

Ивановская государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Методические рекомендации для студентов

для подготовки к практическому занятию по теме
«Черепно-мозговая и спинальная травмы»
у студентов 3 курса лечебного факультета

«Утверждаю»

Зав. кафедрой неврологии и
нейрохирургии, проф.

В.В.Линьков

1. Тема занятия - **Черепно-мозговая и спинальная травмы.**

2. Цель занятия – Освоить теоретические знания по диагностике и лечению больных с черепно-мозговой и спинальной травмами, овладеть методикой клинического обследования данной категории лиц, приобрести навыки интерпретации данных дополнительных методов обследования пациентов с нейротравмой, научиться составлению плана обследования, лечения, реабилитации и оценке прогноза исходов, медикосоциальной экспертизы.

3. Уровень усвоения дисциплины – 2,3.

3.1. Студент должен знать:

- Методику обследования неврологического статуса.
- Классификацию черепно-мозговых и спинальных травм.
- Топическую диагностику поражения головного и спинного мозга при черепно-мозговой и спинальной травмах, клинику сотрясения, ушиба, травматических интракраниальных гематом, травматического субарахноидального кровоизлияния, отека и набухания головного мозга, дислокационного синдрома.
- Шкалу ком Глазго.
- Особенности рентгенологического обследования костей черепа и позвоночника.
- Основы мультиспиральной и магнитно-резонансной томографии головного и спинного мозга при черепно-мозговой и спинальной травмах.
- Офтальмологическую картину застойного диска на глазном дне.
- Алгоритм обследования, лечения и реабилитации больных с нейротравмой.
- Принципы медикаментозного и хирургического лечения больных с нейротравмой.
- Исходы черепно-мозговой и спинальной травм, критерии временной и стойкой утраты трудоспособности больными.

3.2. Студент должен уметь:

- самостоятельно оценить неврологический статус пациента,
- определить тяжесть черепно-мозговой и спинальной травм,
- диагностировать дислокационный синдром,
- оказать первую доврачебную помощь при нейротравме,
- составить план обследования и лечения больного,
- определить показания к проведению декомпрессивной трепанации черепа,
- диагностировать сотрясение, ушиб головного и спинного мозга, травматическое субарахноидальное кровоизлияние, эпи- и субдуральные гематомы.

4. Место проведения занятия – ОБУЗ ГКБ №3, клиника ИвГМА.

5. Продолжительность занятия: 4,5 часа.

6. Средства обучения – муляжи, таблицы, рентгеновские снимки черепа и позвоночника, КТ- и МРТ-граммы головного и спинного мозга, тесты, методические рекомендации для самостоятельной работы студента, лекция презентация.

7. План проведения занятия:

12.45-14.15 – Контроль исходных знаний (тесты, собеседование). Разбор вопросов темы занятия (место проведения – учебные комнаты).

14.25.-15.55. – Решение ситуационных задач (место проведения – учебные комнаты).

16.00. -16.25 – Курация больных. Освоение навыков исследования и оценки неврологического статуса. Разбор курируемых больных. Оценка результатов обследования. Установка топического, нозологического диагнозов, определение тактики диагностики и лечения.

(место проведения – палаты неврологического отделения).

8. ООД при работе с тематическими больными.

1. Выяснить фамилию, имя, отчество пациента, его возраст (в случае сохраненного сознания);

