**Методика проведения промежуточной аттестации (экзамена) по госпитальной терапии студентов 5 курса педиатрического факультета**

Промежуточная аттестация по госпитальной терапии проходит в виде устного экзамена по окончанию 10 семестра согласно расписанию. После получения билета, на подготовку к ответу выделяется не менее 30 минут. На усмотрение экзаменатора может вестись выборочная аудиозапись ответа студента. Студент имеет право подать руководителю деканата письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения экзамена и (или) несогласия с результатами экзамена. Апелляция подается студентом лично не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов экзамена.

Итоговая оценка по дисциплине включает рейтинговую оценку по 100 балльной системе в 1С, которая включает:

1. Средний балл за пройденные циклы
2. 4 модуля
3. Экзаменационная оценка.
4. Оценку за историю болезни.

Экзамен включает рейтинговую оценку по 100 балльной системе, которая включает:

1. Один вопрос в билете (дифференциальная диагностика заболеваний внутренних органов).

2. Ситуационная задача

3. Рентгеновский снимок

4. ЭКГ или ФВД

**Образец применяемых оценочных средств**

**Билет №----**

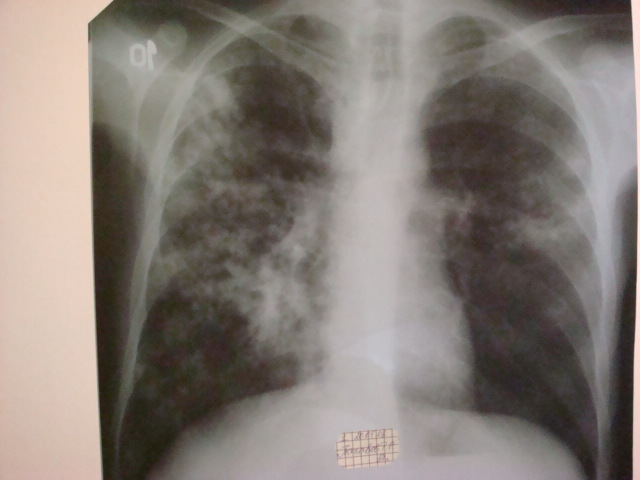
1.Дифференциальная диагностика при головной боли и головокружениях терапевтического генеза.

2. ЭКГ

Дайте заключение согласно протокола (скорость протяжки 50 мм/сек

****

**3.** Рентгеновский снимок



4. Ситуационная задача

**№ 2** Пациент Н., 69 лет, пенсионер, в течение 50 лет выкуривающий до 20-25 сигарет в день, поступил с жалобами на повышение темпера­туры тела максимально до 38,6°С в течение последних суток, с озно­бом, а также на слабость, появление кашля, сначала сухого, затем с отхождением небольшого количества мокроты желто-зеленого цвета, одышку, учащенное сердцебиение, дискомфорт в правой по­ловине грудной клетки. Развитие заболевания связывает с переох­лаждением. В анамнезе - артериальная гипертония, редкие приступы стенокардии напряжения.

При **осмотре** состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, горячие, умеренно выраженный диффузный цианоз. Пери­ферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. Число дыхательных движений в покое 26 в минуту. При осмотре обращает на себя внимание отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания и бронхофонии справа до угла лопатки, в этой же области - укоро­чение перкуторного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыха­ния и сухих рассеянных жужжащих хрипов справа до уровня угла лопатки определяются участок бронхиального дыхания и звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, тахи­кардия (ЧСС 100-110 в минуту, определяются экстрасистолы до 5-8 в минуту), АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области эпигастрия. Печень, селезен­ка не увеличены. В неврологическом статусе признаков очаговой симптоматики и менингеальных знаков нет.

