

## **Клинични въпроси и задачи**

### **Зимен семестър 2015/16 учебна година**

#### **Клиничен случай 1:**

Жена посещава очен лекар с оплакване за стесняване на зрителното поле. При прегледа лекаря установява, че жената не вижда в латералните половини на зрителните полета на двете очи.

Въпроси:

1. Къде по зрителния път е нарушението на зрението?
2. Къде е локализирана причината за това нарушение?

#### **Клиничен случай 2:**

Възрастен мъж се оплаква на своя личен лекар, че от няколко дни не вижда в левите половини на двете зрителни полета.

Въпроси:

1. Къде в зрителния път е нарушението на зрението на този пациент?

#### **Клиничен случай 3:**

Личен лекар бива извикан по спешност в дома на възрастен мъж по повод на внезапно възникнали паралитични явления. При прегледа той установява парализа на левите горен и долен крайник. Освен това има парализа на дясната половина на лицето на пациента. Дясната очна ябълка е обърната медиално.

Въпроси:

1. На какво се дължи пълната парализа на дясната половина на лицето?
2. Защо дясната очна ябълка е обърната медиално?
3. На какво ниво е мозъчната увреда?
4. На какво се дължи парализата на долните крайници?

#### **Клиничен случай 4:**

При събуждане от сън жена не може да движи и двата си десни крайника. Тя не може да дърпа устния ъгъл на дясно и да покаже зъбите си от тази страна. Извиканият на място невролог установява, че жената може да си затвори дясното око и да повдигне клепача му, както и да набръчка дясната половина на челото си. На лявата страна не се установяват никакви нарушения.

Въпроси:

1. На какво се дължат отпадните явления на лицевата мускулатура?
2. Защо жената не може да движи само долната дясна половина на лицето си, а горната не е засегната?
3. Защо не може да движи двата си десни крайника?
4. На какво ниво е мозъчното нарушение?

### **Клиничен случай 5:**

Близки на възрастен мъж обръщат внимание на промени в лицето му и повикват лекар. Той установява, че горният клепач на лявото око е спуснат надолу и не се движи. Освен това лявото око е странно отклонено настрани. Повдигайки с пръст горния клепачна това око и изследвайки зеницата му, лекарят установява, че тя е разширена и не реагира на светлина. Близките на пациента съобщават, че той е прекарал няколко леки мозъчни инцидента.

Въпроси:

1. Защо лявото око е отклонено настрани?
2. Защо горният клепач е спуснат надолу?
3. На какво се дължи разширяването на зеницата?
4. На увреждането на коя анатомична структура се дължат описаните симптоми?

### **Клиничен случай 6:**

28-годишна зъболекарка се консултира със своя лекар, заради изтръпване и лека болка в дясната си ръка. Симптомите са локализирани на палеца, показалеца, средния и латералната страна на безименния пръст. Усещанията са по-интензивни през нощта или при повече работа в кабинета. В последно време е изпитвала известна слабост в захвата си и затруднение в държането на инструментите си. Също така, силата на движенията на десния палец е намалена.

При преглед се установява намалена сила в някои движения на палеца. Нарушена е чувствителността за лек допир и убождане в областта на палеца, показалеца, средния и латералната страна на безименния пръст, докато сетивността на дланта не е засегната. Натискът и потупването върху *retinaculum flexorum* причиняват изтръпване. Въз основа на данните от прегледа на пациентката е поставена диагноза синдром на карпалния тунел.

Въпроси:

1. Какво представлява карпалния тунел? Какво се съдържа в него?
2. Два мускула, които се засягат при синдрома на карпалния тунел, са *m. abductor pollicis brevis* и *m. opponens pollicis*. Как ще се изследват техните функции?

3. Въпреки че този пациент се възстановява с почивка и физиотерапия, при някои пациенти консервативното лечение е неуспешно и се налага операция. Кои структури могат да бъдат засегнати при операция и трябва да се избягват?

