

областное государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю

Зам.директора по учебной работе

ОГБПОУ «Саянский медицинский колледж»

О.И.Комолкина



**Оценка состояния. Современные методы диагностики пациентов с черепно-мозговой
травмой**

Методическая разработка практического занятия № 3

МДК.01.01 «Пропедевтика клинических дисциплин, в т.ч в травматологии»

Для специальности Лечебное дело

Составитель

Преподаватель Л.Г.Беспалова

Рассмотрено на заседании ЦМК

Специальности Лечебное дело

Протокол № 2 от 24.10 2020

председатель ЦМК [Signature] Е.В. Буленкова

2020

Практическое занятие 1

Тема: Оценка состояния современные методы диагностики пациентов с черепно-мозговой травмой

Цель: закрепить знания по обследованию пациентов с ЧМТ, ознакомиться с методами дополнительной диагностики, интерпретация данные лабораторных анализов

Уметь:

планировать обследование пациента;

осуществлять сбор анамнеза;

применять различные методы обследования пациента;

формулировать предварительный диагноз в соответствии с современными классификациями;

интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики;

оформлять медицинскую документацию.

Знать:

топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды;

биоэлектрические, биомеханические и биохимические процессы, происходящие в организме;

основные закономерности развития и жизнедеятельности организма;

строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;

основы регуляции физиологических функций, принципы обратной связи, механизм кодирования информации в центральной нервной системе;

определение заболеваний;

общие принципы классификации заболеваний;

этиологию заболеваний;

патогенез и патологическую анатомию заболеваний;

клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп;

методы клинического, лабораторного, инструментального обследования.

Обучающийся должен иметь практический опыт для развития ОК и формирования ПК

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

ПК 1.6. Проводить диагностику смерти.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий

ОК 8 Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9 Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 12 Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

Ход работа

Последовательность работы студентов	Методика выполнения	Контроль за выполнением
Организационный момент	Подготовка к занятию Мотивация тематики данного занятия	Время 5 мин
Актуализация базовых знаний	Заполнение словаря медицинских терминов	Время 15 мин
	Изучение нового материала	Время 40 мин
Самостоятельная работа студентов Преподаватель консультирует, рекомендует литературу,	Работа в малых группах 1.Ознакомиться с предложенным материалом, составить опорный конспект 2.Отработать алгоритмы: Провести осмотр пользуясь фантомом 3.Заполнить таблицу дифференциальной диагностики 4. Оформить словарь медицинских терминов пользуясь данными предложенного материала 5.Решить ситуационные задачи 6.Решить тестовое задания	Приложение 1 Время 5 0 Время 30 мин Приложение 3 Время 0 мин Приложение 4 Время 30мин Приложение 5 Время 20мин Приложение 6 Время 30 мин
Оформление дневников	Проводится в процессе самостоятельной работы	
Закрепление изученного материала	Ответить на контрольные вопросы	Приложение 7 Время 35 мин
Подведение итогов	Объявление оценок, инструктаж выполнения неаудиторской самостоятельной работы	Оценки выставляются в дневник и журнал Время 5 мин

Дать объяснение медицинским терминам

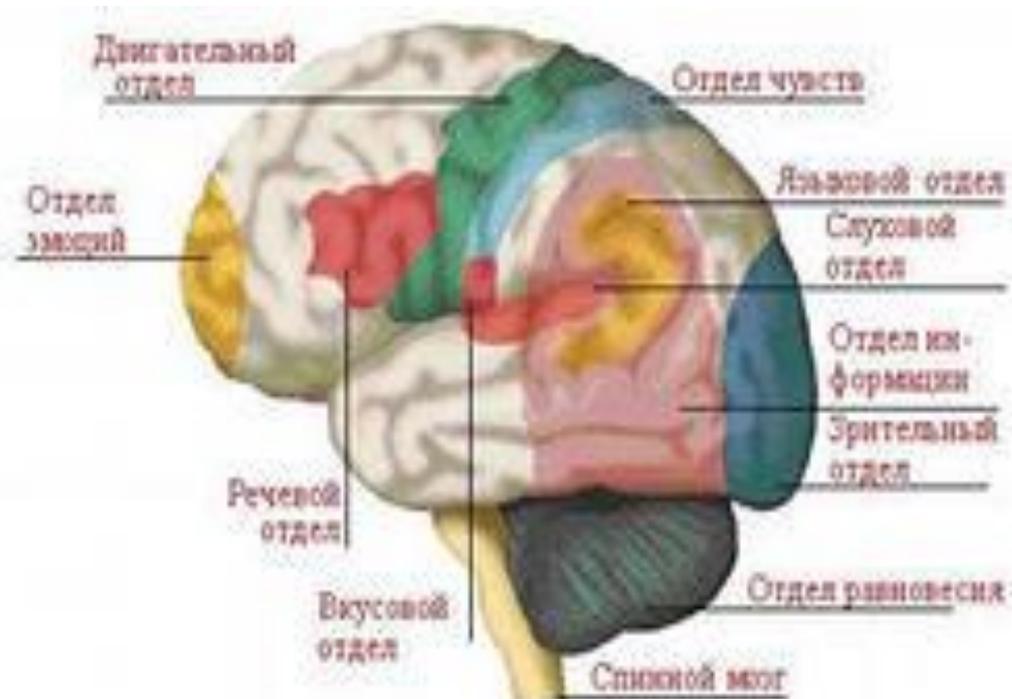
Время 15 мин

1..Субдуральная гематома

2..Субкортикальные кровоизлияния

- 3.Сходящееся косоглазие
- 3.Тактильную, болевую и температурную реакция определение
- 4.Умеренного оглушения
- 5.Фибриллярные подергивания языка
- 6.Фотопсиями
- 7.Фотореакции
- 8.Фукса симптом –
- 9.Хеерфордта синдром
- 10.Хиазмальный синдром
- 11.Швабаха симптом
- 12.Шепотная речь
- 13.Шмидта синдромах
- 14.Экзофтальм
- 15.Экстрадуральной,
- 16.Эпилептиформного припадка.