В **анализах крови:** эритроциты - 4,1 млн, гемоглобин - 116 г/л, Hct - 46%, ЦП - 0,85, лейкоциты - 18,6 тыс. (п/я - 4%, с/я - 80%), лимфоциты - 12%, эозинофилы - 2%, базофилы - 0%, моноциты -2%), СОЭ - 46 мм/ч, СРВ - +++; рО, - 58%, рС02 - 34% (капил­лярная кровь).

В **общем анализе мокроты:** характер слизисто-гнойный, кон­систенция вязкая, лейкоциты 40-60 в поле зрения, эритроцитов, эозинофилов нет, атипичные клетки, БК, спирали Куршмана, крис­таллы Шарко-Лейдена, эластичные волокна не обнаружены, при окраске по Граму обнаружены грамположительные диплококки.

В **анализах мочи:** удельный вес -1018, следы белка, лейкоциты -4-6-8 в поле зрения.

Пациенту выполнена **рентгенография** органов грудной клетки.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы.**

• Проведите диагностический поиск.

• После 2-го этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.

• Определите план обследования и необходимость проведения до­полнительных исследований.

• Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

• Назначьте лечение и обоснуйте его.

На 1**-м этапе** диагностического поиска анализ жалоб позволяет за­подозрить острое воспалительное (с учетом остроты развития, ве­роятнее всего, инфекционное) заболевание нижних дыхательных путей. Данные анамнеза (длительное курение) предполагают нали­чие у пациента недиагностированного хронического заболевания легких - ХОБЛ, что наряду с возрастом (69 лет), может быть фак­тором риска развития пневмонии. В конкретном случае провоциру­ющим фактором является переохлаждение. Спектр жалоб и данных непосредственного исследования на **2-м этапе** диагностического по­иска предполагает наличие у пациента двух синдромов - бронхитического (сухие жужжащие хрипы) и синдрома воспалительной ин­фильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация). Одышка и периферический цианоз могут указывать на развитие у больного пожилого возраста с вероятной ХОБЛ дыхательной недостаточности. Лихорадка, крепитация, изме­нение дыхательных шумов, тахикардия при отсутствии анамнести­ческих указаний на наличие бронхиальной астмы с высокой долей вероятности позволяют заподозрить внебольничную пневмонию (специфичность данного симптомокомплекса составляет 92-97%).

На **3-м этапе** диагностического поиска результаты лабора­торных исследований также свидетельствуют в пользу наличия ост­рого воспаления (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоци­тов и кокков). Обнаружение в мокроте грамположительных дипло­кокков позволяет предположить стрептококковую (пневмокок­ковую) этиологию заболевания. Диагноз пневмонии подтверждает рентгенологическое исследование органов грудной клетки (нали­чие инфильтрации легочной ткани в области нижней доли правого легкого). Снижение парциального напряжения кислорода в капил­лярной крови свидетельствует о гипоксемии на фоне дыхательной недостаточности (I типа).

**Клинический диагноз:** «Внебольничная пневмококковая правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелого течения».

Пациент относится к третьей категории риска (IIIа). С учетом клинической картины показана госпитализация. В плане дополни­тельных исследований необходимо предусмотреть проведение ФВД для оценки бронхиальной проходимости. Пациенту следует отка­заться от курения. С учетом предполагаемой этиологии и наличия факторов, модифицирующих лечение (возраст, ХОБЛ), следует назначить в качестве эмпирической терапии цефалоспорины II-III поколения в сочетании с макролидами и муколитические средства (амброксол), при необходимости - противовоспалительные средст­ва (аспирин), а также, после проведения ФВД, возможно назначе­ние бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаля­ций). С учетом гипоксемии целесообразно проведение кислородотерапии. Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии - пять суток с момен­та нормализации температуры тела. Следует рассмотреть вопрос о вакцинации противопневмококковой вакциной.