2. Выяснить жалобы, провести их детализацию (в случае сохраненного сознания) .
3. Собрать анамнез болезни (в случае сохраненного сознания).
 - Уточнить сроки, обстоятельства возникновения нейротравмы.
 - Оценить жалобы, динамику клинических симптомов (в случае сохраненного сознания).
4. Собрать анамнез жизни
 - При невозможности собрать анамнез вследствие тяжелого состояния больного, нарушения речи, сознания, пользуются данными, полученными при опросе родственников, сослуживцев и др., а также заключениями медицинских документов.
5. Провести общесоматическое обследование пациента с оценкой состояния жизненно-важных функций. Проводится осмотр дыхательной (частота дыхания, аускультация) и сердечно-сосудистой систем (пульс, его частота и характеристика, артериальное давление (на правой и левой плечевых артериях).
6. Оценка неврологического статуса.
 - Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое),
 - Уровень сознания (ясное, оглушенное, сумеречное, сопор, кома, психомоторное возбуждение),
 - Положение (активное, пассивное, вынужденное),
 - Оценка степени тяжести по шкале ком Глазго,
 - Оценка наличия симптомов выпадения (парезы и параличи) и симптомов раздражения (менингеальный, эпилептический),
 - Оценка развития дислокационных синдромов.
7. Составление плана дополнительного инструментального обследования пациента
8. Определение тактики ведения пациента (консервативная терапия – коррекция витальных нарушений, борьба с отеком и набуханием головного мозга и хирургическое лечение - декомпрессивная трепанация черепа, удаление гематом)

9. Вводный тестовый контроль.

1. Представьте классификацию черепно-мозговых и спинальных травм
2. Представьте клиническую картину различных вариантов нейротравм.

Общемозговые симптомы обусловлены

- а. повышением внутричерепного давления;
- б. понижением внутричерепного давления;
- в. повышением артериального давления;
- г. понижением артериального давления.

Менингеальный синдром не развивается при

- а. менингите;
- б. травматическом субарахноидальном кровоизлиянии;
- в. сотрясении головного мозга;
- г. а, б.

Гипертензивные головные боли сопровождаются

- а. бессонницей;
- б. тошнотой и рвотой;
- в. чувством дереализации;
- г. нарушением настроения.

К очаговым неврологическим симптомам относятся

- а. центральные парезы и параличи;
- б. моторная афазия;

в. головная боль;

г. а, б.

К общемозговым симптомам относится

а. сенсорная афазия;

б. семантическая афазия;

в. угнетение сознания;

г. недержание мочи.

Застойный диск зрительного нерва развивается при

а. повышении внутричерепного давления;

б. демиелинизирующем поражении;

в. понижении внутричерепного давления;

г. а, б.

Синдром Броун – Секара проявляется

а. проводниковыми расстройствами чувствительности на стороне очага;

б. проводниковыми расстройствами чувствительности на противоположной очагу стороне;

в. сегментарными расстройствами чувствительности на стороне очага;

г. б, в.

10. Заключительный тестовый контроль:

Первая неотложная помощь при повреждении позвоночника и спинного мозга включает

а. назначение антикоагулянтов;

б. тромболизис;

в. иммобилизацию позвоночника;

г. все вышеперечисленное.

Частой причиной гематомы мозжечка является

а. травма черепа;

б. рассеянный склероз;

в. воспалительный процесс;

г. токсическое поражение.

Обязательным синдромом при травматическом субарахноидальном кровоизлиянии является

а. менингеальный;

б. пирамидный;

в. экстрапирамидный;

г. мозжечковый.

Для сотрясения головного мозга характерно

а. утрата сознания;

б. рвота;

в. параличи;

г. а, б.

Для лечения пациентов с травматическим субарахноидальным кровоизлиянием применяются

а. маннитол, глицерол;

б. гепарин;

в. нимодипин (нимотоп);

г. а, в.

Для ушиба головного мозга не характерны

а. головная боль;

б. менингеальный синдром;

в. вялые парезы конечностей;

г. поражение черепных нервов.

«Светлый» промежуток характерен для

а. травматического субарахноидального кровоизлияния;

б. субдуральной гематомы;

в. эпидуральной гематомы;

г. сотрясения головного мозга.

Больному с травматическим субарахноидальным кровоизлиянием назначаются

а. никотиновая кислота;

б. гепарин;

в. лазикс;

г. а, б.

При субдуральной гематоме наблюдается

- а. анизокория;
- б. менингеальный синдром;
- в. вялые парезы конечностей;
- г. а, б.

Лечение отека мозга включает назначение

- а. энапа Р 1,25 мг (1 мл) внутривенно;
- б. каптоприла 12,5 - 25 мг под язык;
- в. маннитола 0,25 - 1 г/кг в/в капельно;
- г. 0,05% раствора прозерина п/к в дозе 1 мл.