Приложение 1 ознакомиться с предложенным материалом
составить опорный конспект
Время 50 мин



Синдромы поражения черепно-мозговых нервов

I. Обонятельный нерв и центры обоняния

Жалобы и симптомы поражения. Гипосмия, anosmia, гиперосмия, паросмия обонятельные галлюцинации

Методы исследования и диагностические пробы.

Дают определить запах с каждой стороны известного ароматического вещества (настойку валерианы, мятные капли и др.), кроме резких, например, алкоголя и табака (из-за раздражения тройничного нерва).

Противоположный носовой ход при этом закрывают ваткой.

II. Зрительный нерв (n. opticus) и зрительные центры

Жалобы на снижение зрения вплоть до слепоты, сужение полей зрения, цветные искры в глазах.

Симптомы поражения.

Гомонимная гемианопсия - выпадение одноименных половин поля зрения.

Гетеронимная гемианопсия (битемпоральная, биназальная) - выпадение различных участков поля зрения

Квадрантной гемианопсией – выпадение четверти поля зрения.

Зрительная агнозия - больной видит, но не узнает людей и окружающие его предметы, а также не может читать, хотя и видит буквы.

Поражение зрительного нерва. Односторонняя слепота или снижение остроты зрения на оба глаза – при поражении на участках от сетчатки

до хиазмы, застойный диск, папиллит, атрофия (первичная и вторичная), центральная и парацентральная скотома, концентрическое сужение поля зрения, редко секторальная скотома

Поражение зрительного перекреста (хиазмальный синдром). Битемпоральная гемианопсия – выпадение наружных половин поля зрения – при поражении внутренней части хиазмы, или квадрантная гемианопсия, альтитудинопсия (обычно двухсторонняя), атрофия зрительного нерва, редко парацентральная скотома. Биназальная гемианопсия – выпадение внутренних половин поля зрения – при поражении наружной части хиазмы.

Поражение зрительного тракта Контралатеральная гомонимная гемианопсия (выпадение одноименных половин поля зрения).

Поражение зрительной лучистости Контралатеральная гомонимная гемианопсия, квадрантная гемианопсия (одно или двусторонняя)

иногда в сочетании с фотопсиями и отрицательными скотомами – при поражении корковых центров зрения.

Поражение затылочной доли Квадрантная гемианопсия (часто при сохраненном центральном зрении)

Методы исследования и диагностические пробы.

Исследование начинают с определения остроты зрения, которую выявляют простейшими приемами; чтением, счетом количества пальцев кисти у обследуемого на различных расстояниях. При поражении зрительного нерва можно обнаружить амблиопию, амвроз или скотому. Для исследования цветоощущения используют цветные рисунки или специальные таблицы. В большинстве случаев у больных отмечается нарушение восприятия красного и зеленого цвета.

Затем определяют поле зрения. Для этого больной усаживается напротив врача на расстоянии 1—1,2 м, закрывает ладонью один глаз, за вторым смотрит на переносицу врача, который поочередно перемещает палец своей кисти снаружи внутрь, сверху вниз и снизу вверх, а больной словом «вижу» сигнализирует о моменте появления пальца. Вначале исследуют поле зрения на белый

цвет, а затем — на красный, зеленый и синий (отдельно проверяют поле зрения каждого глаза).

Изменения на глазном дне.

1. Застойный диск - следствие повышенного внутричерепного давления и обычно наблюдается при объемных процессах головного мозга, реже — при менингоэнцефалитах, гидроцефалии. Атрофия зрительного нерва, обусловленная застойным диском (или невритом зрительного нерва), называется вторичной.

2. Простая, или первичная (серая), атрофия зрительного нерва наблюдается при спинной сухотке. При первичной атрофии у больных рассеянным склерозом наблюдается бледность височных половин дисков. Первичная атрофия, являющаяся следствием опухолей гипофиза, нередко выявляется в сочетании с акромегалическим синдромом. При опухолях лобной доли часто отмечается атрофия зрительного нерва на стороне патологического очага и застойный диск на противоположном глазу.

Для дифференциальной диагностики гемианопсии и односторонней пространственной агнозии (поражение теменной доли, особенно правой),

врач помещает свои руки перед лицом больного так, чтобы они попадали в разные половины полей зрения и просит его посчитать пальцы. При агнозии больной будет считать пальцы только на одной руке.

Гемианоптическая зрачковая реакция Вернике (заключается в сужении зрачка при освещении сетчатки в области слепого пятна – при поражении шпорной борозды на одноименной стороне).

III. Глазодвигательный нерв (n. oculomotorius)

Жалобы Опущение верхнего века, двоение в глазах, косоглазие.

Симптомы поражения. Паралич мышцы поднимающей верхнее веко, расширением зрачка (за счет преимущественного воздействия n. sympathicus на мышцу, расширяющей зрачок), расходящимся косоглазием (за счет снижения тонуса верхней прямой, медиальной прямой, нижней прямой и нижней косой мышц), нарушение аккомодации (за счет пареза ресничной мышцы) и двоением в глазах. На стороне поражения глазное яблоко повернуто кнаружи. Ядерное поражение – при синдроме Фовиля

Методы исследования и диагностические пробы глазодвигательных нервов Состояние глазодвигательного отводящего

и блокового черепных нервов исследуют одновременно: устанавливают величину и равномерность глазных щелей, объем движений глазных яблок, расположение их в орбите и мышечный тонус век, а также равномерность зрачков, их форму, фотореакции, наличие двоения в глазах.

Миоз может отмечаться при спинной сухотке, после закапывания глаз пилокарпином, эзерином, а также у лиц пожилого возраста и у страдающих морфинизмом. Он может также выявляться во время сна.