**Критерии оценки экзамена по госпитальной терапии**

Первая оценка включает среднюю оценку (по 10-балльной системе) уровня освоения практических навыков и умений, полученных студентом в ходе обучения на цикловых практических занятиях. Эта оценка является интегральной, характеризующей уровень усвоения конкретных практических аспектов диагностики и лечения пациента по всем разделам от жалоб до планирования лечения, реабилитации, профилактики и посещения лекций. Следующие 4 составляющие - оценки за 4 модуля (2 в осеннем семестре и 2 в весеннем семестре), экзаменационная оценка.

Критерии оценки этапов экзамена:

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Кафедра внутренних болезней

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. студента | группа | № билета | **0-100 баллов** | | | | | Подпись преподавателя |
| Вопрос №1 (0-30) | Задача  (0-30) | Рентгено-  грамма (0-20) | ЭКГ или ФВД  (0-20) | Всего баллов |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Чек-лист экзамена по дисциплине **«Госпитальная терапия» Педиатрический факультет**

Промежуточная аттестация дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Максимальная сумма баллов за ответы составляет 100 баллов.

**100–90% – «отлично»**

1 вопрос. Систематические и глубокие знания программного материала, основной и дополнительной литературы. Умеет составить полный и правильный ответ на основе изученного материала, выделять главные положения, самостоятельно подтверждать ответ конкретными примерами, фактами; самостоятельно и аргументировано делать анализ, обобщения, выводы. Устанавливать межпредметные (на основе ранее приобретенных знаний) и внутрипредметные связи, творчески применять полученные знания в незнакомой ситуации. Последовательно, чётко, связно, обоснованно и безошибочно излагать учебный материал; давать ответ в логической последовательности с использованием принятой терминологии; формулировать точное определение и истолкование основных понятий, законов, теорий; излагать материал литературным языком; правильно и обстоятельно отвечать на дополнительные вопросы преподавателя. Самостоятельно и рационально использовать справочные материалы, учебник, дополнительную литературу, первоисточники.

2 вопрос (ситуационная задача). Студент умеет выявить связь с разными аспектами внутренних болезней, выявить знание смежных клинических и теоретических дисциплин (анатомии, физиологии, биохимии, микробиологии, фармакологии) в связи с предметом ответа, показывает понимание разных аспектов патогенеза и формирования клинической картины, дает описание и трактовку дополнительных методов обследования (анализы крови, мочи, ЭКГ, рентгенограммы). Безошибочно трактует данные лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи), или допускает 1-2 незначительных ошибки. Успешно проводит клинико-лабораторные параллели и характеризует клинический синдром или состояние, которому соответствует представленная лабораторная картина. Умеет правильно ставить предварительный диагноз, обосновать клинический диагноз в ситуационной задаче в целом и каждую его составную часть, перечисляет заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику, назначить необходимое обследование и лечение, определить прогноз и профилактические мероприятия.

3 вопрос (рентгенограмма). Студент безошибочно определяет метод рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, дает характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому, определяет предположительный диагноз и варианты дополнительных методик исследования.

4 вопрос (ЭКГ или ФВД). Студент безошибочно определяет ритм, положение ЭОС, дает характеристику основным зубцам, интервалам и сегментам на предоставленной для интерпретации ЭКГ. Определяет тип нарушения ритма или проводимости. Правильно дает заключение по представленной ЭКГ. Безошибочно трактует данные ФВД. Успешно проводит клинико-лабораторные параллели и характеризует клинический синдром или состояние, которому соответствует представленная ФВД картина.

**89–80% – «хорошо»**

1 вопрос. Показывает знания всего изученного программного материала. Даёт полный и правильный ответ на основе изученных теорий по представленному вопросу по дифференциальной диагностике; незначительные ошибки и недочёты при воспроизведении изученного материала, определения понятий дал неполные, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов; материал излагает в определенной логической последовательности, при этом допускает одну негрубую ошибку или не более двух недочетов и может их исправить самостоятельно при требовании или при небольшой помощи преподавателя; в основном усвоил учебный материал; подтверждает ответ конкретными примерами; правильно отвечает на дополнительные вопросы. Не обладает достаточным навыком работы со справочной литературой, учебником, первоисточниками (правильно ориентируется, но работает медленно).