При эпидуральной гематоме наблюдается

- а. анизокория;
- б. сегментарные расстройства чувствительности;
- в. «светлый» промежуток;
- г. а, в.

Показанием к хирургическому лечению является

- а. эпидуральная гематома;
- б. субдуральная гематома;
- в. внутримозговая гематома;
- г. а, б, в.

Эпидуральная гематома локализуется

- а. в области свода черепа;
- б. в пределах одной кости;
- в. в области основания черепа;
- г. а, в.

К закрытой черепно-мозговой травме относят

- а. перелом основания черепа;
- б. сдавление головного мозга;
- в. перелом костей свода черепа;
- г. б, в.

К открытой черепно-мозговой травме относят

- а. открытую непроникающую травму;
- б. ушиб головного мозга;
- в. открытую проникающую травму;
- г. а, в.

При легкой форме ЧМТ оценка состояния пациента по шкале ком Глазго составляет

- а. 13 – 15 баллов;
- б. 8 – 12 баллов;
- в. 3 – 7 баллов;
- г. б, в.

При тяжелой ЧМТ оценка состояния пациента по шкале ком Глазго составляет

- а. 13 – 15 баллов;
- б. 8 – 12 баллов;
- в. 3 – 7 баллов;
- г. б, в.

К последствиям ЧМТ относят

- а. субдуральную хроническую гематому или гигрому;
- б. посттравматическую эпилепсию;
- в. апалический синдром;
- г. а, б.

При сотрясении головного мозга потеря сознания развивается на период

- а. от нескольких секунд до нескольких минут;
- б. до 1 часа;
- в. более 1 часа;
- г. б, в.

При сотрясении головного мозга в клинической картине обнаруживается

- а. значительная анизорефлексия;
- б. мелкокомпонентный нистагм;
- в. расстройство конвергенции глазных яблок;
- г. б, в.

При травматическом переломе пирамиды височной кости страдают

- а. отводящий и лицевой черепные нервы;
- б. лицевой и преддверно-улитковый черепные нервы;
- в. языкоглоточный и блуждающий черепные нервы;
- г. б, в.

Эпидуральная гематома – это

- а. скопление крови между твердой мозговой оболочкой и костной пластинкой;
- б. скопление крови под твердой мозговой оболочкой;
- в. скопление крови в подпаутинном пространстве;
- г. а, б.

Пациент с ЧМТ должен быть госпитализирован в

- а. неврологическое отделение;
- б. хирургическое отделение;
- в. нейрохирургическое отделение;
- г. б, в.

При ушибе головного мозга средней степени тяжести используется

- а. умеренная дегидратация;
- б. миорелаксанты;
- в. антихолинэстеразные препараты;
- г. б, в.

При тяжелой ЧМТ необходимо

- а. коррекция системных нарушений (анемии, гипертермии, гипоксии, введено-электролитных нарушений);
- б. устранение внутричерепных факторов (санация ликвора, устранении компрессии мозга);
- в. восстановление ауторегуляции мозгового кровообращения;
- г. а, б, в.

Первоочередные мероприятия, проводимые в стационаре, при тяжелой ЧМТ направлены на

- а. нормализацию артериального давления и объема циркулирующей крови;
- б. нормализацию функции внешнего дыхания и газообмена;
- в. контроль неврологического статуса;
- г. а, б, в.

В большом затылочном отверстии ущемляется

- а. средний мозг;
- б. продолговатый мозг;
- в. варолиев мост;
- г. б, в.

Показаниями для госпитализации пациента с ЧМТ в отделение реанимации и интенсивной терапии относятся

- а. нарушение сознания менее 9 баллов по шкале ком Глазго;
- б. изменение сознания в виде психомоторного возбуждения и аффективного поведения;
- в. данные мультиспиральной компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга и неврологического статуса в пользу внутричерепной гематомы;
- г. а, б, в.

