1

Больная П., 47 лет, поступила с жалобами на головную боль, головокружение, многократную рвоту, слабость в правых конечностях. Получила производственную травму, удар по голове деревянным брусом, теряла сознание на несколько минут, затем появились вышеописанные жалобы. При поступлении АД 150/80 мм рт. ст., пульс 58 уд/мин, несколько эйфорична, инструкции выполняет после неоднократного повторения. Зрачки одинаковые по величине, фотореакции живые, нистагма нет. Отмечается болезненность при движении глазными яблоками и не доведение их кнаружи. Асимметрия правой носогубной складки. Менингеальные знаки выражены умеренно. Локальный статус: в левой теменной области имеется ушибленная рана с неровными краями 2,3 х 0,4 см, дном раны является апоневроз. Во время дообследования пациентка перестала вступать в контакт, развился судорожный синдром.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза.

3. Возможно ли проведение люмбальной пункции при данном клиническом состоянии?

4. Тактика лечения.

2

Больной К., 20 лет, доставлен в стационар бригадой скорой помощи. Около 30 минут назад нырнул в водоем, ударился головой о дно, после чего пропали движения в руках и ногах, чувствительность с уровня шеи. При осмотре больной в тяжелом состоянии, отмечаются явления дыхательной недостаточности (тахипноэ, дыхание поверхностное), тахикардия, артериальное давление до 86/50 мм рт. ст. При неврологическом обследовании патологии со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено, тонус мышц конечностей снижен, движения отсутствуют во всех конечностях, сухожильные рефлексы не вызываются. Поверхностная и глубокая чувствительность отсутствует с уровня ключиц. Отмечаются тазовые нарушения по типу задержки мочеиспускания.

1. Поставьте диагноз.

2. Объем дальнейшего обследования в условиях районной больницы или специализированного отделения.

3. Наметьте дальнейшую тактику.

4. Прогноз.

3

Молодой человек 20 лет доставлен скорой помощью из дома в тяжелом состоянии. Известно, что сегодня несколько часов назад упал с мотоцикла. Отмечалась кратковременная потеря сознания, после чего появилась кратковременная головная боль, тошнота. Больной сел на мотоцикл и приехал домой. Дома головная боль усилилась, дважды была рвота. Внезапно потерял сознание. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. АД – 110/60 мм.рт.ст. Пульс – 54 в мин., ритмичный. Легкая ригидность мышц затылка (3 пальца). Синдром Кернига. Анизокория. Реакция зрачков на свет вялая. Корнеальные рефлексы отсутствуют. Плавающие движения глазных яблок. Сглажена правая носогубная складка. Поднятые конечности не удерживает с обеих сторон, гипотония в конечностях. Сухожильные рефлексы торпидны. Синдром ротированной стопы справа. Симптом Бабинского справа.

1. Поставьте диагноз.

2. Объем дальнейшего обследования.

3. Наметьте дальнейшую тактику.

4. Прогноз.

4

В приемное отделение доставлен пациент Н.,45 лет в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что около 30 минут назад получил удар арматурой по голове, после чего потерял сознание на несколько минут. Была неоднократная рвота. При осмотре локально определяется рвано-ушибленная рана в теменной области, при пальпации отмечается костное вдавление в области сагиттального шва. При оценке неврологического статуса пациент в сопоре, на болевой раздражитель открывает глаза, реакция на боль дифференцированная, пытается одернуть болевой раздражитель, на вопросы не отвечает, периодически издает отдельные звуки. Зрачки равные, фотореакции сохранены, лицо симметричное. Активные движения в конечностях сохранены, сухожильные рефлексы симметричные, несколько снижены, симптом Бабинского с двух сторон положительный. Ригидность затылочных мышц умеренно выражена – 3 см, Симптом Кернига 110 градусов.

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Назовите методы обследования, которые необходимо провести?

3. Чем опасно повреждение костей черепа в области сагиттального шва?

4. Какова дальнейшая тактика?