2 вопрос (ситуационная задача). Студент правильно проводит первичную оценку состояния, выставляет предварительный диагноз, обосновывает его, выявляет причины и предрасполагающие факторы заболевания, определяет проблемы пациента, ставит цели и планирует врачебные вмешательства с их обоснованием, проводит текущую и итоговую оценку, правильно планирует профилактические мероприятия. Допускаются отдельные незначительные затруднения при ответе; обоснование и итоговая оценка проводится с дополнительными комментариями преподавателя. Допускает 1-2 ошибки при трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи). Довольно успешно проводит клинико-лабораторные параллели и характеризует клинический синдром или состояние, которому соответствует представленная лабораторная картина. Допускает 1-2 несущественных ошибки при трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи) или путается в нормах лабораторных показателей, но после наводящих вопросов отвечает правильно.  Умеет правильно ставить предварительный диагноз, обосновать клинический диагноз в ситуационной задаче в целом и каждую его составную часть, перечисляет заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику, назначить необходимое обследование и лечение, определить прогноз и профилактические мероприятия, но не в полной мере.

3 вопрос (рентгенограмма). Студент безошибочно определяет метод рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, дает неполную характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому, ошибается при определении предположительного диагноза, допускает неточные формулировки при определении путей дифференциальной диагностики и вариантов дополнительных методик исследования.

4 вопрос (ЭКГ или ФВД). Студент безошибочно определяет ритм, положение ЭОС, дает неполную характеристику основным зубцам, интервалам и сегментам на предоставленной для интерпретации ЭКГ. Ошибается при определении типа нарушения ритма или проводимости или допускает 1-2 несущественные ошибки, но после наводящих вопросов отвечает правильно. Правильно дает заключение по представленной ЭКГ. Допускает 1-2 несущественных ошибки при трактовке данных ФВД исследования или путается в нормах показателей, но после наводящих вопросов отвечает правильно.

**79–70% – «удовлетворительно»**

1 вопрос. Студент усвоил основу учебной программы, знает фактический материал: основные положения этиологии и патогенеза, главные клинические проявления и принципы лечения, не совсем четко может сформулировать свои знания. Усвоил основное содержание учебного материала, имеет пробелы в усвоении материала, не препятствующие дальнейшему усвоению программного материала. Материал излагает несистематизированно, фрагментарно, не всегда последовательно. Показывает недостаточную сформированность отдельных знаний и умений. Выводы и обобщения аргументирует слабо, допускает в них ошибки. Допустил ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определения понятий дал недостаточно четкие; не использовал в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений, фактов, опытов или допустил ошибки при их изложении. Испытывает затруднения в применении знаний, необходимых для решения задач различных типов, при объяснении конкретных явлений на основе теорий и законов, или в подтверждении конкретных примеров практического применения теорий. Отвечает неполно на вопросы преподавателя (упуская и основное), или воспроизводит содержание текста учебника, но недостаточно понимает отдельные положения, имеющие важное значение в этом тексте. обнаруживает недостаточное понимание отдельных положений при воспроизведении текста учебника (записей, первоисточников) или отвечает неполно на вопросы преподавателя, допуская одну - две грубые ошибки.

2 вопрос (ситуационная задача). Студент правильно, но неполно проводит первичную оценку состояния пациента. Выявление удовлетворения потребностей нарушено, определение проблем пациента возможны только при наводящих вопросах педагога. Ставит цели и планирует врачебные вмешательства без обоснования, проводит текущую и итоговую оценку и определяет предварительный диагноз с наводящими вопросами; имеет затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации. При трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи), допускает более 1-2 существенных ошибок, затрудняется в проведении клинико-лабораторных параллелей и характеристики клинического синдрома или состояния, которому соответствует представленная лабораторная картина. Плохо ориентируется в дополнительных методах диагностики и дифференциальной диагностике в представленной ситуационной задаче.