Мидриаз наблюдается при испуге, базедовой болезни, сифилисе нервной системы, энцефалитах, пищевых интоксикациях (ботулизм, отравление грибами) и т. д., а также во время припадков эпилепсии. Односторонний мидриаз часто возникает при поражении глазодвигательного нерва.

Деформация зрачков чаще при сифилисе нервной системы, при местных процессах в радужной оболочке глаза.

Исследуют прямую и содружественную реакцию зрачков на свет. Если фотореакции вялые, их можно сенсibilизировать щипками за ушной раковиной или в области шеи. При исследовании реакции зрачков на свет обследуемому предлагают смотреть вдаль. Врач закрывает

своими ладонями глаза обследуемого, которые под ладонями остаются открытыми, затем быстрыми движениями поочередно отнимает кисти от его лица, наблюдая при этом за состоянием зрачка. Сужение зрачка при воздействии света называется прямой реакцией. Содружественную реакцию наблюдают на открытом глазу в момент закрытия или освещения другого глаза. Полное отсутствие реакции зрачков на свет называется рефлекторной неподвижностью. Реакция зрачков на аккомодацию выражается в том, что при взгляде вдаль они расширяются, а при взгляде на близкий предмет суживаются. Реакцию на конвергенцию исследуют, предлагая больному смотреть вдаль, затем к верхушке его носа приближают молоточек или палец и просят смотреть на него. При этом отмечается приведение глазных яблок к носу (конвергенция). При диплопии уточняют ее характер.

Фукса симптом – больному в положении сидя предлагают смотреть вниз, при этом на стороне поражения глазодвигательного нерва верхнее веко непроизвольно будет подниматься вверх, что расценивается как положительный симптом. Часто наблюдается при восстановлении функции нерва.

IV. Блоковый нерв

Жалобы Двоение в глазах при взгляде вниз.

Симптомы поражения. Проявляется сходящимся косоглазием.

Синдромы Бильшовского симптом – при изолированном поражении нерва, больной обычно держит голову несколько наклоненной к противоположному плечу, впереди книзу. Такое положение помогает избегать двоения в глазах. Симптом Бильшовского заключается в том, что при наклоне головы несколько кзади и к одноименному плечу – косоглазие становится особенно заметным.

V. Тройничный нерв (n. trigeminus)

Жалобы При поражении двигательных волокон - на отвисание нижней челюсти.

При поражении глазного нерва отмечается болезненность в области глазницы, верхнечелюстного – болезненность в подглазничной и при поражении нижнечелюстного – болезненность в подбородочной области. Герпетические высыпания и выпадение всех видов чувствительности на половине лица – при поражении тройничного узла. Боль в зоне иннервации – при раздражении (невралгии), возможно с непроизвольным сокращением жевательной мускулатуры, реже слюнотечением, гипергидрозом, гиперемией отдельных участков лица. Симптомы поражения.

При двустороннем поражении двигательных волокон отмечается паралич и атрофия жевательных мышц, снижение их тонуса, снижение или отсутствие нижнечелюстного рефлекса. При поражении чувствительных ядер нарушение чувствительности отмечается на половине лица по диссоциированному типу. При поражении ветвей – гипостезия в зоне их иннервации, болезненность при пальпации точек выхода ветвей. При поражении тройничного узла (синдром тройничного узла) - герпетические высыпания на лице, особенно в области иннервации глазного нерва, на деснах и слизистой щек, роговице с последующем кератитом, боль и зуд в этой области и выпадение всех видов чувствительности на половине лица. При поражении чувствительного ядра в стволе мозга – выпадение чувствительности по сегментарному типу.

Методы исследования и диагностические пробы и синдромы

Исследуют места выхода ветвей тройничного нерва. Далее проверяют тактильную, болевую и температурную, а также глубокую чувствительность по ветвям и сегментам, для чего проводят исследование от наружного слухового прохода к носу или наоборот.

Костена синдром характеризуется появлением односторонней лицевой боли, боли в ухе, глоссодинией, нарушением жевания, нарушением слуха и головокружением, невралгией нерва. Связан с поражением височно-нижнечелюстного сустава, часто при неправильной подгонке зубных протезов.

Редера синдром – характеризуется односторонней мигреноподобной болью с парестезией в орбитальной области, возникающих обычно по утрам и стихающей к середине дня, иногда сопровождается гомолатеральным синдромом, параличом латеральной прямой мышцы глаза, тошнотой и рвотой. Очаг в области тройничного узла.

VI. Отводящий нерв (n. abducens)

Жалобы на косоглазие и иногда двоение в глазах.

Симптомы поражения. Сходящееся косоглазие (из-за слабости наружной прямой мышцы глаза).

VII. Лицевой нерв (n. facialis)

Жалобы. Невозможность наморщить лоб, нахмурить брови, закрыть глаз, оскалить зубы, надуть щеки, нарушение вкуса, гиперакузия, нарушение слюноотделения и сухость глаза.

Симптомы поражения.

Проявляется парезом или параличом всех мимических мышц на стороне поражения или отдельных мышечных групп. У больных с поражением лицевого нерва по периферическому типу на стороне поражения отмечается лагофтальм. При процессах выше отхождения chorda tympani отмечают, кроме парезов – расстройство вкуса на передних 2/3 спинки языка. Поражение над n. stapedius – присоединяется гиперакузия, при поражении выше n. petrosus major – нарушение слюноотделения и сухостью глаза. При поражении на уровне мосто-мозжечкового угла – паралич нерва сочетается с поражением VIII нерва, мозжечковыми расстройствами на стороне очага и пирамидной недостаточностью на противоположной. При локализации очага в стволе поражение нерва сочетается с парезом отводящего нерва. При локализации процесса в коре головного мозга отмечаются изолированные парезы отдельных мышц.

