CT cerebrală, RM cerebrală, puncție lombară, EEG. P. 350.
- E. Encefalita herpetică, alte intoxicații, alte come primare și secundare. P. 200, 282, 349–352.

Cazul nr. 97.

- A. Meningită tuberculoasă bazală. P. 280.
- B. Nervul oculomotor comun stâng (perechea a III-a). P. 73.
- C. Trei sau patru medicamente antituberculoase (izoniazid, rifampicină, pirazinamidă, streptomycină), piridoxină. P. 278.
- D. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, analiza sângelui la HIV infecție, radiografia pulmonară, ECG. P. 279.
- E. Meningitele de altă etiologie, hemoragia subarahnoidiană. P. 246, 277–282.

Cazul nr. 98.

- A. Mielită transversă, posibil bacteriană. P. 304.
- B. Măduva spinării la nivel toracic. P. 20, 42.
- C. Hipertonus muscular „lamă de briceag”, hiperreflexie, semne patologice clonusul pateleii și talonului piciorului. P. 42.
- D. Antibioterapie, desensibilizante, tratamentul edemului medular (manitol, furosemid, dexametazon), controlul funcțiilor de micțiune și defecație, profilaxia escarelor. P. 306.
- E. Epidurita supurativă, poliomiелita, tumora medulară, spondilita tuberculoasă, arahnoidita spinală, meningomielita, paraplegia spastică Strümpell. P. 402.

Cazul nr. 99.

- A. Encefalită reumatică (coreea Sydenham). P. 284.
- B. Hiperkineze coreice. P. 53, 285.
- C. Regim la pat, izolarea și luarea măsurilor de protecție contra loviturilor. Nutriție variată și bogată în vitamine și proteine. Tratament etiologic antireumatismal. Tranchilizante. P. 286.
- D. Analiza generală a sângelui, examenul biochimic al sângelui la antistreptolizine, analiza lichidului cefalorahidian, electroencefalografia, RM cerebrală. P. 286.
- E. Afecțiunile însoțite de mișcări involuntare: encefalopatii infantile, forma juvenilă a coreei Huntington, neuroza mișcărilor obsesive, tireotoxicoza etc. P. 286.

Cazul nr. 100.

- A. Scleroză multiplă. P. 328.
- B. Pacientul se află în decubit dorsal. Cu un obiect ascuțit, dar care nu zgârie (vârful mânerului ciocănașului neurologic) se va excita pielea abdomenului de la exterior spre interior: pentru reflexele abdominale superioare la nivelul rebordului costal, medii – la nivelul ombilicului, inferioare – paralel cu plica inghinală, ceea ce, în mod normal, conduce la contractarea mușchilor abdomenului. P. 40.
- C. Puls-terapie cu metilprednisolon, tratament sindromal, apoi cu interferoane. P. 331–333.
- D. Examenul fundului de ochi; potențiale evocate vizuale, somestezice, motorii; examen prin rezonanță magnetică cerebrală. P. 331.
- E. Encefalită herpetică, encefalita reumatică, encefalitele asociate cu o infecție virală a copilăriei, encefalitele asociate cu o imunizare, procese neoplazice cerebrale. P. 282, 284, 287, 288, 357.

Cazul nr. 101.

- A. Criză isterică. P. 517.
- B. Rezistență activă la examinare (*gegenhalter*). P. 518.

- C. Antidepresive asociate cu neuroleptice, tratament psihanalitic și psihoterapeutic. P. 519.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG. P. 518.
- E. Nevroza obsesiv-compulsivă, crizele epileptice. P. 518.

Cazul nr. 102.

- A. Disfuncție vegetativă hipotalamică. P. 503.
- B. Crize vegetative (atacuri de panică). P. 498.
- C. Antidepresive, benzodiazepine, beta-adrenoblocante. Psihoterapie. P. 498–499.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG. CT cerebrală, RM cerebrală (opțional). P. 498–512.
- E. Nevroza obsesiv-compulsivă, crizele epileptice, sindromul de hiperventilație, distonia neuro-vegetativă de stres, distonia neuro-vegetativă constituțională. P. 499–503.

Cazul nr. 103.

- A. Stare de rău epileptic. Epilepsie criptogenă. P. 503.
- B. De tip central. Dacă este lezată calea corticonucleară spre nucleul nervului facial, paralizia mușchilor mimici din partea opusă focarului ține numai de grupul lor inferior. P. 86.
- C. Evitarea traumatizării pacientului în timpul convulsiilor. Diazepam, clonazepam, glucoză, tiamină, phenytoină. Anestezie generală. P. 433.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG, puncție lombară. CT cerebrală, RM cerebrală. P. 498–512.
- E. Criza de decorticare sau decerebrare, coma metabolică, stările pseudocomatoase, atacul de panică, criza isterică. P. 198–200, 498, 518.

