**Teste**

**la tema "Traumatismele cranio-cerebrale" V. 1**

1 Aspectul LCR în contuzia cerebrală gravă este

1. LCR clar, microscopic cu hematii
2. LCR intens sanguinolent
3. LCR rozat
4. LCR normal
5. LCR purulent

2 Traumatismele craniocerebrale de gravitate medie

1. corespund unui scor GCS de 9-12 puncte
2. stcuprind bolnavilor care "vorbesc si mor"
3. area generală se deteriorează lent
4. apar hematoame intracraniene
5. frecvenţa este crescută

3 Hygroma subdurală

1. delimitată de o membrană, cu lichid limpede
2. fară membrană, cu lichid limpede
3. pe CT prezintă o zonă hiperdensă , intracraniană
4. evoluţia este întotdeauna gravă
5. dezvolta sindrom de HIC

4 Leziunile osoase

1. pot realiza o comunicare între spaţiile intra- şi extractaniene
2. fractura de baza craniului în fosa medie și anterioară poate determină apariţia fistulei de LCR
3. la copil fracturile de masiv facial au potenţial septic mai agresiv ca la adult
4. fracturile craniului neural sunt rare şi lipsite de gravitate
5. fracturi craniene se grupează in fracturile bazei şi calotei craniului

5 Indicaţiile operatorii ale fracturilor craniene sunt:

1. fracturi multieschiloase înfundate în endocraniu
2. în prezenţa unui hematom intervenţia chirurgicală trebuie

 amânată

1. fracturi craniene însoţite de fistule
2. fracturi progresive întîlnite la copii (0-3 ani)
3. fractura depresivă simplă la adult

6 Scara Glasgow se bazează pe testarea următoarelor elemente

1. activitate cardiovasculară
2. deschiderea ochilor
3. funcţie respiratorie
4. răspunsuri verbale
5. activitate motorie

7 Hematoamele intraventriculare

1. sunt reprezentate de hemoragii şi hematoame in cavitatea

 ventriculara

1. apar tardiv posttraumatic
2. inundaţia ventriculară determină stare de comă profundă
3. hemoragia intraventriculară acută se însoţeste de LCR normal
4. tulburările vegetative sunt mult diminuate în comparaţie cu cele

 din cazul hematoamelor intraparenchimatoase

8 Efectele traumatice imediate primare asupra structurilor endocraniene sunt următoarele, cu exceptia

1. comoţia
2. contuzia
3. meningita seroasă
4. dilacerarea
5. fistulele de LCR

9 Comoţia cerebrala

1. se manifestă clinic printr-o scurtă abolire a conştienţei
2. are subsrtat lezional anatomic cerebral
3. o abruptă depolarizăre a membranei neuronilor din

 formaţia reticulată a trunhciului cerebral

1. efectul este de durată lungă, parţial reversibil
2. dupa comoţie pacientul îşi revine complet

10 Traumatismele cranio-cerebrale pot fi produse prin următoarele mechanisme directe

1. impact direct asupra scalpului si oaselor craniene
2. capului i se imprimă o mişcare de acceleraţie prin lovirea sa cu

 un corp în mişcare

1. excursia craniului este oprita brusc prin lovirea capului de un

corp rezistent

1. penetrarea endocraniană a unor corpi străini
2. aplicarea simultană a două planuri dure asupra craniului

11 Evoluţia unui pacient în stare de comă traumatica depinde de ?

1. afectarea trunchiului cerebral
2. vârstă
3. leziuni organice asociate
4. starea encefalului preexistentă traumatismului
5. existenţa de hematoame intraabdominale

12 Investigaţiile paraclinice specifice pentru contuzia cerebrală sunt:

1. EEG
2. EcoEC
3. examenul LCR
4. CT
5. angiografia cerebrală

13 Plăgile scalpului pot avea următoarele aspecte, cu excepţia

1. tocit
2. tăiat
3. strivit
4. contuz
5. liniar

14 Despre tratamentul contuziilor cerebrale se poate afirma

1. în contuzia cerebrală medie tratamentul este chirurgical
2. în contuzia cerebrală minoră tratamentul este antiedematos, antiemetic, antitermic, sedativ
3. aplicarea de antibiotice este justificată în cazul plăgilor scalpului
4. contuzia cerebrală propriu-zisă necesită obligatoriu antibioticoterapie
5. tratamentul chirurgical este rezervat numai efectelor traumatice secundare