Коленчатого ганглия (узла колена, Гунта, Рамзая, Ханта) синдром – боль в ухе с иррадиацией в лицо, затылок, шею, герпетические высыпания наружного слухового прохода, барабанной перепонки, ушной раковине, реже на лице, волосистой части головы, языке, небе, иногда парез лицевой мускулатуры, поражение или отсутствие вкуса в области передних 2/3 спинки языка, уменьшением слезо- и слюноотделения и отсутствием роговичного рефлекса на этой половине лица, гипестезия в области наружного слухового прохода, а нередко половины лица, иногда звон в ухе, снижение слуха, головокружение, горизонтальный нистагм.

Методы исследования и диагностические пробы. Больному предлагают закрыть глаза, поднять вверх брови или нахмурить их, оскалить зубы, надуть щеки, засмеяться, посвистеть, при этом наблюдается симметричность этих движений с обеих сторон.

Ама (Бенуа) мигательно-жевательный симптом – сидящего с открытыми глазами больного просят производить жевательные движения. При

поражении лицевого нерва, положительном симптоме, происходит закрытие глаз.

Белла симптом – при периферических парезах нерва – при попытке больного сомкнуть веки, на стороне поражения глазное яблоко отклоняется кверху и кнаружи, появляется птоз, глазная щель полностью не смыкается. При гипертиреозе данный симптом двусторонний.

Брикнера симптом – полное или частичное несмыкание век при слуховом раздражении на стороне поражения.

Вертенберга (вибрации век) синдром – больному предлагают закрыть глаза, при этом врач кладет свои большие пальцы на верхние веки и осторожно пытается поднять их, преодолевая сопротивление больного. Отмечается легкая вибрация век, которую можно обнаружить, приложив дистальные фаланги I-III пальцев к вискам и слегка оттягивая кнаружи углы глаз. На стороне пареза вибрация значительно ослабевает. Выражен симптом при центральных и периферических парезах.

Виллиса симптом – гиперемия парализованной половины лица при периферическом параличе нерва (за счет анастомозов с тройничным нервом).

Дюпюи-Дютана синдром – при взгляде больного вниз оба верхних века опускаются содружественно, а при попытке закрыть глаза в этом положении – здоровый глаз закрывается, а на больной стороне верхнее веко стремительно поднимается вверх. Отмечается при периферических парезах нерва.

«Заячьего глаза» симптом – на стороне периферического паралича нерва глазная щель остается приоткрытой.

Колле симптом – вызывается при многократном и быстром закрытии и открывании глаз. На стороне поражения нерва отмечается более широкое и более быстрое открывание глаза.

Лазарева симптом – асимметрия сокращения лицевой мускулатуры при постукивании по скуловой дуге. Наблюдается при центральном поражении лицевого нерва. На стороне лица, противоположной очагу в головном мозге отсутствует или снижен рефлекс.

Ревильо симптом – при поочередном закрытии глаз на стороне пораженного нерва глаз полностью не закрывается. Наблюдается при периферических параличах лицевого нерва.

Ресниц симптом – при закрытии глаз на пораженной стороне значительно виднее концы выступающих ресниц.

Россолимо-Мелькерсона-Розенталя синдром – сочетание рецидивирующего поражения лицевого нерва, упорных хронических отеков лица в области верхнего века и губ, испещрение языка бороздами различного направления.

Нередко сочетание с нарушениями слуха, вкуса, болью в области носовидного отростка, ощущение сухости в глазах или наличием симптома «крокодиловых слез». Синдром неясной этиологии.

Хеерфорда синдром – поражение лицевого нерва, околоушной слюнной железы в сочетании с глазными симптомами – воспалением сосудистой оболочки зрительного нерва.

VIII. Преддверно-улитковый (слуховой) нерв (n. vestibulocohlearis)

Жалобы При поражении улитковой части – снижение слуха до глухоты, иногда обострение слуха, шум, свист, гул, потрескивание и др., слуховые галлюцинации. При поражении преддверной части – системное головокружение, часто приступообразного характера шаткость и

неустойчивость при ходьбе.

Симптомы поражения. Симптомы нарушения слуха при поражении улитковой части (гипоакузия, гиперакузия), слуховые галлюцинации (поражение коркового анализатора в височной доле). При поражении преддверной части – нистагм, атаксия (усиливающаяся при закрытии глаз), положительная проба Ромберга.

Снижение слуха, небольшие нарушения на аудиограмме в сочетании с головокружением, тошнотой, рвотой и нистагмом свидетельствуют о поражении преддверно-улиткового нерва в области мосто-мозжечкового угла.

Методы исследования и диагностические пробы. Заключаются в определении остроты слуха (улиткового корешка нерва) и состояния преддверной части. После расспроса о состоянии слуха проверяют его остроту шепотной и громкой речью. В норме шепотная речь слышна на расстоянии не менее 7 м. Если обследуемый плохо слышит шепотную речь, слух проверяют громкой речью. При этом больной должен стать к врачу боком и смотреть прямо перед собой, закрыв одно ухо пальцем. Обследование слуха дополняют определением воздушной и костной проводимости с помощью проб Ринне, Вебера и Швабаха. Состояние преддверного корешка исследуют, вращая больного на стуле.

IX. Языко-глоточный нерв (n. glossopharyngeus)

Жалобы. Проявляется расстройством вкуса на задней трети языка, расстройство глотания, осиплость голоса.

Симптомы поражения. Снижение глоточного рефлекса, рефлекса с мягкого неба, свисание мягкого неба на стороне поражения, отклонение язычка в здоровую сторону, поражение голосовой связки. При ядерном поражении – синдромы Авелиса, Джексона, Шмидта.

Методы исследования и диагностические пробы (см. блуждающий нерв) «Занавеса» симптом – когда больной произносит широко открытым ртом букву «а» или «е», видно, как задняя стенка глотки, подобно занавесу, смещается от больной стороны к здоровой.