3 вопрос (рентгенограмма). Студент допускает существенные терминологические погрешности в определении метода рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, или, не дает описательную характеристику (или характеризует неправильно) соответствующему рентгенологическому синдрому, не может сделать рентгенологическое заключение или поставить предположительный диагноз, определить пути и варианты дополнительных методик исследования.

4 вопрос (ЭКГ или ФВД). Студент допускает существенные терминологические погрешности в определении ритма, положения ЭОС, дает неполную характеристику основным зубцам, интервалам и сегментам на предоставленной для интерпретации ЭКГ. Ошибается при определении типа нарушения ритма или проводимости или допускает более 2 существенных ошибок, не отвечает правильно после наводящих вопросов. Неправильно дает заключение по представленной ЭКГ. При трактовке данных ФВД исследования допускает более 1-2 существенных ошибок, затрудняется в проведении клинико-лабораторных параллелей и характеристики клинического синдрома или состояния, которому соответствует представленная ФВД.

69% и < – «неудовлетворительно»

1 вопрос. Студент, который выявляет незнание основ учебного материала, допускает принципиальные ошибки при выполнении конкретного экзаменационного материала. Студент не усвоил основную учебную программу, не знает фактический материал: основные положения этиологии и патогенеза, главные клинические проявления и принципы лечения, не может сформулировать свои знания. Имеет пробелы в усвоении материала, материал излагает несистематизированно, фрагментарно, не последовательно. Показывает недостаточную сформированность знаний и умений. Выводы и обобщения аргументирует слабо, допускает в них ошибки. Допустил ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определения понятий дал нечеткие; не использовал в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений, фактов, опытов или допустил ошибки при их изложении. Испытывает затруднения в применении знаний, необходимых для решения задач различных типов, при объяснении конкретных явлений на основе теорий и законов, или в подтверждении конкретных примеров практического применения теорий. Не отвечает на вопросы преподавателя, или воспроизводит содержание текста учебника, но не понимает отдельные положения, имеющие важное значение в этом тексте. обнаруживает непонимание отдельных положений при воспроизведении текста учебника (записей, первоисточников) или отвечает неполно на вопросы преподавателя, допуская много грубых ошибок.

2 вопрос (ситуационная задача). Студент неправильно и неполно проводит первичную оценку состояния пациента. Выявление основных симптомов и синдромов в задаче не выделены и невозможны при наводящих вопросах педагога. Ставит цели и планирует врачебные вмешательства без обоснования, не может проводить текущую и итоговую оценку состояния пациента и неправильно ставит предварительный диагноз даже после наводящих вопросов преподавателя; имеет большие затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации. При трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи, дополнительные методы исследования), допускает грубейшие ошибки, затрудняется в проведении клинико-лабораторных параллелей и характеристики клинического синдрома или состояния, которому соответствует представленная лабораторная картина. Допускает концептуальные ошибки (3 и более) в трактовке данных лабораторных методов исследования (клинический и биохимический анализы крови, общий или биохимический анализы мочи), не в состоянии охарактеризовать клинический синдром или состояние, которому соответствует представленная лабораторная картина, не знает норм представленных лабораторных показателей. Не ориентируется в дополнительных методах диагностики и дифференциальной диагностике в представленной ситуационной задаче.

3 вопрос (рентгенограмма). Не может определить метод рентгенологической диагностики, не в состоянии дать характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому, не может предположить диагноз и определить варианты дополнительных методик исследования, после наводящих вопросов полностью не исправляется.

4 вопрос (ЭКГ или ФВД). Студент не обладает достаточным уровнем практических умений по определению ритма, положения ЭОС, не дает характеристику основным зубцам, интервалам и сегментам на предоставленной для интерпретации ЭКГ. Допускает концептуальные ошибки (3 и более) в трактовке типа нарушения ритма или проводимости, после наводящих вопросов полностью не исправляется. Не может сделать заключение по представленной ЭКГ.