15 Comele traumatice ?

1. presupun abolirea totală a stării de conştienţă
2. pentru menţinerea sau abolirea stării de conştienţă un rol important îi revine formaţiei reticulare
3. unda de şoc are intensitate mică, se propagă in linie dreaptă, indiferent de locul in care agentul contondent va întâlni calota craniana
4. pierderea de conştienţa nu este însoţita de alte semne neurologice
5. dacă leziunile ajung la periferia trunchiului cerebral apar semne neurologice

16 După aspectul radiologic, fracturile craniene se împart în

1. diastazice
2. rotunde
3. cominutive
4. depresive
5. penetrante şi perforante

17 Hematoamele intraparenchimatoase

1. se dezvoltă în substanţa cerebrală intr-un focar de contuzie
2. nu constitutie o urgenţă chirurgicală
3. incidenţa este de 15-18%
4. volumul este de 15-25 ml
5. cea mai frecventă localizare este cea occipitală

18 Gradele de gravitate ale traumatismelor cranio-cerebrale minore sunt

1. grad 0 – fără pierdere de conştienţă, dureri locale, eventual tumefacţie sau echimoză asociată cu alcoolism, HTA sau consum de droguri
2. grad 1 – fără pierdere de conştienşa, cefalee persistentă si vomismente, evntual plăgi mari ale scalpului
3. grad 2 – pacienşi somnolenţi, fara semne neurologice focale
4. grad 0 cu risc - fără pierdere de conştienţa, dureri locale, eventual tumefacţie sau echimoză asociat cu terapie anticoagulantă
5. grad 1 – pierdere minimă de conştienţă si amnezie retrogradă, cefalee persistentă şi vomismente

19 Următoarele afirmaţii despre punctajul la scara Glasgow sunt false

* 1. punctaj 4-5 reprezintă coma de grad II
	2. punctaj 4-5 reprezintă coma de grad III
	3. punctaj 5-7 reprezintă coma de grad II
	4. punctaj 9-12 corespunde unor tulburari de conştienţa
	5. punctaj mai < de 8 reprezintă coma de grad III

20 Leziunile scalpului

* 1. sunt întîlnite mai frecvent în traumatismele cranio-cerebrale închise
	2. sunt întîlnite mai frecvent în TCC deschise
	3. infiltratele hemoragice ale scalpului apar mai ales în leziuni prin decelerare
	4. escoriaţiile scalpului apar mai ales în leziunile «prin târâre»
	5. infiltraţiile hemoragice pot realiza hematoame exocraniene

21 Obiectivele tratamentului comelor traumatice sunt

1. asigurarea funcţiilor vitale, respiraţie şi circulaţie
2. profilaxia antitetanică
3. aprecierea stării de conştienţa şi a leziunilor cranio-cerebrale
4. protecţia şi stabilizarea provizorie a rahisului cervical
5. recunoaşterea şi primul ajutor în leziunile extracraniene

22 Următoarele afirmaţii despre contuzia cerebrală sunt false

1. are un efect traumatic imediat cu implicaţie directă, primară asupra encefalului
2. este elementul major din patologia cranio-cerebrala traumatică
3. efectul lezional este indus de perturbări vasculare derecte sau reflexe vasomotorii la distanţă
4. în contuzia cerebrală minoră pacientul prezintă o alterare a stării de conştienţă de 1-2 ore
5. în contuzia cerebrală gravă pacientul nu-şi pierde starea de conştienţă

23 Măsurile terapeutice în timpul transportului dupa comele traumatice includ

* 1. capul pacientului ridicat la 45 grade
	2. bolnavii instabili hemodinamic vor fi transportaţi complet culcati
	3. imobilizare facultativă a rahisului cervical in funcţie de gravitatea traumatismului
	4. imobilizarea fracturilor instabile ale membrelor
	5. menţinerea normovolemiei

24 Sindroamele clinice evolutive care apar în urma leziunilor situate în partea

* 1. superioară a trunchiului cerebral sunt
	2. sindrom diencefalic
	3. mutism achinetic
	4. sindrom de dezaferentare
	5. sindrom Korsakov
	6. stare vegetativă persistentă după leziuni cerebrale