X. Блуждающий нерв. (n. vagus)

Жалобы на поперхивание, выливание пищи через ноздри, носовой оттенок голоса, хрипота, изменения пульса, дыхания и деятельности пищеварительного тракта.

Симптомы поражения. Характеризуется парезом мягкого неба, свисанием его на стороне поражения, снижение или отсутствие глоточного рефлекса и рефлекса с мягкого неба, парезом голосовых связок, нарушением глотания. При одностороннем поражении симптомы выражены слабо. Возможны изменения пульса, дыхания и деятельности пищеварительного тракта. Ядерные поражения – при синдромах Авелиса, Джексона, Шмидта.

Методы исследования и диагностические пробы.

Блуждающий и языкоглоточный исследуют одновременно, при этом уточняют форму и положение мягкого неба и язычка, сохранность акта глотания жидкой и плотной пищи, голоса, глоточных рефлексов и вкуса в области задней трети тела языка. Для этого больному предлагают широко открыть рот и произнести «а-а-а», следя за состоянием мягкого неба, дужек и язычка. Проверяют акт глотания и сохранность вкуса. Последний исследуют нанесением на язык капли раствора сахара, уксусной кислоты, хлорида натрия или настойки полыни. Перед нанесением раствора больной должен прополоскать рот. Вкусовые восприятия поочередно проверяют слева и

справа на симметричных участках тела языка, паралич голосовой связки определяется при ларингоскопии.

XI. Добавочный нерв (n. accessorius)

Жалобы на опущение надплечья и плеча на стороне поражения, затруднение его поднятия и ограничение

поворота головы в противоположную сторону, ограничиваются подъем верхней конечности выше

горизонтальной линии и приведение лопаток к средней линии, пожимание плечом

Симптомы поражения. Гипотрофия или атрофия грудинно-ключичево-сосцевидной мышцы и частично

трапецевидной мышцы. При поражении ядра – синдром Шмидта.

Методы исследования и диагностические пробы.

Больному предлагают делать повороты головой в стороны, вперед и назад, пожимать плечами. Определяют наличие атрофии, фибриллярных и фасцикулярных подергиваний в мышцах боковой области шеи. Для

исследования грудино-ключично-сосцевидной мышцы больному предлагают поворачивать голову, преодолевая сопротивление, оказываемое

кистью врача, расположенной на подбородке больного. Состояние трапецевидной мышцы выявляют при пожимании плечами и отведении их

назад. При поражении XI нерва или его ядра затрудняется поворот головы в непораженную сторону, отмечается опущение плеча на пораженной стороне. Может обнаруживаться гипотрофия грудино-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц.

XII. Подъязычный нерв.

Жалобы на нарушение речи, жевания, глотания, нарушение подвижности языка.

Симптомы поражения.

Атрофия мышц половины языка, иногда с фибриллярными подергиваниями, девиация языка в сторону

пораженного нерва. При поражении ядра, корешка или нерва наблюдается паралич мышц половины языка по периферическому типу: верхушка

языка отклоняется в пораженную сторону в результате преобладания мышечного тонуса в непораженной половине языка отмечается атрофия

мышц, язык на этой половине истончен и сморщен, иногда отмечаются фибриллярные подергивания (поражение ядра). При поражении

корково-бульбарного пути верхушка языка отклоняется в непораженную сторону, наблюдаются также и другие признаки центрального паралича мышц языка.

Методы исследования и диагностические пробы.

Осуществляется при проверке расположения языка во рту и его движениях.

Проверяются роговичный, конъюнктивальный, глоточный и подкорковые рефлексy.

Осмотром определяют положение головы, туловища и конечностей, симметричность мышечной конфигурации на туловище и конечностях, форму кистей, стоп,

расположение плеч и особенно лопаток, а также состояние позвоночного столба;

выявляют трофические нарушения в отдельных мышцах и группах мышц на конечностях и туловище.

Внутричерепные гематомы

Симптомы

головная боль;

тошнота;

рвота;

сонливость;

головокружение;
спутанность сознания;
замедленная речь или потеря речи;
разница величины зрачков;
слабость в конечностях с одной стороны тела.

При большом количестве крови, заполняющей мозг или узкое пространство между головным мозгом и черепом, могут проявиться другие признаки и симптомы, например:
летаргия;
судороги;
кома.

Причины

Причиной внутричерепного кровотечения (кровоизлияния) является травма головы. В результате может развиваться

субдуральная,
эпидуральная
внутричерепная гематома.

Все три типа гематом требуют оказания медицинской помощи при первом проявлении симптомов и признаков, в противном случае гематома может привести к необратимому поражению головного мозга.

Субдуральная гематома

Это состояние развивается при разрыве кровеносных сосудов – обычно вен – между головным мозгом и твердой мозговой оболочкой (внешней из трех оболочек, покрывающих головной мозг). Изливающаяся кровь образует гематому, сдавливающую ткань головного мозга. Если гематома увеличивается, развивается прогрессирующее угасание сознания, что может привести к смерти.

Существует три типа субдуральных гематом:

Острая. Это самая серьезная и потенциально угрожающая жизни гематома. Обычно она появляется вследствие тяжелой травмы головы, ее признаки и симптомы обычно проявляются сразу же.

Подострая. При подострой субдуральной гематоме, признаки и симптомы появляются отсрочено, обычно через несколько часов.

Хроническая. Менее тяжелые травмы головы могут вызвать появление хронической субдуральной гематомы. Кровотечение вследствие хронической субдуральной гематомы может быть слабее, симптомы проявляются через несколько дней или даже месяцев.

Риск субдуральной гематомы повышается у лиц, ежедневно принимающих аспирин или антикоагулянты, у алкоголиков, у очень молодых или пожилых пациентов.