Cazul nr. 104.

- A. Nevralgie de trigemen esențială. P. 232.
- B. Zone declanșatoare (*trigger zone*). P. 233.
- C. Carbamazepină (tegretol, finlepsin, timonil). Blocade cu novocaină, alcoolizarea nervului. Amitriptilină, intervenția neurochirurgicală Janeta (opțional). P. 233.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 154.
- E. Criza de nevralgie de trigemen secundară, nevralgia glosfaringiană. P. 233.

Cazul nr. 105.

- A. Tumoră de lob temporal stâng. P. 365.
- B. Agrafie. P. 144.
- C. Disociație proteico-celulară. P. 152.
- D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon) și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic și a preveni alte complicații posibile. Tratamentul chirurgical. P. 374.
- E. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 373.
- F. Abcesul cerebral, tromboza de sinus parasagital superior, malformația arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 391, 406.

Cazul nr. 106.

- A. Tumoră de lob temporal drept. P. 365.
- B. Sindromul de hipertensiune intracraniană. P. 357.
- C. Halucinație olfactivă. P. 70.

- D. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon) și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic și a preveni alte complicații posibile. Tratament chirurgical. P. 374.
- E. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 373.
- F. Abscesul cerebral, tromboza de sinus parasagital superior, malformația arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 391, 406.

Cazul nr. 107.

- A. Cisticerc de ventricul IV. P. 411.
- B. Crize oculuzive pe fundalul sindromului de hipertensiune intracraniană. P. 357.
- C. Conservator: biltricid (praziconel). Chirurgical: excizia parazitului. P. 412.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 373.
- E. Tumora de fosă craniană posterioară, abscesul cerebral, tromboza de sinus parasagital superior, malformația arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 369, 391, 406.

Cazul nr. 108.

- A. Miastenia gravă. P. 474.
- B. Criză miastenică. P. 476.
- C. Tratamentul crizei: respirație asistată, anticolinesterazice, corticosteroizi, plasmafereză. În afara crizelor: corticosteroizi în doză de susținere; azotioprină; timomectomie (în cazul când este diagnosticată). P. 475.
- D. Testul seric la anticorpi anticolinesterazici, proba cu prozerină, examenul electromiografic, CT mediastinului (timom?). P. 475.
- E. Distrofia musculară progresivă, miotonia, sindromul miastenic Lambert-Eaton, tireotxicoza, criza vegetativă. P. 340, 472, 473, 475, 498.

Cazul nr. 109.

- A. Mioplegie paroxismală Westfall. P. 469.
- B. Fasciculațiile sunt contracții ale unor fascicule musculare, care nu duc la deplasări ale segmentelor de membru. Subiectiv, pacienții acuză senzația de „zvâcniri musculare”, „de parcă pe sub piele s-ar mișca ceva” etc. P. 42.
- C. Administrarea de sodiu are o influență favorabilă. P. 470.
- D. Ionograma, examenul electromiografic, consultul genetic. P. 469.
- E. Distrofia musculară progresivă, miotonia, miastenia gravă, sindromul miastenic Lambert-Eaton, tireotxicoza, criza vegetativă. P. 340, 472, 473, 474, 475, 498.

Cazul nr. 110.

- A. Miastenia gravă. P. 474.
- B. Criză hipercolinesterazică. P. 476.
- C. Tratamentul crizei hipercolinesterazice: atropină. Tratamentul miasteniei: corticosteroizi în doză de susținere; azotioprină; timomectomie (în cazul când este diagnosticată). P. 475.
- D. Testul seric la anticorpi anticolinesterazici, proba cu prozerină, examenul electromiografic, CT mediastinului (timom?). P. 475.
- E. Distrofia musculară progresivă, miotonia, sindromul miastenic Lambert-Eaton, tireotxicoza, criza vegetativă. P. 340, 472, 473, 475, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504.

Cazul nr. 111.

- A. Stare după criză epileptică tonico-clonică generalizată (*grand mal*). Epilepsie de lob temporal? P. 430.
- B. Aură, caracteristică epilepsiei lobului temporal, care în circa 80–90% din cazuri este epigastrală. P. 86.
- C. Diazepam – 10 mg i/v, i/m sau intrarectal, pentru prevenirea crizelor ulterioare. Supraveghere medicală. P. 433.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 431.
- E. Atacul de panică, sincopa, criza isterică. P. 498, 518.

