

**Уважаемые коллеги,**

**ниже вы найдете задания олимпиады по боли (РОИБ). Задания составлены на основе реальных клинических случаев. По каждому клиническому случаю необходимо ответить на 3 вопроса. Ответы должны быть максимально полными.**

**№1**

Пациентка, 61 год. Поступила на плановое лечение в неврологический стационар с жалобами на интенсивную «простреливающую», «жгучую» боль в левой половине шеи, надплечье, плече и наружной поверхности левой руки до 7 баллов по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ), на выраженную слабость в проксимальных отделах левой руки, на онемение в стопах, нарушение сна из-за болевого синдрома, снижение массы тела на 8 кг.

Со слов пациентки, онемение в стопах ощущает в течение последних 1,5 лет, значения данным симптомам не придавала, не обследовалась. Интенсивная «простреливающая», «жгучая» боль в левой половине шеи, надплечье, плече и наружной поверхности левой руки возникла остро, без провоцирующих факторов 5 недель назад. Обращалась за помощью амбулаторно по месту жительства: боль была расценена как скелетно-мышечная цервикобрахиалгия на фоне миофасциального синдрома, назначены НПВП, миорелаксанты, витамины группы В на 10 дней в терапевтических дозировках, без эффекта. В частном центре выполнялась лечебная блокада в верхнюю порцию трапециевидных мышц под УЗИ контролем, без эффекта. В связи с сохранением симптомов пациентка госпитализирована.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет, 2 типа (диагностирован 6 лет назад). В течение 2-х лет принимает метформин 1000 мг 2 раза в сутки, дапаглифлозин 10 мг, контроль гликемии не ведет, на консультации у эндокринолога была 9 месяцев назад. Гликемия натощак при поступлении - 11,7 ммоль/л.

Соматически: повышенного питания. Артериальное давление –130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100 в минуту.

Неврологический статус: Менингеальных знаков нет. Черепно-мозговые нервы: интактны. Рефлексы орального автоматизма: отсутствуют. В левой руке – парез 2 балла в проксимальных отделах, в дистальных отделах парез 4 балла, в ульнарной группе мышц – 2-3 балла. В правой руке сила мышц- 5 баллов. В мышцах ног сила достаточная. Сухожильные рефлексы на левой руке - abs, на правой - вызываются. В ногах коленные рефлексы снижены D=S, ахилловы- abs. Мышечный тонус в левой руке снижен. Гипотрофия дельтовидной, двуглавой и трехглавой мышц плеча и мышц предплечья слева. Отмечаются гипералгезия, дизестезия по наружной поверхности левого надплечья, плеча, в левой кисти, в ногах – гипалгезия, гипестезия по типу высоких «носков» с двух сторон. Вибрационная чувствительность- снижена в ногах. В пробе Ромберга с закрытыми глазами неустойчива. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Тазовые функции не нарушены.

MPT плечевых сплетений: Анатомическая целостность структур не нарушена. На всем видимом протяжении корешки, стволы и пучки плечевых сплетений утолщены слева по сравнению с правой стороной. При исследовании с контрастным усилением – интенсивное, пятнистого характера накопление контрастного вещества структурами левого плечевого сплетения и малоинтенсивное накопление контрастного вещества структурами правого плечевого сплетения.

1. Как бы Вы сформулировали диагноз пациентки?
2. Какой спектр обследований (инструментальные, лабораторные, консультации смежных специалистов, тестирование по шкалам и т.д.) Вы бы назначили пациентке и почему?
3. Опишите подробную тактику лечения пациентки.

**№2**

На амбулаторном приеме пациент 49 лет. Со слов пациента «обратился по рекомендации кардиологов и кардиохирургов для дообследования» перед плановой установкой электрокардиостимулятора (ЭКС). Установку ЭКС планируется проводить по поводу синдрома слабости синусового узла (СССУ). При активном расспросе предъявляет жалобы на: несистемное головокружение, снижение переносимости физических нагрузок, общую слабость, жгучие боли в конечностях.

Со слов пациента, «сколько себя помнит» испытывает боли жгучего характера до 4-5 баллов по ЦРШ в кистях и стопах, возникающие при изменении температуры окружающего воздуха, возникающие при физической нагрузке и при ОРВИ с повышением температуры тела. В возрасте около 13 лет отметил, что «практически не потеет» (гипогидроз). В возрасте 15 лет появилась сыпь (см. рисунок) в околопупочной области, к 20 годам сыпь распространилась на область паха, кистей и предплечий. Пациент наблюдался дерматологом с диагнозом атопический дерматит.

В возрасте 40 лет перенес инфаркт миокарда. С возраста 43 лет выявлялся компенсированный СССУ (в течение последних 6 месяцев – декомпенсация). В возрасте 49 лет из-за наличия несистемного головокружения по совету врача-кардиолога выполнил МРТ ГМ, на котором диагностирован перенесенный лакунарный инсульт.

Курил по ½ пачки в день до 40 лет, после перенесённого инфаркта миокарда – прекратил.

