**Cazurile clinice la tema „Traumatismele cranio-cerebrale”**

**Cazul clinic Nr. 1.**

Un bărbat în vârstă de 38 de ani a suferit de un traumatism cranio-cerebral izolat grav în cadrul unui accident rutier. A avut o scurtă pierdere de cunoștință, a fost transportat la punctul traumatologic din apropiere.

**Examenul la internare:** TA 120/80 mm Hg, pulsul –72 bătăi pe minut, pupila D=S, fotoreacția păstrată, nistagmus orizontal de amplitudinea mică, dereglări de convergența și acomodație, sindrom Gurevici –Mann pozitiv, fața simetrică, mișcările pasive și active în volum deplin, reflexele osteotendinoase D=S, semne patologice și meningiene negative.

**St. localis:** în regiunea parieto-temporală contuzia și edem subcutan al țesuturilor moi.

Radiografia obișnuită a craniului a depistat o fractură liniară a osului temporal drept. După aproximativ 2 ore de la traumatism, pacientul și-a pierdut din nou cunoștința.

**Examenul obiectiv a determinat:** TA 150/60 mm Hg, pulsul – 58 bătăi pe minut, pupila dreaptă dilatată (midriază), cu abolirea reacției la lumină, hiperreflexie în extremitățile stângi, semne patologice (semnul Babinski) pozitiv.

Examenul prin CT cerebral a confirmat diagnosticul.

**Indicați:**

1. Cum se numește intervalul de timp de la debutul traumatismului cranio-cerebral până la instalarea manifestărilor neurologice.
2. Cauza reducerii tensiunii arteriale și a frecvenței pulsului.
3. Cauza midriazei.
4. Diagnostic radiologic (CT).
5. Denumirea maladiei (d-za clinică).
6. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 2.**

Bolnava P., în vârsta de 39 de ani, pedagog, a fost adusă de ambulanță în stare de stupor (obnubilare profundă). Din spusele soțului, când traversa strada, a fost lovită de un automobil și a pierdut cunoștința. În ambulanță a vomitat de două ori.

**Examenul obiectiv:** Puls frecvent, 98 bătăi pe minut, slab, TA – 100/60 mm Hg. Bolnava își spune corect numele și prenumele, însă nu se orientează în spațiu și timp. La întrebări răspunde laconic, îndeplinește comenzile simple, greșește la cele mai complicate. Nu ține minte circumstanțele celor întâmplate. Este slăbită, nu dă dovadă de inițiativă, nu pune întrebări.

Neurologic: se determină semnul Kernig ușor pozitiv. Hipotonie musculară difuză. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Altă simptomatologie neurologică nu era prezentată.

**St. localis:** o plagă cu marginile rupte în regiunea occipitală a craniului cu hematom subaponevrotic de dimensiuni mari.

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Cum se numește acest tip de dereglare a memoriei.
3. Investigațiile complementare.
4. Măsurile terapeutice necesare.
5. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 3.**

Bolnava M., în vârstă de 32 de ani, muncitoare, în drum spre serviciu a alunecat și a căzut, lovindu-se cu capul de asfalt. Din spusele ei, nu și-a pierdut cunoștința, doar i s-a „întunecat în fața ochilor și a văzut scântei”. S-a ridicat singură, a ajuns la serviciu, dar nu a fost în stare să lucreze – avea dureri de cap, amețeli și grețuri. S-a dus la punctul medical.

**Examenul obiectiv:** semne de traumatizare a țesuturilor moi nu are. Pulsul – ritmic, 76 bătăi pe minut. TA – 125/80 mm HG. Conștiența – clară. Comportamentul – adecvat. Pupile D=S, fotoreacția directă și indirectă păstrată. Nistagmus orizontal de amplitudinea mică, dereglări de convergența și acomodare. Simptomul Gurevici-Mann – pozitiv. Simptomatologie neurologică de focar n-a fost depistată. Semnele meningiene și patologice – negative.

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Prin ce se manifestă simptomul Gurevich-Mann.
3. Investigațiile suplimentare.
4. Măsurile terapeutice necesare.
5. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 4.**

Bolnavul J., în vârstă de 34 de ani, a căzut de pe motocicletă. Și-a pierdut cunoștința momentan. A fost spitalizat peste 1,5 ore de la accident. În timpul transportării a avut vome repetate, miros neplăcut de alcohol, două accese convulsive generalizate.

**Examenul la internare**: bolnavul e în stare de comă, la examinare și excitații dureroase nu reacționează. Scorul după scala Glasgow O1+ V1+ M1 = 3 puncte. Respirație zgomotoasă, periodic de tip Cheyne-Stokes. Pulsul – ritmic, 92 bătăi pe minut. TA – 150/100 mm Hg. Pupilele – dilatate bilateral, fotoreacția – leneșă, deviația conjugată a ochilor. Reflexele osteotendinoase – diminuate, egale. Semnele patologice lipsesc.