Cazul nr. 112.

- A. Epilepsie simptomatică cu crize tonico-clonice generalizate frecvente. P. 503.
- B. Stare de rău epileptic. P. 432.
- C. Evitarea traumatizării pacientului în timpul convulsiilor. Diazepam, clonazepam, glucoză, tiamină, phenytoină. Anestezie generală. P. 433.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG, puncție lombară, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 498–512.
- E. Criza de decorticare sau decerebrare, coma metabolică, stările pseudocomatoase, atacul de panică, criza isterică. P. 198–200, 498, 518.

Cazul nr. 113.

- A. Epilepsie criptogenă? Epilepsie simptomatică? P. 429.
- B. Crize parțiale simple somato-senzoriale (crize jacksoniene senzitive în hemicorpul stâng cu debut pe față). P. 428.
- C. Diazepam 10 mg i/v, i/m sau intrarectal, pentru prevenirea crizelor ulterioare. Supraveghere medicală. P. 433.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 431.
- E. Atacul de panică, sincopa, criza isterică. P. 498, 518.

Cazul nr. 114.

- A. Diabet zaharat. Encefalopatie diabetică. P. 340.
- B. Comă hipoglicemică. P. 202.
- C. Glucoză. Tiamină. Oxigenoterapie. P. 200, 433.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG, puncție lombară, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 195–199.
- E. Criza de decorticare sau decerebrare, altă comă neurogenă sau metabolică, stările pseudocomatoase, atacul de panică, criza isterică. P. 198–200, 498, 518.

Cazul nr. 115.

- A. Cefalee „în ciorchine” (cluster). P. 178.
- B. Mioză, ptoză palpebrală superioară, enoftalmie. P. 510.
- C. Tratamentul atacului dureros se face cu ajutorul dihidroergotaminei (spray nazal), triptanelor, inhalatei oxigenului pur timp de 10 minute. În tratamentul profilactic litiul carbonat ocupă un loc important. Mai sunt indicați și antagoniștii ionilor de calciu (nimotop, verapamil, izoptin). P. 178.
- D. Examenul fundului de ochi, computer tomografie, rezonanță magnetică, pentru a exclude o maladie neurologică în evoluție. P. 179.
- E. Migrena, cefaleea tensională, hemicrania paroxismală, cefaleea condiționată de hipertensiunea intracraniană, cefaleea posttraumatică, alte cefalee secundare. P. 173, 176, 178, 179–180.

Cazul nr. 116.

- A. Tumoră de lob temporal drept. P. 365.
- B. Halucinații auditive complexe. P. 145, 366.
- C. Tratamentul edemului cerebral (manitol, furosemid, dexametazon) și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic și a preveni alte complicații posibile. Tratament chirurgical. P. 374.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 373.
- E. Abcesul cerebral, tromboza de sinus parasagital superior, malformația arterio-venoasă, hematomul subdural. P. 155, 265, 391, 406.

Cazul nr. 117.

- A. Radiculopatie discogenă L₅-S₁ pe dreapta. Tulburări de ortostatism. Sindrom algic violent. P. 218–226.
- B. Ganglionar, radicular, „corn medular posterior”, comisural (siringomielic). P. 19.
- C. Combaterea durerii (analgezice, nesteroidi antiinflamatorii, infiltrații cu steroizi spasmolitici etc.). Tratament ortopedic. Terapie manuală. Tratament fizioterapeutic. Tratament chirurgical.
- D. Radiografie simplă a coloanei vertebrale lombare, CT a coloanei lombare, RM a coloanei lombare, EMG. P. 223–225.
- E. Tumora de *Cauda equina*, spondilita tuberculoasă, tumora localizată în bazinul mic, spondilolistezis. P. 218–226.

Cazul nr. 118.

- A. Nevralgie glosofaringiană, esențială. P. 233.
- B. Sensibilitatea superficială a feței are o reprezentativă somatotopică în nucleul tractului spinal al nervului trigemen. În porțiunea orală a nucleului se termină fibrele nervoase, ce conduc impulsurile de la receptorii situați mai aproape de linia mijlocie a feței, iar în porțiunea caudală – cele care vin de la receptorii situați mai departe de această linie. Datorită acestui fapt, manifestările clinice de dereglare a sensibilității poartă, în cazul afectării nucleare, un caracter segmentar (zonele Zelder). P. 80.
- C. Carbamazepină (tegretol, finlepsin, timonil). Infiltrații cu novocaină, alcoolizarea nervului. Amitriptilină, intervenția neurochirurgicală Janeta (opțional). P. 233.
- D. Examenul fundului de ochi; EEG, CT cerebrală, RM cerebrală. P. 154.
- E. Criza de nevralgie glosofaringiană secundară, nevralgia de trigemen. P. 233.