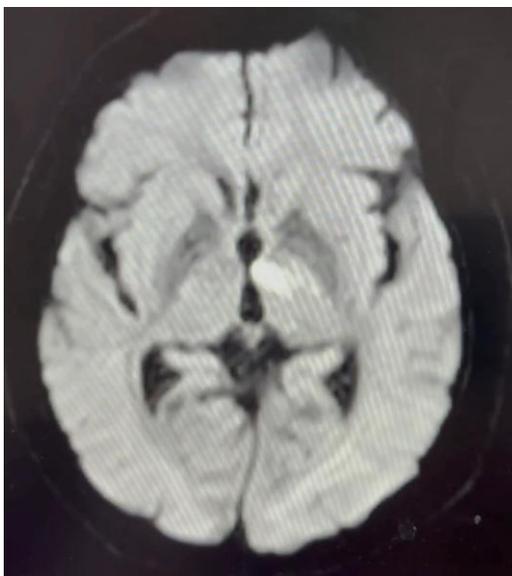
Соматически: обращает на себя внимание сыпь на коже вокруг пупка, кистей и предплечий, паховой области (см. рисунок). В неврологическом статусе: без очаговой неврологической симптоматики.



1. Как бы Вы сформулировали диагноз пациента?
2. Какой спектр обследований (инструментальные, лабораторные, консультации смежных специалистов, тестирование по шкалам и т.д.) Вы бы назначили пациентке и почему?
3. Опишите подробную тактику лечения пациентки.

### **№3**

Пациентка, 62 года (на приеме с дочкой), обратилась к Вам на амбулаторный прием с жалобами на «леденящую» боль в правой половине тела (более выраженную – в правой руке) до 7 баллов по ВАШ. 3,5 недели назад пациентка перенесла ишемический инсульт, выписной эпикриз забыла дома, однако у дочки есть диск МРТ головного мозга (см. рисунок), который ей выдал лечащий врач при выписке.



Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия, 2 ст, 3 ст, очень высокий риск ССО. После госпитализации подобраны гипотензивные препараты, на фоне которых пациентка контролирует АД.

Диагностика: При неврологическом осмотре выявлены гемигиперестезия и гемигипералгезия справа.

1. Как бы Вы сформулировали диагноз пациентки?
2. Какой спектр обследований (инструментальные, лабораторные, консультации смежных специалистов, тестирование по шкалам и т.д.) Вы бы назначили пациентке и почему?
3. Опишите подробную тактику лечения пациентки.

#### **№4**

На амбулаторном приеме мужчина, 40 лет, IT- специалист. Со слов пациента, около 7-и месяцев назад впервые стал отмечать эпизоды онемения 4-5 пальцев правой кисти при длительной работе за компьютером. Около 5-и месяцев назад отметил появление «покалывания» в указанных пальцах, онемение стало практически постоянным. 3 недели назад, аналогичные проявления возникли в 4-5 пальцах левой кисти.

Неврологический статус: ЧМН интактны. Мышечная слабость межкостных мышц правой кисти до 4 баллов. Сила в остальных группах мышц удовлетворительная. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей D=S, живые. При осмотре кистей отмечается умеренная гипотрофия мышц гипотенара справа, межкостных мышц справа. При проверке поверхностной чувствительности определяется зона гипестезии по латеральной поверхности правой кисти, в области 4-5 пальцев. В остальном – без особенностей.

1. Как бы Вы сформулировали диагноз пациента?
2. Какой спектр обследований (инструментальные, лабораторные, консультации смежных специалистов, тестирование по шкалам и т.д.) Вы бы назначили пациентке и почему?
3. Опишите подробную тактику лечения пациентки.

#### **№5**

Пациент, 63 года, обратился к Вам на амбулаторный прием с жалобами на многочисленные в течение дня приступы интенсивных простреливающих, «прожигающих» болей до 9 баллов по ЦРШ в левой дужке зева, корне языка слева, в области ротоглотки слева. Длительность приступов не превышает 2-х минут, приступы провоцируются приемом пищи, глотанием воды, слюны; возникают при кашле, чихании, разговоре. Боли не купируются приемом НПВП в максимальных суточных дозах.

Со слов пациента боль возникла остро 3 недели назад после употребления холодного лимонада на корпоративе. Посчитал, что «заболел ангиной», обратился к терапевту, отоларингологу; проведена антибиотикотерапия, которая не купировала приступы боли. Записался к неврологу, пока ждал приема использовал НПВП, без эффекта.

Ежегодно проходит диспансеризацию, хронических заболеваний не имеет.

Неврологический статус: без очаговой неврологической симптоматики.

1. Как бы Вы сформулировали диагноз пациента?
2. Какой спектр обследований (инструментальные, лабораторные, консультации смежных специалистов, тестирование по шкалам и т.д.) Вы бы назначили пациентке и почему?
3. Опишите подробную тактику лечения пациентки.

#### **№6**

Пациентка С., 34 года, предъявляет жалобы на ноющие, тянущие, выкручивающие диффузные боли в области спины, шеи, в мышцах рук и ног, в области грудной клетки спереди, с флуктуацией интенсивности боли в течение суток от 4 до 8 баллов по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ); «невосстановительный» сон; сложности с концентрацией внимания, повышенную тревожность.