5

Больной К., 30 лет, доставлен в стационар в бессознательном состоянии. За час до поступления был сбит автомашиной. Сразу потерял сознание, была рвота. При первичном осмотре повреждения мягких тканей головы не обнаружено. Больной находился в тяжелом состоянии, с умеренными явлениями нарушений сердечной деятельности и дыхания. При неврологическом обследовании создавалось впечатление, что тонус мышц и сухожильные рефлексы преобладают слева. Из пирамидных знаков вызывается симптом Бабинского с обеих сторон, более выраженный слева. На рентгенограммах черепа травматических повреждений костей не обнаружено. Произведена дегидратационная терапия, что облегчило состояние больного (улучшилась сердечная деятельность и дыхание, менее выраженной стала разница рефлексов). Вместе с тем общее состояние больного остается тяжелым. Через 12 часов выявился отчетливый левосторонний гемипарез.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите объем дальнейшего обследования в условиях а) районной больницы, б) специализированного отделения.

3. Какова дальнейшую тактику.

6

На проезжей части дороги без сознания лежит мужчина средних лет. Из показаний очевидцев следует, что пострадавший попал под машину. При осмотре: в левой височно-теменной области обширное кровоизлияние, из левого слухового прохода вытекает бледно-розовая жидкость. Кожные покровы бледные. Пульс 49 уд/мин слабого наполнения, аритмичен. Имеются нарушения дыхания и глотания. АД 90/80 мм рт. ст.

1. Какой вид травмы (закрытый или открытый) у данного пострадавшего?

2. Каков предполагаемый диагноз?

3. Какую неотложную помощь нужно оказать?

4. Определить дальнейшую тактику лечения.

7

В реанимационный зал поступил больной К., 23 лет. Сбит автомашиной. Сознания нет. Возбужден. Анизокория. Дыхание глубокое, АД 130/110 мм.рт.ст., ЧСС 52 в мин., ЧДД – 16 в мин. Перелом теменной кости. При спинномозговой пункции ликвор слабо окрашен кровью, вытекает под умеренным давлением. Через 15 минут состояние ухудшилось, дыхание до 10 в минуту, тонико-клонические судороги.

1. Поставьте диагноз.

2. Методы диагностики.

3. Объясните причину ухудшения состояния.

4. Определите дальнейшую тактику ведения.

5. Каков прогноз у данного пациента?

8

Больная П., 47 лет, поступила с жалобами на головную боль, головокружение, неоднократную рвоту, общую слабость. Получила производственную травму, удар по голове деревянным брусом, теряла сознание на несколько минут, затем появились вышеописанные жалобы. При поступлении АД 140/80 мм.рт.ст., пульс 88 уд/мин., несколько эйфорична, инструкции выполняет. Зрачки одинаковые по величине, фотореакции живые, нистагма нет. Отмечается болезненность при движении глазными яблоками и недоведение их кнаружи. Асимметрия правой носогубной складки. Язык по средней линии. Сила и тонус мышц конечностей сохранены, сухожильные и периостальные рефлексы живые, одинаковые с обеих сторон. Стопных и кистевых пирамидных знаков нет. Координаторные пробы выполняет неуверенно, с мимопромахиванием и интенцией с обеих сторон. Ригидность мышц затылка на 1 п.п., симптом Кернига 160 градусов. Локальный статус: в правой надбровной области имеется ушибленная рана с неровными краями 2,3 х 0,4 см, ткани отечны.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назначьте объем дополнительных исследований.

3. Назначьте лечение.

9

Мужчина 40 лет жалуется на сильные головные боли, на вопросы отвечает не всегда правильно. Из разговора с родственниками выяснено, что 5 дней назад упал на работе с высоты 2-х метров, ударился головой о твердый предмет. Была многократная рвота. В настоящее время имеется ретроградная амнезия, речь невнятная, правосторонний гемипарез.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Мероприятия неотложной помощи.