La puncție lombară lichidul cefalorahidian era transparent, se scurgea sub o presiune de 210 mm ai stâlpului de apă. După puncția lombară respirația a devenit mai liniștită, a apărut reacția la excitația dureroasă prin retragere.

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Cum poate fi comentat scorul scalei Glasgow.
3. Investigațiile complementare.
4. Măsurile terapeutice necesare.
5. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 5.**

Bolnavul S., în vârsta de 6 luni, a căzut de pe masă pe podea, și-a pierdut cunoștința, s-a dezvoltat un acces convulsiv cu mișcări tonico-clonice în mușchii mimici ai feței și a extremităților pe dreapta. Accesul a durat 2–3 minute, după care au dispărut mișcările în mâna dreaptă. A vomitat de două ori.

**Examenul obiectiv:** copilul este fără cunoștință. Nu reacționează la manipulațiile examenului medical. Semnele meningiene – negative. Fontanela mare este tensionată, estompată. Strabism divergent unilateral din stânga. Midriaz unilaterală pe stânga. Reacția pupilei stângi la lumină este absentă, pupila dreaptă reacționează leneș. Reflexul cornean – viu, bilateral. Este ștearsă plica nazo-labială pe dreaptă. Mișcările active în mânuța dreaptă lipsesc. Mișcările în mânuța stângă și piciorușe sunt păstrate.

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Diagnosticul de localizare (topografic).
3. Investigațiile complementare.
4. Măsurile terapeutice necesare.
5. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 6.**

Bolnavul D., în vârstă de 37 de ani, constructor, a fost lovit în cap și umărul stâng de un panou de beton, care balansa și aruncat la o distanță de 4–5 metri. Și-a pierdut pe loc cunoștința. A fost adus imediat în secția de internare.

**Examenul obiectiv:** Starea generală de gravitatea medie. Deschide ochii, retrage mâna stângă la stimul dureros. Scoate niște sunete, dar nu pronunță cuvinte. Respirație zgomotoasă, ritmică, 21 pe minut. . TA – 160/100 mm Hg. Pulsul – încordat, 100–110 lovituri pe minut, aritmie respiratorie.

**Neurologic:** Redoarea cefei – de 3 degete. Semnele Kernig și Brudzincski – ușor exprimate. Reflexele osteotendindoase D>S. Semnul Babinski – pozitiv pe dreapta.

**St. localis:** În regiunea occipito- cervicală din stângă se observă un hematom de dimensiuni mari. Multiple zgârieturi și contuzii ale țesuturilor moi pe jumătatea dreaptă a feței, pe mâna dreaptă și pe piciorul drept.

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Starea de conștiența a bolnavului după scala Glasgow.
3. Investigațiile complementare.
4. Măsurile terapeutice necesare.
5. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 7.**

Bolnavul U., în vârstă de 72 de ani, fără familie, a fost adus la spital de vecini pe motiv de comportament neadecvat. În secția de internare excitat psihomotor, opune rezistență examenului clinic, a dezvoltat un acces convulsiv generalizat, care s-a început de la devierea capului și globilor oculari spre stânga. După acces a devenit somnolent.

**Examenul obiectiv:** Starea generală de gravitatea medie. Pulsul – 60 bătăi pe minut, ritmic. TA – 150/100 mm Hg. Temperatura corpului – 36,5oC. Somatic fără patologie. La întrebări nu răspunde, reacționează doar stimul dureros.

**Neurologic:** Pupili D=S. Motilitatea ochilor păstrată. Plica nazo-labială denivelată din stânga. Tonusul muscular mărit din stânga. Reflexele osteotendinoase S>D. Semnul Babinski – pozitiv pe stânga. Este exprimat meningismul (semne meningiene pozitive)

**St.localis:** În regiunea fronto-parietală pe dreapta se observă o umflătură mică, sub ochiul stâng – echimoze (nu sunt proaspete).

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Ce se numește meningism.
3. Investigațiile complementare.
4. Măsurile terapeutice necesare.
5. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 8.**

Bolnava C., în vârstă de 38 de ani, în timp ce traversa strada, s-a împiedicat și a căzut, lovindu-se cu capul de marginea bordiurului. S-a ridicat cu ajutorul cuiva. Se plângea de cefalee intensă, amețeli. A vomitat. A fost adusă la spital.