Со слов пациентки, около 3 лет назад после увольнения с предыдущего места работы отметила тянущие, ноющие боли в области шеи и спины, в течение 3-х последующих месяцев боль стала носить диффузный характер: распространилась на область рук, ног и грудной клетки. Принимала самостоятельно и по рекомендациям врачей различные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), миорелаксанты, хондропротекторы, витамины группы В без значимого эффекта. В течение 2 лет пациентку беспокоит ощущение разбитости, усталости после сна, несмотря на его достаточную продолжительность, что соответствует описанию «невосстановительного» сна. В течение последних 3-х месяцев присоединились сложности с концентрацией внимания, повышенная тревожность, что заставило снизить рабочую нагрузку и перейти на дистанционную форму работы.

По данным МРТ шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника 2024 г: дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, дорзальные протрузии С3-С4, С4-С5, дорзальные протрузии L4-L5, L5-S1 до 2 мм. По данным МРТ крестцово-подвздошных сочленений от 2024 г: сакроилеит не выявлен. Лабораторные исследования, включающие общий анализ крови (ОАК), скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ), глюкозу, холестерин, общий билирубин, общий белок, альбумин, электрофорез белков сыворотки, креатинин, мочевую кислоту, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза(АСТ), гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ), креатинфосфокиназа (КФК), тиреотропный гормон (ТТГ), ревматоидный фактор, общий анализ мочи (ОАМ), без отклонений от референсных значений.

Пациентка работает дистанционно на 0,5 ставки юристом. Пациентка сообщает о наличии сопутствующей миопии слабой степени. Из оперативных вмешательств сообщает о кесаревом сечении в 2017 году. Курение, употребление алкоголя, злоупотребление наркотическими препаратами отрицает.

В соматическом статусе отклонений не выявлено. Индекс массы тела (ИМТ) - 22,1 кг/м<sup>2</sup>. Артериальное давление (АД) – 114/74 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 70 ударов в минуту. В неврологическом статусе – без очаговой неврологической симптоматики.

#### **Вопросы:**

4. Как бы Вы сформулировали диагноз пациентки?
5. Какой спектр обследований (инструментальные, лабораторные, консультации смежных специалистов, тестирование по шкалам и т.д.) Вы бы назначили пациентке и почему?
6. Опишите подробную тактику лечения пациентки.

#### **№7**

К Вам на прием обратилась женщина, 45 лет, образование среднее специальное, профессия – повар, разведена, имеет дочь 17 лет.

Пациентка предъявляет жалобы на ежедневную головную боль (ГБ) сжимающего характера (по типу обруча, шапки) до 4-5 баллов по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ), не сопровождающуюся повышенной чувствительностью к свету, звукам или запахам; на практически постоянную боль в поясничной области до 3-4 баллов по ВАШ; эпизодические (до 2 раз в неделю) нарушения сна по типу сложностей с засыпанием.

Чаще всего ГБ возникает уже при пробуждении утром, значительно реже - спустя 1,5 часа (при входе в здание, где она работает). На протяжении последних 2,5 лет ГБ присутствует ежедневно (30 дней с ГБ в месяц), облегчается (но не проходит) только после приема одной - двух доз комбинированного анальгетика (в месяц употребляет до 75 таблеток анальгетиков, в том числе комбинированных). Впервые ГБ возникла у пациентки после развода и раздела имущества с бывшим супругом - 8 лет назад, носили эпизодический характер (возникали во время судебных слушаний по поводу развода, во время разговоров с бывшим супругом), могли регрессировать сами, в моменты расслабления, например, во время разговоров или просмотра фильмом с дочерью. В течение последних 3-х лет ГБ стали практически ежедневными.

Боль в поясничной области беспокоит в течение последних 5 лет после того, как перешла на новое место работы (повар в школе). Со слов пациентки «денег стало больше, но и нагрузки на спину стало больше». Пациентка регулярно поднимает кастрюли по 15, 20 литров вместе с напарницей.

Нарушения сна возникают на фоне переживаний за дочь, которая готовится к сдаче ЕГЭ. Эпизодически принимает препараты мелатонина с положительным эффектом.

Сопутствующие заболевания: Миопия. Миома матки малых размеров. Фиброаденома молочной железы.

ИМТ: 29.5; ЧСС:78 уд/мин; АД: 118/78 мм.рт.ст.

Очаговой неврологической симптоматики нет. В нейроортопедическом статусе: болезненность при пальпации перикраниальной мускулатуры. Положительная проба Кемпа на уровне L4-L5.

HADS: тревога - 10, депрессия - 7.

**Вопросы:**

1. Как бы Вы сформулировали диагноз пациентки?
2. Какой спектр обследований (инструментальные, лабораторные, консультации смежных специалистов, тестирование по шкалам и т.д.) Вы бы назначили пациентке и почему?
3. Опишите подробную тактику лечения пациентки.