Допускает концептуальные ошибки (3 и более) в трактовке данных ФВД исследования, не в состоянии охарактеризовать клинический синдром или состояние, которому соответствует представленная ФВД картина, не знает норм представленных показателей.

Итоговая оценка за экзамен по дисциплине «Госпитальная терапия» рассчитывается в рамках действующей в Казанском ГМУ бально-рейтинговой оценки знаний студентов с учетом оценок, полученных по текущему контролю успеваемости, оценок за модули и оценки по экзамену.

**Эталон ответа на билет**

1 вопрос. Дифференциальная диагностика кроме характера боли (острая или хроническая, постоянная или приступообразная) должна принимать во внимание и такие факторы, которые более точно определяют саму боль и такие симптомы, которые появляются одновременно с головной болью.

Наиболее важными из них являются следующие: место возникновения и распространение боли (ее локализация), время возникновения, реакция на давление, светобоязнь, расстройства зрения, головокружение, расстройства психики, картина глазного дна, состояние спинномозговой жидкости, температура тела, рентгеновская картина и др. Ниже будет проведена попытка классифицировать головные боли на основании названных симптомов, чтобы тем самым облегчить дифференциальную диагностику. Но поскольку различные причины могут вызывать боли, одинаковые как по характеру, так и но локализации, длительности и пр., то заранее можно сказать, что эта попытка будет далеко не совершенной.

Локализация боли

Если головная боль односторонняя, следует прежде всего подумать о мигрени. Боль при мигрени отмечается чаще всего в височной области. Однако уже упоминалось, что часто мигрень имеет нетипичную локализацию, может быть и двухсторонней. Очаговые заболевания головного мозга, опухоли или абсцессы вызывают одностороннюю головную боль, которая при определенных условиях помогает локализовать процесс. Крупные опухоли головного мозга вызывают диффузную головную боль. В височной области отмечаются сдавливающие боли неврогенного характера. В той же височной области отмечаются боли, возникающие при усталости, в результате длительного пребывания на солнце, перенапряжения от недостатка свежего воздуха, но эти боли дают такое ощущение, что голову растягивают изнутри («голова лопается»), в затылочной и лобной областях наблюдаются гипертонические боли (которые на деле часто вызваны вовсе не повышенным давлением). Боли в лобной области характерны для синусита, глазных болезней, нарушений преломления света. Опухоль гипофиза, а также опухоли, располагающиеся над турецким седлом, вызывают боли в лобной области или боль в висках. Опухоли мозжечка скорее вызывают боли в затылочной области, так, например, опухоль, расположенная в углу между мозжечком и мостом, вызывает болезненность (спонтанную или при надавливании) в заушной области на соответствующей опухоли стороне. Если больной жалуется на боли в затылке, следует подумать о возможности миалгии, миозита, фиброза или о тех заболеваниях (например, позвонков), которые будут упомянуты при разборе болей в шейной области. Болезненность при простукивании или надавливании отмечается при периостите, редко — при опухолях головного мозга: при синусите чувствительны лицо и лоб. При невралгиях обычно болезненны места выхода нервов. При симпа-талгиях и неврогенных головных болях также отмечается кожная чувствительность, особенно волосистой части кожного покрова головы. После травм кости черепа очень долго сохраняют повышенную чувствительность.