25 Factorii de prognostic ai contuziei cerebrale sunt

1. vârsta pacientului
2. starea pretraumatică a encefalului
3. evaluarea corectă a leziunii membrelor centurii scapulare si pelvine
4. gravitatea traumatismului
5. aspectul LCR

26 Dilacerarea cerebrală

* 1. implică o lipsă de continuitate la suprafaţa parenchimului cerebral
	2. poate fi determinată de penetraţia unui corp străin
	3. dilacerarea cerebrală indirectă este produsă de eschile osoase rupte din tabla internă
	4. constitutie o leziune independentă izolată
	5. dilacerarea cerebrală indirectă este rezultatul proiectării masei cerebrale pe reliefurile transante endocraniene sau durale

27 Hematoamele intracraniene traumatice

* 1. au efect compresiv asupra parenchimului
	2. hematoamele extradurale se dezvolta între dura mater si arahnoidă
	3. hematoamele extradurale apar mai ales la pacienţii de sex masculin
	4. hematoamele subdurale nu au efect compresiv asupra encefalului
	5. hematoamele subdurale sunt de obicei unilaterale, mai frecvent pe partea stângă

28 Sunt adevărate următoarele afirmaţii despre traumatismele craniocerebrale severe

1. include pacienţii cu GCS peste 8
2. pacienţii sunt in stare de comă
3. pacienţii cu scor GCS 8 sunt in comă de gradul I
4. pacienţii cu scor GCS 7-6 sunt in comă de gradul III
5. pacienţii cu scor GCS 3 sunt in comă de gradul II

29 Hematoamele subdurale

* 1. afectează preponderant copiii
	2. incidenţa este de aproximativ 2-3%
	3. etiologia este exclusiv traumatică
	4. volumul este 300-500 ml
	5. este dispus într-o capsulă cu membrană parietală şi viscerală

30 Pentru relevarea leziunilor subiacente orice fractură craniană se urmăreşte prin

1. RMN
2. CT-scan
3. Rx
4. endoscopie
5. ecografie

31 Pierderea stării de conştiinţă din comele traumatice este dată de o tulburare fucţională sau o leziune patologică a

1. hipotalamusul
2. diencefalului
3. trunchiului cerebral
4. substanţei albe
5. toate

32 Gradul IV de comă din clasificare Glasgow corespunde unui punctaj de

1. 4-5 puncte
2. 6-7 puncte
3. 3 puncte
4. 8 puncte
5. 9-12 puncte

33 Scala Glasgow a fost completată cu scala Liege care investighează în plus reflexele

1. oculare
2. trunchiul cerebral
3. verbale
4. rotuliene
5. bicipitale

34 Propriu pentru dilacerare cerebrală este faptul că

1. evoluează ca un proces expansiv intracranian
2. este însoţită de hematoame
3. este însoţită de fistule LCR
4. este o leziune cu caracter restructiv
5. are prognostic grav

35 Topografia hematoamelor extradurale este tipică în regiunea

1. fosa craniană superioară
2. endobazală
3. fosa temporală
4. capsula internă
5. parietală

36 Hematoamele subdurale acute şi subacute survin în majoritatea cazurilor în urma

1. accidentelor de muncă
2. accidentelor casnice
3. accidentelor de circulaţie
4. agresiunii fizice
5. infecţiilor greu de tratat

37 Topografia HSD acute poate fi considerată tipică pentru zona de elecţie a contuziilor cerebrale indirecte şi a dilacerărilor cerebrale

1. fosa temporală
2. zona frontotemporală
3. baza craniului
4. zona parietală
5. zona occipitală

38 Hematoamele intraparenchimatoase sunt produse cel mai frecvent de

1. acceleraţie
2. decceleraţie
3. leziuni de contralovitură
4. fenomenul de compresie bilaterală
5. suflul exploziilor

39 Din pacienţii cu grad 0 al TCC minor necesită CT şi supraveghere 24 ore cei cu

1. HTA
2. drogaţii
3. vîrsta 30-40 de ani
4. terapie antigoagulantă
5. drenaj ventricular