Эпидуральная гематома

Эту гематому также называют экстрадуральной, она развивается при разрыве кровеносного сосуда – обычно артерии – между внешней поверхностью твердой мозговой оболочки и черепом. Часто повреждение кровеносного сосуда происходит вследствие перелома черепа. Кровь протекает между твердой мозговой оболочкой и черепом и образует массу, которая сдавливает ткань головного мозга.

Риск смерти от эпидуральной гематомы является значительным, если быстро не начать лечение. Некоторые пациенты с подобным видом травмы могут оставаться в сознании, но большинство находится в сонном или коматозном состоянии с момента получения травмы.

Эпидуральные гематомы более распространены у детей и подростков. Чаще всего они являются результатом авто- или мото-аварии или других травматических происшествий.

Внутричерепная гематома

Этот тип гематомы, также известной как интрапаренхиматозная гематома, развивается при проникновении крови в головной мозг. После травмы головы могут развиваться многочисленные внутримозговые гематомы.

Травма, приведшая к появлению таких гематом, часто вызывает поражение белого вещества.

Травма – это не единственная причина внутримозговой гематомы.

К другим причинам относятся:

повреждения кровеносных сосудов, например, артериовенозная мальформация или аневризма;

длительная гипертензия;

неврологические заболевания, например, церебральная амилоидная ангиопатия;

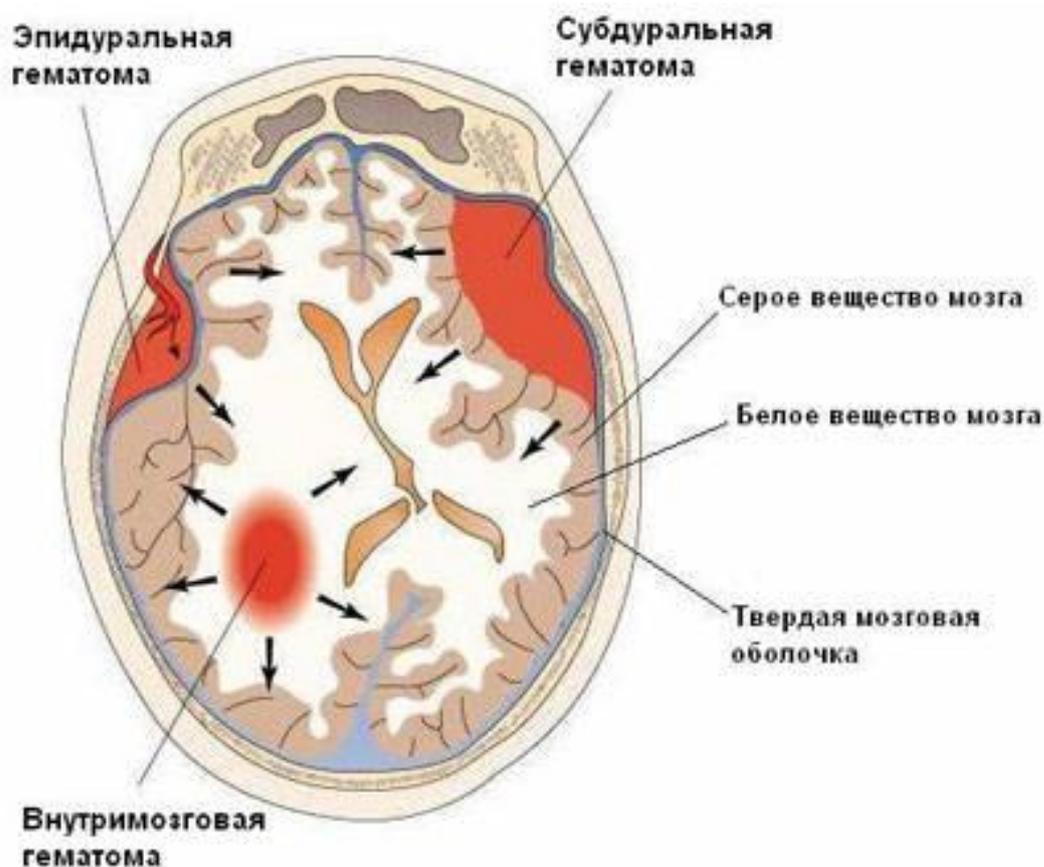
опухоли головного мозга;

заболевания печени;

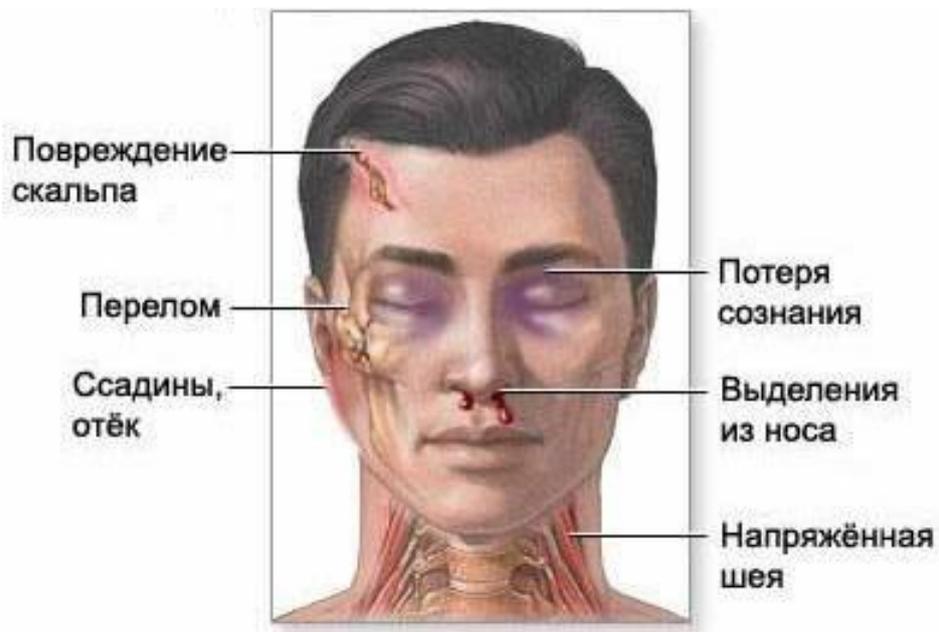
прием антикоагулянтов;