Время появления болей

При мигрени и гипертонии головные боли часто появляются в утренние часы, обычно человек просыпается уже с больной головой. В конце ночного сна отмечаются сильные боли при шейном спондилартрозе. Когда больной встает, такая боль прекращается, а при гипертонии боли держатся и дольше, при мигрени боль после вставания усиливается, ослабевая, в лучшем случае, в послеобеденные часы. При синусите головные боли также наиболее сильны по утрам. Если боли при опухолях головного мозга или других заболеваниях, вызывающих повышение внутричерепного давления, вообще связаны с определенным временем суток, то они наиболее интенсивны по ночам и в предобеденные часы. В противоположность всем этим болям головные боли, вызванные заболеваниями глаз, а также психо- или неврогенные боли, связанные с переутомлением, появляются в течение дня и к вечеру усиливаются. Боли при неврастении также появляются в ранние часы, днем усиливаются, а к вечеру обычно совсем исчезают. Самые тяжкие головные боли (при менингите, энцефалите, опухолях головного мозга) обычно наиболее мучительны по ночам, они не дают больному спокойно спать. Мучительные головные боли характерны и для сифилиса. Утренние головные боли мучают алкоголиков и наркоманов, при утренних головных болях следует подумать о возможности какого-либо вредного воздействия, имевшего место ночью: например, отравление углекислых» газом в результате плохой тяги в печи. На время появления головных болей влияет и положение тела больного. Например, горизонтальное положение тела (постельный режим) чаще всего облегчает головную боль. Однако при мигрени лежать хуже, вертикальное положение головы (то есть сидение) облегчает боль. Головная боль при синусите, если больной ложится, на время усиливается, но через четверть или полчаса постепенно начинает ослабевать. При горизонтальном положении тела ослабевает и головная боль при опухоли головного мозга. Обычно при движениях, изменении положения тела, кашле, напряжении, натуживании (например, при акте дефекации) головная боль усиливается независимо от ее природы. Если головные боли держатся в течение десятилетий, то они, как правило, неврогенные. Головные боли, причиненные хроническими заболеваниями, могут принимать и острый характер, следовательно, внезапная головная боль не исключает того, что причиной ее может быть атеросклероз, гипертония, множественный склероз. Приступообразные боли прежде всего характерны для мигрени и невралгий, если же головные боли повторяются систематически с короткими промежутками (например, каждые два дня или каждый день), то можно подозревать болезнь, сопровождающуюся интермиттирующей лихорадкой, или даже приступ малярии. Периодически появляющиеся через длительные промежутки боли, как головные, так и в области лица, носят характер болей „cluster”.

Характер головной боли

По характеру головной боли очень трудно судить о ее природе. Стреляющие, колющие приступообразные боли характерны для невралгии тройничного нерва; острые боли, сопровождающиеся тошнотой и проявляющиеся приступами, характерны для мигрени. Пульсирующие боли свойственны лихорадочным заболеваниям, менингиту, гипертонии, а иногда и синуситу. Давящие головные боли, когда голова как бы зажата в тисках, характерны для нервных заболеваний. Тупые боли с головокружениями указывают на атеросклероз артерий головного мозга. Чем красочнее описывает больной свою головную боль, чем больше сравнений он приводит, тем вероятнее функциональная природа этих болей. При опухолях отмечаются постоянные, равномерные, тупые боли; такой же характер и у менингеальных головных болей, которые, однако, могут быть разной интенсивности, пульсирующими. Если головная боль длительная, постоянно мучает больного, очень сильная, то в любом случае следует предполагать наличие органического заболевания: опухоли мозга, менингита, энцефалита, разрыва аневризмы мозговых артерий и пр. При оценке интенсивности головных болей, конечно, следует учитывать и особенности личности больного. Есть больные, которые очень терпеливы к самой сильной боли, а есть такие, которые остро реагируют на малейшую боль. Расстройства, сопровождающие головную боль. Чаще всего рвота и тошнота наблюдаются при мигрени и приступах глаукомы. Головная боль, вызванная лихорадочным заболеванием, может сопровождаться ознобом, тошнотой и даже рвотой. Для повышения внутричерепного давления характерна внезапно возникающая рвота «полным ртом», которая отмечается при опухолях головного мозга и менингите. Психические расстройства чаще всего являются симптомами органических заболеваний головного мозга: опухолей, сосудистых расстройств. Встречаются они и при энцефалите.  
Расстройства зрения характерны для приступов мигрени (скотома, выпадение поля зрения). Острые приступы глаукомы вызывают особое расстройство зрения (цветные круги вокруг источника света). Заболевания, сопровождающиеся застойными явлениями зрачков, могут быть выявлены и на основе ослабления зрения. Гипертония, хронические заболевания почек вызывают головные боли за счет кровоизлияния в глазное дно, ретинита, в результате чего могут возникнуть расстройства зрения. Типичное выпадение поля зрения характерно для опухолей гипофиза, а также для опухолей височной доли. Расстройства преломления света, острый ирит с соответствующими расстройствами зрения вызывают и особую форму головной боли. Паралич глазной мышцы чаще всего возникает в результате опухоли головного мозга, энцефалита, менингита, базилярной аневризмы, энцефаломаляции; он может быть вызван и мозговыми расстройствами гипертонического или атеросклеротического характера, редко такой паралич вызывается периоститом глазницы. Офтальмоплегическая мигрень чаще всего не является истинной мигренью.