#### **Клиничен случай 7:**

При автомобилна злополука пациент получава дълбоко разкъсване медиално на дясното коляно. След това пациентът установява изтръпване и загуба на сетивност по медиалната страна на дясната подбедрица и ходило, без двигателен дефицит. Нервът, който е бил засегнат е:.....

#### **Клиничен случай 8:**

Мъж в състояние на алкохолно опиянение е прострелян, след което е приет по спешност в болница. Прегледът установява, че той е в клинична смърт. При прегледа се установява едно входно и едно изходно отворстие на проектил, преминал в предно-задна посока през предно-вътрешната част на лявото бедро. Входното отворстие е на около 8-9 см. под слабинната гънка. Медицинското заключение за спиране на сърдечната дейност е значителна кръвозагуба, поради което се започват реанимационни мероприятия.

Въпроси:

1. Кои кръвоносни съдове биха могли да бъдат наранени при споменатото огнестрелно нараняване?
2. На какво се дължи много голямата кръвозагуба, довела до клинична смърт?
3. Може ли такъв кръвоизлив да бъде спрял?

#### **Клиничен случай 9:**

Лекар е повикан спешно в дома на възрастна жена. Той я намира на пода и оплакваща се от силна болка в областта на лявата тазова половина. Левият долен крайник е по-къс от десния и е външно завъртян. Жената не може да вдигне крака си, нито самостоятелно да се изправи.

Въпроси:

1. На какво се дължи необичайната поза на жената?
2. На какво се дължи външното завъртане на долния крайник?
3. Защо левия крайник е по-къс от десния?

#### **Клиничен случай 10:**

Мъж постъпва в болница след силен удар с железен прът в средата на неговата дясна мишница. Огледът установява подуване и деформация на областта, а крайникът изглежда скъсен. Неговата китка не може да бъде разгъната, липсва и разгъване в дланнофалангеалните стави, а междуфалангеалните стави се разгъват слабо. Извършеният преглед установява допълнително намаляване на сгъването в лакътната става и липсваща кожна сетивност по задната страна на мишницата и предмишницата. Страничната част на гърба на ръката също е безчувствена. Рентгеновата снимка показва счупване на мишничната кост близо до *tuberositas deltoidea*.

Въпроси:

1. На какво се дължи липсата на разгъване на китката на дясната ръка?

2. На какво се дължи липсата на разгъване на пръстите?
3. На какво се дължи намаленото сгъване в лакътната става?
4. На какво се дължи липсата на чувствителност в посочените зони?
5. Каква анатомична структура е повредена при описаното счупване?

### Въпроси:

При фрактура на femur дисталният край често се извива назад към fossa poplitea, в резултат на мускулна тракция. Коя от структурите във fossa poplitea е най-уязвима, поради най-дълбокото си разположение?

- а. n. fibularis communis
- б. v. saphena parva
- в. a. poplitea
- г. v. poplitea
- д. n. tibialis

Възрастен пациент се оплаква от затруднение при изкачване на стълби. Прегледа при лекаря показва слабост при екстензията в тазобедрената става, без промяна на флексията в същата става. Няма промяна във флексията и екстензията в колянна става. Според тези резултати, кой мускул най-вероятно не функционира нормално?

- а. m. adductor magnus
- б. m. gluteus maximus
- в. m. gluteus medius
- г. m. iliopsoas
- д. m. semitendinosus

След операция за отпрепарирание на v. saphena parva за автотрансплантант, пациентът се оплаква от загуба на сетивност на дисталната латерална страна на подбедрицата и латералната страна на ходилото. Кой нерв е засегнат при операцията?

- а. n. peroneus profundus
- б. n. cutaneous femoris posterior
- в. n. saphenus
- г. n. peroneus superficialis
- д. n. suralis

Работник пада от високо и се приземява на ходилата си. Рентгенографията показва фрактура на sustentaculum tali. Сухожилието на мускула, който минава непосредствено отдолу и е тежко увреден е:

- а. m. fibularis longus
- б. m. flexor digitorum longus
- в. m. flexor hallucis longus
- г. m. tibialis anterior
- д. m. tibialis posterior