Наиболее частым показанием для хирургического лечения при ЧМТ является

- а. оскольчатые переломы костей свода черепа;
- б. линейные переломы костей свода черепа;
- в. вдавленные переломы костей свода черепа;
- г. а, б.

Длительность стационарного лечения при ушибах мозга легкой степени тяжести составляет

- а. 10 – 14 суток;
- б. 14 – 21 суток;
- в. более 21 суток;
- г. а, б.

Показаниями к оперативному вмешательству при тяжелых ушибах головного мозга являются

- а. стойкое пребывание больного в фазе глубокой клинической декомпенсации;
- б. состояние сознания в пределах сопора или комы;
- в. выраженные клинические признаки дислокации ствола мозга;
- г. а, б, в.

При тяжелой ЧМТ преимущественное дегидратирующее действие на участки мозга с отеком оказывает

- а. маннитол;
- б. лазикс;
- в. альбумин;
- г. а, в.

ЧМТ, осложненное кровоизлиянием в желудочки головного мозга, характеризуется появлением в клинической картине

- а. плавающего взора;
- б. горметонии;
- в. двухсторонних пирамидных знаков;
- г. а, в.

При хронических посттравматических абсцессах головного мозга в клинической картине преобладает

- а. признаки внутричерепной гипертензии;
- б. общемозговые симптомы;
- в. эпилептические приступы;
- г. менингеальный синдром.

Если острая открытая проникающая ЧМТ протекает с повышением температуры тела, необходимо исключить

- а. вторичный гнойный менингит;
- б. внутричерепную гематому;
- в. абсцесс головного мозга;
- г. а, б, в.

Очаговые симптомы при сотрясении головного мозга

- а. не наблюдаются;
- б. наблюдаются;
- в. наблюдаются не всегда;
- г. наблюдаются в момент получения травмы.

Центральные парезы конечностей при ушибе головного мозга

- а. наблюдаются часто;
- б. не наблюдаются;
- в. наблюдаются очень редко;
- г. б, в.

Для травматического субарахноидального кровоизлияния характерно

- а. психомоторное возбуждение;
- б. эпилептические приступы;
- в. парезы конечностей;
- г. а, б.

Вялый парез конечностей, сегментарные и проводниковые расстройства чувствительности не характерны для

- а. травматического субарахноидального кровоизлияния;
- б. эпидуральной гематомы;
- в. субдуральной гематомы;
- г. а, б, в.

Для травматического субарахноидального кровоизлияния характерно

- а. общемозговые расстройства;
- б. менингеальный синдром;
- в. очаговые симптомы;
- г. а, б.

«Светлый» промежуток, общемозговые и очаговые симптомы поражения головного мозга являются основными клиническими проявлениями

- а. субдуральной гематомы;
- б. эпидуральной гематомы;
- в. сотрясения головного мозга;
- г. б, в.

Основным критерием постановки диагноза ЗЧМТ является

- а. повреждение кожных покровов головы;
- б. отсутствие повреждения апоневроза;
- в. повреждение твердой мозговой оболочки;
- г. повреждение паутинной оболочки.

Оторрея является клиническим признаком повреждения костей

- а. передней черепной ямки;
- б. задней черепной ямки;
- в. а, б;
- г. свода черепа.

К очаговым неврологическим симптомам относятся

- д. центральные парезы и параличи;
- е. моторная афазия;
- ж. головная боль;
- з. а, б.

Показаниями к оперативному лечению при травме спинного мозга являются

- а. стабильная неврологическая симптоматика;
- б. наличие компрессионных факторов;
- в. синдром ликвородинамического блока;
- г. б, в.

К ЧМТ средней степени тяжести относят

- а. подострое и хроническое сдавление головного мозга;
- б. ушиб головного мозга средней степени тяжести;
- в. а, б;
- г. апалический синдром.

Промежуточный период ЧМТ составляет

- а. от 2 до 20 недель;
- б. от 2 до 6 месяцев;
- в. при клиническом выздоровлении – до 2 лет;
- г. при прогрессирующем течении – не определяется.