некоторые аутоиммунные заболевания;

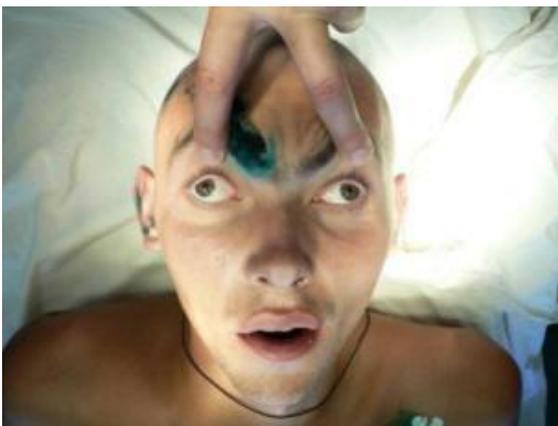
заболевания крови, например, гемофилия, лейкомия и серповидно-клеточная анемия.



Разные варианты гематом головного мозга



Признаки черепно-мозговой травмы



Расходящееся косоглазие при тяжелой ЧМТ

Приложение 3

Заполнить таблицу (пользуясь предложенным материалом)

Обозначить название нерва, определить симптомы, дописать клинику

Время 40 мин

Поражение нерва	синдромы	клиника
Iii?iv?v?vi?	Боние синдром	
Ix?x?xi?xii	Вилларе синдром(задней глоточной области)	

Vi?iv?ii?v?	Градениго синдром	
V?vi?vii?	Золдана синкенизия	
Ix?x?xi?xii?	Колле-сикара синдром	
Vii?viii?	Лянипа внутреннего слухового прохода синдром	
Iii/iv?vi?v?	Г синдромолоза =Ханта	
Почти все чмт	Гареена синдром	

Приложение 3

Время 30 мин

Дать объяснение медицинским терминам

- 1.Альтитудинопсия
- 2.Виллиса симптом
3. «Заячьего глаза» симптом
- 4.Авелиса синдромах
- 5.Ама (Бенуа) мигательно-жевательный симптом
- 6.Амавроз
- 7.Амблиопию
- 8.Аносмия,
- 9.Атаксия
- 10.Белла симптом
- 11.Биназальная гемианопсия
- 12.Брикнера симптом
- 13.Вебера симптом
- 14.Вертенберга синдром
- 15.Галлюцинации
- 16.Гемианопсия
- 17.Гемианоптическая зрачковая реакция
- 18.Гемипарезы,
- 19.Гетеронимная гемианопсия (битемпоральная, биназальная)
- 20.Гиперакузия,
- 21.Гипергидроз
22. Гиперосмия,
- 23.Гипертермии,
24. Гипоаккузия,
25. Гипосмия,
- 26.Гипостезия
- 27.Глоссодиния,
- 28.Глоточный рефлекс.
- 29.Гомолатеральным синдромом
- 30.Гомонимия
- 31.Горметонические судороги
- 32.Джексона синдром

- 33.Диплопии
- 34.Дюпюи-Дютана синдром –
- 35.Застойный диск
- 36.Зрительная агнозия –
- 37.Квадрантной гемианопсия –
- 38.Колле симптом –
- 39.Конъюнктивальный рефлекс.
- 40.Костена синдром
- 41.Лагофтальм.
- 42.Лазарева симптом
- 43.Ларингоскопия
- 44.Менингеальные симптомы
- 45.Мигреноподобная боль
- 46.Мидриаз
- 47.Нистагм,
- 48.Обонятельные галлюцинации
- 49.Односторонняя пространственная агнозия
- 50.Папиллит,
- 51.Паралича мышц языка.
- 52.Парастезией
- 53.Працентральная скотома,
- 54.Пароосмия
- 55.Пирамидная недостаточность
56. Подкорковые рефлексy.
- 57.Проба Ринне,
- 58.Проба Ромберга.
- 59.Психомоторное возбуждение
- 60.Рассеянный склероз
- 61.Реакция на конвергенцию
- 62.Ревильо симптом
- 63.Редера синдром
- 64.Ресниц симптом
- 65.Роговичный, рефлексy.
- 66.Россолимо-Мелькерсона-Розенталя синдром
- 67.Симптом «крокодиловых слез».
- 68.Синдромы Бильшовского
- 69.Скотома

Приложение 5

Тестовые задания

Время 30 мин

Вариант 1

Найти один правильный ответ

1. При подозрении на черепно- мозговую травму больному необходимо
 - а\ создать покой
 - б\ дать седативные препараты
 - в\ вызвать скорую помощь
 - г/ отправить на прием к хирургу

2. Пациенты с черепно-мозговой травмой госпитализируются в отделение:
- а\ травматическое
 - б\ хирургическое
 - в\ нейрохирургическое
 - г\ неврологическое
3. К открытым черепно-мозговым травмам относятся:
- а\ ранение мягких тканей;
 - б\ огнестрельные раны;
 - в\ сотрясение головного мозга;
 - г\ ушиб головного мозга;
4. Потеря сознания, тошнота, рвота, головокружение относится к :
- а\ менингеальным симптомам;
 - б\ общемозговым;
 - в\ локальным;
 - г\ стволовым;
5. Светобоязнь, головная боль, лихорадка, неукротимая рвота, относятся;
- а\ менингеальным симптомам;
 - б\ общемозговым;
 - в\ локальным;
 - г\ стволовым;
6. Травма в анамнезе и регрессирующие общемозговые симптомы указывают на ;
- а\ сотрясение головного мозга;
 - б\ ушиб головного мозга;
 - в\ сдавление головного мозга;
 - г\ перелом основания черепа;
7. Ушиб головного мозга по клинике отличается от сдавления:
- а\ длительностью потери сознания
 - б\ тяжестью течения
 - в\ « светлым промежутком»
 - г. однократной рвотой
8. Рвота при потере сознания
- а\ не бывает
 - б\ однократная
 - в\ повторная
 - г\ неукротимая
9. Сознание больного при сдавлении головного мозга:
- а\ ясное
 - б\ кратковременная потеря сознания;
 - в\ длительная потеря сознания;
 - г\ потеря сознания после « светлого промежутка»;
10. Рвота при сдавлении головного мозга:
- а\ не бывает
 - б\ однократная