Cazul nr. 119.

- A. Nevrită facială dreaptă cu pareză mimică ipsilaterală de tip periferic. P. 230.
- B. La închiderea voluntară a ochiului din partea bolnavă examinatorului îi rămâne vizibilă o fâșie albă de scleră, deoarece pleoapa inferioară nu se lipește de cea superioară. P. 85, 231.
- C. Corticosteroizi. În funcție de etiologie: aciclovir, antibioterapie. Exerciții mimice în fața oglinzii. Acupunctură. P. 231–232.
- D. Examenul fundului de ochi; CT cerebrală, RM cerebrală, EMG de stimulodetecție. P. 154.
- E. Fractura bazei craniene, neurosifilisul, neurinom de acustic, otita, otomastoidita, intervențiile chirurgicale pe mastoidă. P. 230–231.

Cazul nr. 120.

- A. Boala Lyme. Meningită borelică limfocitară. P. 316.
- B. Punctele unde ramurile nervului trigemen își fac apariția pe față (*incisura supra-orbitalis, foramen infraorbitalis, foramen mentalis*). P. 81.
- C. Puncția lombară cu analiza lichidului cefalorahidian, diagnosticul de laborator de detectare directă și indirectă a *Borrelia burgdorferi*, hemocultura, însămânțarea lichidului cefalorahidian, analiza sângelui la HIV infecție, radiografia pulmonară, ECG. P. 317.
- D. Antibioterapie de spectru larg de acțiune (macrolide, tetraciclone, peniciline semisintetice, cefalosporine de generațiile II și III) și tratament sindromal, pentru a menține echilibrul hidro-electrolitic și a preveni edemul cerebral și alte complicații posibile. P. 317–318.
- E. Meningitele de altă etiologie, hemoragia subarahnoidiană. P. 246, 277–282.

CUPRINS

INTRODUCERE	3
1. PRINCIPII FUNCȚIONALE DE ORGANIZARE A SISTEMULUI NERVOS.....	4
2. SENSIBILITATEA	10
3. DUREREA.....	16
4. MOTILITATEA.....	25
5. NERVII CRANIENI	43
6. SISTEMUL NERVOS VEGETATIV.....	60
7. CORTEXUL CEREBRAL.....	77
8. MENINGELE ȘI LICHIDUL CEFALORAHIDIAN	93
9. EXAMENELE PARACLINICE.....	98
10. SINDROAMELE MAJORE ALE SISTEMULUI NERVOS.....	110
11. BOLILE SISTEMULUI NERVOS PERIFERIC.....	129
12. PATOLOGIA VASCULARĂ CEREBRALĂ.....	144
13. PATOLOGIA VASCULARĂ MEDULARĂ.....	160
14. BOLILE INFECȚIOASE ALE SISTEMULUI NERVOS	167
15. BOLILE DEMIELINIZANTE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL.....	205
16. PATOLOGIA SISTEMULUI NERVOS DE ORIGINE EXOGENĂ ȘI ENDOGENĂ	216
17. TUMORILE CEREBRALE ȘI MEDULARE.....	241
18. TRAUMATISMELE CRANIOCEREBRALE (TCC) ȘI VERTEBROMEDULARE (TVM)	258
19. ABCESELE CEREBRALE ȘI PARAZITARE	270
20. PRINCIPIILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL AFECȚIUNILOR SISTEMULUI NERVOS.....	277
21. EPILEPSIA ȘI SINDROMUL CONVULSIV.....	285
22. ALTERĂRILE PERINATALE. PARALIZIA CEREBRALĂ INFANTILĂ	296
23. ANOMALIILE CONGENITALE ALE SISTEMULUI NERVOS. SIRINGOMIELIA.....	311
24. BOLILE EREDITARE ȘI DEGENERATIVE ALE SISTEMULUI NERVOS.....	320
25. BOLILE ȘI SINDROAMELE VEGETATIVE. CLASIFICAREA PATOLOGIEI VEGETATIVE	333
26. NEVROZELE.....	344
27. CAZURI CLINICE.....	354