Среди первичных факторов в биомеханике ЧМТ выделяют

- а. гидродинамический эффект;
- б. ударную волну;
- в. деформацию и возможные переломы костей черепа;
- г. а, б, в.

При среднетяжелом ушибе головного мозга ретро- и антеградная амнезия составляет

- а. до 1 часа;
- б. до нескольких часов;
- в. до 24 часов;
- г. более суток.

Дислокационный тенториальный синдром при тяжелой ЧМТ проявляется

- а. анизокорией на стороне поражения;
- б. контрлатеральным центральным гемипарезом;
- в. ипсилатеральным центральным гемипарезом;
- г. а, б.

Основными причинами сдавления головного мозга при ЧМТ является

- а. менингеальный синдром;
- б. вдавленный перелом костей свода черепа;
- в. внутримозговая гематома;
- г. б, в.

К факторам, существенно затрудняющим транспортировку больного с тяжелой ЧМТ, относятся

- а. психомоторное возбуждение;
- б. судорожные приступы;

- в. повреждение мягких тканей головы и тела;
- г. а, б.

Дети, особенно раннего возраста, с подтвержденной ЧМТ, в том числе с сотрясением головного мозга, подлежат

- а. обязательной госпитализации в хирургическое отделение;
- б. госпитализации в зависимости от неврологической симптоматики;
- в. осмотру хирургом;
- г. б, в.

Развитие гемипареза при ЧМТ свидетельствует о

- а. внутричерепной гематоме;
- б. ушибе головного мозга;
- в. переломе костей черепа;
- г. а, б.

Ноотропные препараты при ЧМТ можно применять

- а. спустя 3 дня после травмы;
- б. спустя неделю после травмы;
- в. в резидуальном периоде;
- г. в любые сроки.

При переломе основания черепа у детей возникает

- а. эпидуральная гематома;
- б. ликворрея;
- в. травматическое субарахноидальное кровоизлияние;
- г. гемипарез.

При лечении больных с посттравматической энцефалопатией с нарушением высших психических функций используются

- а. психостимуляторы;
- б. антидепрессанты;
- в. дофаминергические средства;
- г. а, б, в.

При переломе позвонка, его смещении и вывихе может возникнуть

- а. травматическое субарахноидальное кровоизлияние;
- б. синдром сдавления спинного мозга и корешков;
- в. поражение передних рогов спинного мозга;
- г. поражение задних рогов спинного мозга.

При субдуральной гематоме спинномозговую пункцию выполнять

- а. необходимо;
- б. нельзя;
- в. только при поступлении пациента в стационар;
- г. а, в.

Для гематомиилии поясничного отдела спинного мозга характерно

- а. тетраплегия;
- б. нижний парапарез;
- в. нарушение тазовых функций;
- г. б, в.

Для сотрясения головного мозга характерно

- а. головная боль;
- б. менингеальный синдром;
- в. парезы конечностей;
- г. нарушение функции черепных нервов.

Очаговые симптомы поражения головного мозга наблюдаются при

- а. эпидуральной гематоме;
- б. субдуральной гематоме;
- в. внутримозговой гематоме;
- г. а, б, в.

В диагностике сотрясения головного мозга применяются

- а. церебральная ангиография;
- б. люмбальная пункция;

- в. краниограмма;
- г. а, б, в.

В диагностике эпидуральной гематомы применяются

- а. церебральная ангиография;
- б. томография головного мозга;
- в. люмбальная пункция;
- г. а, б.

Для перелома костей основания черепа характерно

- а. коматозное состояние;
- б. «синдром» очков;
- в. оторрея;
- г. а, б, в.

Закрытая черепно-мозговая травма не сопровождается

- а. сотрясением головного мозга;
- б. ушибом головного мозга;
- в. ринореей;
- г. апалическим синдромом.

При ушибе головного мозга в остром периоде при выполнении мультиспиральной компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга

- а. не обнаруживается микроструктурных изменений;
- б. обнаруживаются микроструктурные изменения;
- в. могут определяться очаговые изменения;
- г. б, в.