в\ повторная

г\ неукротимая

11. Вид черепно- мозговой травмы, симптомом которой является истечение спинномозговой жидкости:

1. Сотрясение головного мозга

б\ Сдавление головного мозга

в\ Перелом основания черепа

г\ перелом свода черепа

12. Характеристика пульса и дыхания при сотрясении головного мозга:

а\ пульс и дыхание без отклонения от нормы

б\ пульс учащенный, дыхание частое поверхностное;

в\ пульс замедлен, дыхание частое;

пульс частый, дыхание редкое;

Вариант 2

Найти один правильный ответ

1. Больных с сотрясением головного мозга лечат

а\ на дому

б\ в поликлинике

в\ в стационаре

г\ не лечат

2. Источником информации о черепно-мозговой травме у пострадавшего являются (убрать неправильный ответ)

а\ родственники

б\ пациент

в\ работники ДПС

г\ свидетели травмы

3. Самый характерный симптом сдавления головного мозга- это:

а\ потеря сознания;

б\ « светлый промежуток»;

в\ амнезия;

г\ расстройство дыхания;

4. Травма в анамнезе, общемозговые, менингеальные симптомы указывают , на:

а\ сотрясение головного мозга:

б\ ушиб головного мозга;

в\ сдавление головного мозга;

г\ перелом основания черепа;

5.Необходимые меры при резком повышении внутричерепного давления:

а\ спинномозговая пункция;

б\ кровопускание;

в\ введение внутривенно растворов

г\ придание возвышенного для головы положения

6.Парезы, параличи, включая микросимптоматику, относятся;

а\ менингеальным симптомам;

б\ общемозговым;

в\ локальным;

г\ стволовым;

7.Нарушение дыхания, пульса, стабильности АД,глотания, терморегуляции, относятся;

а\ менингеальным симптомам;

б\ общемозговым;

в\ локальным;

г\ стволовым;

8.При сотрясении головного мозга сознание больного:

а\ ясное

б\ кратковременная потеря сознания;

в\ длительная потеря сознания;

г\ потеря сознания после « светлого промежутка»;

9.При ушибе головного мозга сознание больного;

а\ ясное

б\ кратковременная потеря сознания;

в\ длительная потеря сознания;

г\ потеря сознания после « светлого промежутка»;

10 При ушибе головного мозга рвота:

а\ не бывает

б\ однократная

в\ повторная

г\ неукротимая

11. Характеристика пульса и дыхания при ушибе головного мозга:

а\ пульс и дыхание без отклонения от нормы

б\ пульс учащенный, дыхание частое поверхностное;

в\ пульс замедлен, дыхание частое;

пульс частый, дыхание редкое;

Приложение 6

Ответить на контрольные вопросы

Время 30 мин

1. Какие травмы головного мозга вы знаете?
2. Какие очаговые симптомы возникают при травме?
3. Какие причины внутримозговой гематомы могут быть?
4. Какая гематома называется экстрадуральной ?
5. В каком возрасте наиболее часто встречаются эпидуральные гематомы?
6. В результате разрыва каких сосудов развивается субдуральная гематома?
7. Чем характеризуется синдром Гарсена?
8. Чем характеризуется синкинезия Золдана?
9. Чем характеризуется Корсаковский синдром?
10. Чем характеризуется синдром лобной доли?
11. Чем характеризуется сотрясение головного мозга?
12. Что такое ликвор. как определить его присутствие в крови?
13. Чем характеризуются общемозговые симптомы?
14. Какие месторасположение гематом вы знаете?
15. Какие симптомы возникают при внутричерепных кровоизлияниях?
16. Какие локальные симптомы вы знаете?
17. Что относится к менингеальным симптомам?
18. Какие степени нарушения сознания диагностируются при ЧМТ?
19. Какие методы диагностики применяют для определения степени нарушения сознания?
20. Какие методы диагностики применяют при определении нарушения функции черепно-мозговых нервов?
21. На что обращают внимание при ЧМТ при осмотре?
22. Что можно определить при пальпации, осматривая пострадавшего с предполагаемой ЧМТ?
23. Как определяются локальные симптомы?
24. Как определяются общемозговые симптомы?
25. Как определяются менингеальные симптомы?
26. Как определяются стволовые симптомы?
27. С какой целью проводятся дополнительные методы диагностики и какие?
28. Когда появляется и что характеризует «симптом очков»
29. Какие механизмы возникновения ЧМТ?
30. Какие осложнения ЧМТ появляются и как они диагностируются?

Д. Литература основная.

Травматология: учебник для студентов учреждений сред.

Проф.образования/Г.П.Котельников,В.Ф.Мирошниченко._М.:ГЭОТАР-Медиа,2019.

Литература дополнительная:

Барыкина Н.В. ,Кабарухина. АБ. Практическое руководство для фельдшеров.-

РостовнД:Феникс.2019.

Соколов В.А.Множественные и сочетанные травмы.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2019.

Интернет-ресурсы:

Информационный портал для врачей и студентов-медиков

[Электронный ресурс].

URL: (<http://4Medic.ru>