3. Методы дополнительного обследования.

4. Рекомендации.

5. Прогноз.

10

Молодой человек 20 лет доставлен скорой помощью из дома в тяжелом состоянии. Известно, что сегодня несколько часов назад упал с мотоцикла. Отмечалась кратковременная потеря сознания, после чего появилась кратковременная головная боль, тошнота. Больной сел на мотоцикл и приехал домой. Дома головная боль усилилась, дважды была рвота. Внезапно потерял сознание. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. АД – 100/60 мм рт. ст. Пульс – 54 в мин., ритмичный. Легкая ригидность мышц затылка (3 пальца). Синдром Кернига. Анизокория слева. Реакция зрачков на свет вялая. Сглажена правая носогубная складка. Гипотония в конечностях. Сухожильные рефлексы торпидны. Синдром ротированной стопы справа. Симптом Бабинского справа.

1. Что вы думаете о топике поражения?

2. Ваше мнение о клиническом диагнозе?

3. Тактика ведения больного?

4. Рекомендации.

5. Прогноз.

11

В региональный сосудистый центр санитарной авиацией из района доставлен пациент 58 лет с выраженной общемозговой и менингеальной симптоматикой, очаговой симптоматики на момент осмотра нет. Уровень бодрствования – 12 баллов ШКГ. Из анамнеза известно, что заболел остро, развился генерализованный судорожный приступ, после чего возник вышеуказанный неврологический дефицит.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить для определения тактики ведения данного пациента?

3. Возможные варианты тактики ведения.

12

Больной К., 39 лет поступил в приёмный покой травмцентра I уровня в результате бытовой травмы, падение с высоты 6 метров 4 часа назад, с жалобами на отсутствие движений в верхних и нижних конечностях. В неврологическом статусе: в сознании, зрачки средних размеров, одинаковой величины, черепно-мозговые нервы интактны, тетраплегия, нарушение функции тазовых органов. Объективно: дыхание поверхностное, АД 120/50 мм рт. ст. Пульс 98 ударов в минуту.

1. Что дополнительно нужно посмотреть в неврологическом статусе для определения уровня поражения?

2. Определите состав бригады врачей для осмотра в приёмном отделении и объём исследования.

3. Назовите предположительный диагноз.

4. Тактика ведения.

5. Прогноз.

13

Сотрудник полиции, 32 года поступил в приёмное отделение травм- центра I уровня в результате производственной травмы, удар в спину ножом во время задержания преступника. В неврологическом статусе: нарушение движений и глубокой чувствительности на стороне поражения и потеря болевой и температурной чувствительности на противоположной стороне. Локально: со стороны спины на уровне Th8 позвонка рана 2х0,4 см с острыми углами и ровными краями, кровоточит.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Объём дополнительного исследования в приёмном покое.

3. Тактика ведения

4. Назовите возможные осложнения.

5. Рекомендации.

14

Больная Е. 54 лет обратилась к нейрохирургу по поводу выявленной опухоли головного мозга. Объемные образования других органов и систем не выявлены. По МРТ опухоль имеет диффузный характер распространения, кольцевидно накапливает контрастное вещество, в центре опухоли определяются множественные участки некроза. Пациентке выполнена операция – удаление опухоли. Через месяц по контрольному МРТ головного мозга определяется продолженный рост опухоли.

1. Какой гистологический характер опухоли следует предположить?

2. К какому классу по Grade относится данная опухоль?

3. Лечебная тактика при данном типе опухолей.

15

Больной И., 23 года поступил в приёмный покой травмцентра III уровня в результате автодорожной травмы, с жалобами на отсутствие движений в ногах, нарушение мочеиспускания. В неврологическом статусе: в сознании, ЧМН и верхние конечности интактны, нижний глубокий парапарез, нарушение функции тазовых органов.

1. Что дополнительно нужно посмотреть в неврологическом статусе для определения уровня поражения?

2. Определите состав бригады для осмотра в приёмном отделении и объём исследования.