К ЧМТ средней степени тяжести у детей относят

- а. сотрясение головного мозга;
- б. ушиб легкой степени тяжести;
- в. ушиб средней степени тяжести;
- г. б, в.

При ушибе тяжелой степени нарушение сознания составляет

- а. до 1 часа;
- б. до 1 дня;
- в. от нескольких часов до нескольких недель;
- г. а, б.

При тяжелой ЧМТ атоническая кома сопровождается

- а. двухсторонним миозом;
- б. двухсторонним мидриазом;
- в. выпадением корнеального и глоточного рефлексов;
- г. б, в.

Субдуральная гематома – это

- а. скопление крови между твердой мозговой оболочкой и костной пластинкой;
- б. скопление крови между твердой мозговой и паутинной оболочками;
- в. скопление крови в подпаутинном пространстве;
- г. а, б.

При легкой ЧМТ в лечении пациентов используются

- а. нейропротективные средства;
- б. миорелаксанты;
- в. ноотропы;
- г. а, в.

При тяжелой ЧМТ на догоспитальном этапе необходимо

- а. обеспечение доступа воздуха и проходимость дыхательных путей;
- б. обеспечение адекватного дыхания, ИВЛ;
- в. поддержание системной гемодинамики;
- г. а, б, в.

К препаратам, снижающим внутричерепное давление при тяжелой ЧМТ, относят

- а. ГОМК;
- б. тиопентал натрия;
- в. маннитол;

г. а, б, в.

При травматических внутричерепных гематомах задней черепной ямки выполняется

- а. вентрикулярный дренаж;
- б. стереотаксические операции;
- в. субокципитальная трепанация;
- г. а, б.

При ЧМТ наиболее часто повреждаются венозные синусы твердой мозговой оболочки

- а. верхний продольный;
- б. поперечные;
- в. сигмовидные;
- г. пещеристые.

Показаниями к оперативному вмешательству при ЧМТ

- а. объем разможжения более 30 см³ височной локализации и большее 50 см³ при лобной локализации;
- б. при мультиспиральной компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга выявлены признаки боковой или аксиальной дислокации мозга;
- в. линейный перелом;
- г. а, б.

Линейный перелом костей свода черепа без неврологической симптоматики относится к

- а. сотрясению головного мозга;
- б. ушибу головного мозга;
- в. открытой черепно-мозговой травме;
- г. б, в.

Большую роль в осложненном течении и качестве исходов при сотрясении головного мозга играют

- а. повторные ЧМТ;
- б. отягощенность соматической патологией;
- в. старческий возраст;
- г. а, б, в.

Если после ЧМТ развивается ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то более вероятен диагноз

- а. сотрясения головного мозга;
- б. травматического субарахноидального кровоизлияния;
- в. ушиба головного мозга;
- г. б, в.

Длительность стационарного лечения при среднетяжелых ушибах головного мозга составляет

- а. 10 – 14 суток;
- б. 14 – 21 суток;
- в. более 21 суток;
- г. а, б.

При травматическом субарахноидальном кровоизлиянии, сопровождающимся ангиоспазмом, необходимо назначение

- а. антагонистов кальция (нимодипин);
- б. антиоксидантов (мексидол);
- в. нейропротекторов (кортексин);
- г. а, б, в.

Ведущим синдромом компрессии головного мозга при ЧМТ является

- а. дислокационный синдром;
- б. бульбарный синдром;
- в. эпилептические приступы;
- г. менингеальный синдром.

Задача №1

Больной, получил осколочное ранение в область шейных позвонков. Потерял сознание на непродолжительное время, после восстановления которого не смог пошевелить руками и ногами, появились задержка мочеиспускания и дефекации, которая сменилась недержанием мочи. Через