**Examenul obiectiv:** este agitată, vorbește în glas tare, gesticulează excesiv. Anizocorie. Strabism parțial unilateral. Semnul Gurevici-Mann – pozitiv. Reflexele osteotendinoase D=S, înviorate. Semnul Babinski – pozitiv bilateral. Semne meningiene sunt exprimate.

**St. localis:** contuzie cu escoriații a țesuturilor moi regiunii frontale.

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Cum se manifestă semnul Gurevici-Mann pozitiv.
3. Investigațiile complementare.
4. Măsurile terapeutice necesare.
5. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 9.**

Bolnavul R., 22 de ani, a fost agresat, lovit cu un obiect dur în regiunea occipitală. Pentru câteva secunde și-a pierdut cunoștința. A mers acasă și s-a culcat, fără a anunța rudele ce a pățit. Peste două ore s-a trezit cu dureri violente de cap, a vomitat. De urgență a fost transportat la spital.

**Examenul obiectiv:** Starea generală de gravitatea medie. Pulsul – 60 bătăi pe minut, ritmic. TA – 150/100 mm Hg. Temperatura corpului – 37,5oC.

Stă cu ochii închiși, dar la cerere deschide ochii. La comandă verbală nu mișcă extremitățile, mâna localizează stimul dureros. Are o vorbire neclară, încurcă evenimentele. Semnul Kernig – pozitiv bilateral.

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Starea de conștiență după scala Glasgow.
3. Investigațiile complementare.
4. Măsurile terapeutice necesare.
5. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 10.**

Bolnavul F., 42 de ani, a căzut din pom (culegea cireșe) de la o înălțime de aproximativ 2 metri, cu capul în jos. Și-a pierdut cunoștința aproximativ pe 10–15 minute. Când și-a revenit, și-a dat seama că nu poate mișca extremitățile.

**Examenul obiectiv:** Mișcările active în membri – abs. Hipotonie musculară difuză. Reflexele osteotendinoase D=S abolite. Toate felurile de sensibilitate – absente, începând cu nivelul C5 bilateral. Semnul Kernig – pozitiv bilateral. Marginea superioară a vezicii urinare se palpează la nivelul ombilicului.

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Cum trebuie transportat un asemenea bolnav.
3. Cum se numește tipul de dereglare a sensibilității.
4. Investigațiile complementare.
5. Măsurile terapeutice necesare.
6. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 11.**

Bolnava D., în vârstă de 39 de ani, a căzut, rostogolindu-se de pe un stog de fân. S-a ridicat singură; a simțit că amețește și că îi este greață. Spre seară a vomitat doar o singură dată. Când a încercat să citească, a remarcat că i se dublează imaginea.

**Examenul obiectiv:** Starea generală sătisfăcătoare. Pulsul – 92 bătăi pe minut. TA – 120/80 mm Hg.

**Neurologic:** nistagmus orizontal de amplitudinea mică, dereglări de convergența și acomodare, sindrom Gurevich –Mann pozitiv, fața simetrică, mișcările pasive și active în volum deplin, reflexele osteo-tendinoase D=S, semne patologice și meningiene negative. În rest – fără simptomatica neurologică de focar.

**Indicați:**

1. Diagnosticul preliminar.
2. Simptomul neurologic, remarcat la citire.
3. Investigațiile complementare.
4. Măsurile terapeutice necesare.
5. Lista maladiilor curabile necesare în diagnosticul diferențial.

**Cazul clinic Nr. 12.**

Bolnava C., în vârstă de 43 de ani, a căzut acasă pălindu-se cu capul de prispă. Pentru câteva secunde și-a pierdut cunoștința. S-a ridicat singură; a simțit că amețește și că îi este greață. Spre seară a vomitat doar o singură dată. S-a adresat la medic-neurolog care după examinare clinică a trimis-o acasă cu d-za comoție cerebrală și tratamentul prescris recomandat. Peste două săptămâni pacienta a fost adusă la spital de ambulanța fără cunoștința.

**Examenul obiectiv:** Examenul obiectiv a determinat: TA 150/60 mm Hg, pulsul – 58 bătăi pe minut,

**Neurologic:** pupila dreaptă dilatată (midriază), cu abolirea reacției la lumină, hiperreflexie în extremitățile stângi, semne patologice (semnul Babinski) pozitiv.

Examenul din computer tomografie cerebrală a confirmat diagnosticul.

**Indicați:**

1. Denumirea maladiei (d-za clinică).
2. Fazele evolutive a HSC.
3. Cauza reducerii tensiunii arteriale și a frecvenței pulsului.
4. Cauza midriazei.
5. Diagnostic radiologic (CT).
6. Lista maladiilor curabile cu care trebuie să se facă diagnosticul diferențial.