3. Назовите предположительный диагноз.

4. Тактика ведения.

5. Прогноз.

16

Больного Пациент К. 50 лет обратился в приемное отделение с жалобами на болевой синдром в пояснице, онемением в области промежности, слабостью в стопах и невозможностью самостоятельно помочиться. При более подробном сборе анамнеза выяснилось, что боль в пояснице беспокоит длительно, отмечалась иррадиация в правую ногу преимущественно по задней поверхности бедра, голени, до мизинца, онемение там же. Сегодня утром резко нагнулся, после чего появились вышеперечисленные жалобы.

1. О каком синдроме идет речь?

2. Проявлением какого заболевания является данный синдром?

3. Методы диагностики?

4. Дальнейшая тактика врача?

17

В женскую консультацию обратилась пациентка 29 лет с жалобами на нарушение менструального цикла, отсутствие наступления беременности. Так же в течение нескольких месяцев отмечает снижение остроты зрения, сужение полей зрения.

1. О какой патологии стоит думать в данной ситуации?

2. Какие методы обследования необходимо назначить?

3. Тактика врача акушера-гинеколога?

4. Варианты лечения при данной патологии?

5. Каков прогноз для жизни и наступления беременности?

18

Больной 52-х лет. Жалобы на интенсивные головные боли, отмеченные им 4 месяца назад. Раньше головные боли носили спорадический характер и прекращались от приема Пенталгина. В последний месяц отмечает снижение остроты зрения, сужение полей зрения. На рентгенограмме отчетливое истончение стенки турецкого седла, клиновидных отростков, верхушек пирамид. При офтальмологическом обследовании признаки атрофии зрительных нервов, больше справа, сужение височных полей зрения.

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Какие еще методы обследования необходимо провести?

3. Тактика лечения при данном заболевании?

19

Мужчина 48 лет длительно и много курил. Последние годы навязчивый кашель. В поликлинике выставляли диагноз бронхит курильщика. Последние 3 месяца появилась головная боль, требующая приема НПВП. Периодически затрудняется в произношении слов.

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Какие обследования необходимо провести?

3. Тактика врача-нейрохирурга в данном случае?

4. Какие противопоказания к оперативному лечению на головном мозге при данной патологии?

20

На амбулаторный прием к нейрохирургу обратился пациент А. 50 лет с жалобами на отсутствие слуха на правое ухо, асимметрию лица справа, шаткость при ходьбе. При сборе анамнеза выяснилось, что около 3-х лет назад стал отмечать звон в правом ухе, затем появилось и стало нарастать снижение слуха, в течение месяца нарастает шаткость при ходьбе, периодически отмечает попёрхивание при приеме пищи. При оценке неврологического статуса определяется сглаженность носогубной складке и неполное смыкание века справа, отсутствие слуха на правое ухо, тонус языка справа снижен, небный и глоточный рефлексы справа снижены, парезов конечностей не определяется, походка шаткая, на широкой основе. В позе Ромберга начинает падать вправо.

1. Какой предположительный диагноз у этого больного?

2. Какие обследования нужно провести в данном случае?

3. Какие варианты лечения возможны при данной патологии?

4. Выбор тактики лечения у данного пациента?

5. Какое наиболее частое осложнение операций при данной патологии??

21

Мужчина 45 лет. Внезапно на улице упал на асфальт. Развились тонико-клонические судороги. При осмотре уровень сознания глубокое оглушение, жалуется на выраженную головную боль, отмечается свето - и звукобоязнь, положение вынужденное – лежа, с согнутыми ногами, выраженные менингеальные знаки – ригидность мышц затылка 6 см, симптом Кернига 100 градусов. Патологии со стороны черепно-мозговых нервов не выявлено. Двигательных нарушений не определяется.

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Какие действия необходимо предпринять на догоспитальном этапе?

3. Какие методы обследования необходимо провести?

4. Какие методы хирургического лечения возможны при данном заболевании?