две недели после ранения произведена ламинэктомия 4-го и 5-го шейных позвонков. После операции стали восстанавливаться движения, преимущественно правых руки и ноги. Наметилось улучшение функции тазовых органов. Со стороны черепных нервов – птоз, миоз, энофтальм левого глаза. Ограничены движения головой в стороны. Атрофия мышц предплечий обеих рук, а так же ладонных и межкостных мышц правой кисти – «когтистая лапа», менее выражена атрофия ладонных мышц левой кисти. Пальцы левой кисти сомкнуты в кулак. Объем активных движений в локтевых и плечевых суставах обеих рук незначительно ограничен. Тонус сгибателей и разгибателей плеч и предплечий резко понижен, мышечная сила снижена до 3 баллов. Глубокие рефлексy на руках не вызываются. Значительно ограничен объем активных движений ног, особенно в дистальных отделах. Сила снижена до 1 балла в пальцах стоп, 2-х баллов – в мышцах голени, 3-х баллов – в мышцах бедер. Мышечный тонус повышен по спастическому типу. Болевая и температурная чувствительность снижена в дерматомах C5 – D1, а с D3-го – снижена по проводниковому типу. Нарушено мышечно-суставное чувство в пальцах ног и вибрационная чувствительность стоп до голеностопных суставов. Коленные и ахилловы крайне высокие. Клонус стоп и коленных чашечек. Определяются патологические рефлексy Бабинского, Россолимо, Жуковского с обеих стоп. Отсутствуют брюшные, кремастерные, подошвенные рефлексy.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический процесс? Укажите его уровень расположения и протяженность.
2. Какой тип паралича рук и ног?
3. В результате чего возникли двигательные расстройства?
4. О чем свидетельствуют изменения в рефлекторной сфере?
5. Какой тип нарушения чувствительности в данном случае?
6. Дайте патофизиологический анализ нарушений чувствительности.

Задача №2

Больной Н., 34 лет, переведен в нейрохирургическое отделение из травматологического после полученной спинальной травмы. В сознании. Общее состояние тяжелое. Лежит на спине, без движений, дыхание учащенное, пульс 84 уд/мин., тоны сердца приглушены, на вопросы отвечает по существу.

В ходе неврологического обследования у больного выявлено: синдром Горнера слева, сила во всех мышечных группах левой руки 0-1 балл, правой – 2-3 балла, тонус снижен, глубокие рефлексy отсутствуют, патологических рефлексов нет. Движения в ногах отсутствуют, сила – 0 баллов D=S, рефлексy высокие, выявляются двусторонние стопные патологические рефлексy Бабинского, Гордона, Оппенгейма, Россолимо. Отсутствие всех видов чувствительности с уровня C_{VIII} дерматомов симметрично. Задержка мочеиспускания и дефекации.

Вопросы:

1. Определите неврологические синдромы, имеющиеся у данного больного.
2. Что входит в синдром Горнера, уровень поражения нервной системы при нем?
3. Установите топический диагноз.

Задача №3

Больной Ж., 58 лет поступил в спинальное нейрохирургическое отделение с жалобами на отсутствие движений в правой ноге и онемение левой ноги. Со слов больного сегодня, утром, он вышел на улицу, чтобы помочь соседу поменять колёса у автомобиля, и когда он сидел на корточках, сзади подошел нетрезвый мужчина с шампуром в руках. Неожиданно этот мужчина вонзил шампур в спину больного. Сразу после этого больной Ж. упал, у него исчезли движения в правой ноге, и онемела левая нога.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести, со стороны черепных нервов изменений нет, движения в руках в полном объёме. Активные движения в правой ноге отсутствуют, симптом складного ножа в правой ноге, глубокие рефлексy с ног D>S, патологический рефлекс Бабинского справа. При исследовании чувствительности выявлено: отсутствие глубокой чувствительности в правой ноге, отсутствие поверхностной чувствительности слева с уровня Th_{IX} и ниже.

Вопросы:

1. Определите неврологические синдромы, имеющиеся у данного больного.
2. При поражении какой системы бывает симптом складного ножа?
3. Поставьте топический диагноз.

Задача №4

Больной А., 32 лет, во время автомобильной аварии сильно ударился головой и правым плечом о стенку кабины автомобиля. Потерял сознание. Травма произошла 6 часов назад.

Объективно: кома I стадии. В правой шейно-затылочной области – обширная гематома. Дыхание шумное, ритмичное – 19 в минуту. Пульс напряженный – 98 –100 ударов в минуту, дыхательная аритмия. АД = 150/100 мм рт ст., слабо положительные менингеальные симптомы. Симптом Кернига и Брудзинского определяются справа. Асимметричны носогубные складки $S < D$. Сухожильные и периостальные рефлексы преобладают слева. Положителен симптом Бабинского и Оппенгейма слева.

Дополнительное обследование:

Глазное дно: застойные явления.

Эхо-ЭС: расширен III желудочек, усилена пульсация М–Эхо сигнала.

Люмбальная пункция: давление cerebrospinalной жидкости – 210 мм водного столба, бесцветен, прозрачен. Цитоз 6/3, белок 0,66 %, эритроциты – 80 в поле зрения.

После пункции больной открыл глаза, стал выполнять элементарные задания. Слева определялась умеренно выраженная пирамидная симптоматика.

Вопросы:

1. Укажите доминирующие клинические проявления – неврологические синдромы.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Какие дополнительные методы обследования можно применить?
4. Провести дифференциальный диагноз с другими вариантами проявления черепно-мозговой травмы.
5. Этиология, патогенез, морфология.
6. Классификация травм головного мозга.
7. Лечение.
8. Прогноз для жизни, восстановления функций, трудоустройства.

11. Литература.**Основная литература**

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов учреждений высшего профессионального образования : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1 : Неврология. - 2015.
2. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов учреждений высшего профессионального образования : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2 : Нейрохирургия. - 2015.
3. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов медицинских вузов : с компакт-диском : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1 : Неврология. - 2013. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
4. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : для студентов медицинских вузов : с компакт-диском : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 2 : Нейрохирургия / под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. - 2013.
5. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : приложение на компакт-диске к учебнику : для студентов медицинских вузов : в 2 т. / Н. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - Электрон. дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM)

6. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия : учебник с приложением на компакт-диске : для студентов медицинских вузов : в 2 т. Т. 1/ Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. + 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
7. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия [Электронный ресурс] : приложение на компакт-диске к учебнику : для студентов медицинских вузов : в 2 т. / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, В. И. Скворцова. - 2-е изд., испр. и доп. - Электрон. дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM).

- II. 1. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы : руководство для врачей / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. -9-е изд. -СПб. : Политехника, 2014.
2. Триумфов А. В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы : краткое руководство / Триумфов. - 20 -е изд., испр. - М. : МЕДпресс-информ, 2017.

ЭБС:

- 1 Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Т. 1. Неврология. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru>
2. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, В.И. Скворцова. - 4-е изд., доп. - Т. 2. Нейрохирургия / под ред. А.Н. Коновалова, А.В. Козлова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru>

Дополнительная литература:

1. Неврология : национальное руководство : краткое издание / Н. Ю. Абрамычева [и др.] ; под ред.: Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, А. Б. Гехт. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
2. Линьков В.В., Гаранина Е.С. Болезнь Паркинсона и паркинсонизм: электронное обучающе-контролирующее учеб. пособие. - Иваново, 2010.
3. Линьков В.В., Гаранина Е.С. Рассеянный склероз (клиника, диагностика, лечение): электронное обучающе-контролирующее учеб. пособие - Иваново, 2010.
4. Острые нарушения мозгового кровообращения: факторы риска, диагностика, лечение, первичная и вторичная профилактика : учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям "Лечебное дело", "Педиатрия" / сост. А. Е. Баклушин [и др.]. - Иваново, 2011.
5. Ястребцева И. П. Оценка ограничений жизнедеятельности при нарушениях двигательных функций по этапам восстановительного лечения : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / И. П. Ястребцева. - Иваново, 2008.

Периодические издания:

1. Журнал вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко : квартальный научно-практический журнал / Минздравсоцразвития РФ, НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН. – М. : Медицина, 1937. – Выходит раз в два месяца.
2. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова : научно-практический рецензируемый журнал. – М. : МЕДИА СФЕРА, 1901. – Выходит ежемесячно.