Расстройства слуха прежде всего указывают на отическое происхождение головной боли. Их могут вызывать и определенные опухоли головного мозга (опухоль слухового нерва).

Головокружение обычно предшествует приступу мигрени, но может быть и симптомом опухоли мозга, а также — очень часто — симптомом атеросклероза и гипертонии. Головокружением сопровождаются и все формы головной боли после травмы. Иногда головные боли сопровождаются синдромом Меньера.

Лихорадка является результатом или инфекционного заболевания, вызывающего головную боль (инфлюэнца, тиф, менингит и т. Д.), или синусита.

Головные боли с высокой температурой чаще всего отмечаются при менингите или менингизме. Опухоль головного мозга, абсцесс мозга также могут сопровождаться лихорадкой. Озноб, жар могут ощущаться без наличия высокой температуры при приступах мигрени.  
Сонливость, оглушенность, утомленность — симптомы головных болей анемического характера, свойственных энцефалиту, а в некоторых случаях — неврастении. Такой невроз, сопровождающийся лишь общими жалобами со стороны нервной системы, очень трудно отличить от начального состояния при атеросклерозе сосудов головного мозга.

Полиурия обычно отмечается после приступа мигрени. Встречается она и в очень редких случаях опухоли третьего желудочка головного мозга. Анализ спинномозговой жидкости при головных болях.

Если при взятии ликвора у больного с головной болью он выделяется под большим давлением, то следует подумать о менингите. При всех других заболеваниях, сопровождающихся повышением внутричерепного давления, давление ликвора повышается. Если у больного отмечаются застойные зрачки, проведение люмбальной пункции не рекомендуется. Анализ ликвора помогает дифференцировать различные формы менингита.

Повышение числа клеток в ликворе — также симптом менингита. Однако небольшой плейоцитоз отмечается при энцефалите и мозговом абсцессе. Сифилитический характер головных болей подтверждается соответствующими положительными реакциями ликвора.  
Повышение количества белка в ликворе также указывает на менингит, множественный склероз, возможно, на опухоль головного мозга, арахноидит. Если ликвор кровавый или ксантохромный, то головная боль может быть результатом травмы. Она может возникнуть вследствие менингеального карци-номатоза, субарахноидального кровотечения, разрыва аневризмы мозговых сосудов, возможно, субдуральной гематомы, менингеомы, глиомы. При отрицательном результате исследования ликвора можно предполагать наличие мигрени, невралгии, гипертонии, гипертензивной энцефалопатии, лихорадку, менингизм, невроз.

Рентгенологическое исследование

Рентгенологическое исследование имеет значение при диагностике синусита болезней костей (метастазы опухолей, плазмоцитома, болезнь Педжета, акро мегалия, болезнь Морганьи и пр., опухоль гипофиза) или при косвенной диагностике супраселлярных опухолей. Аневризму можно выявить с помощью ангиографии. Признаки повышения внутричерепного давления выявляются и на простой рентгенограмме, а при диагнозе опухолей мозга решающую роль играют энцефалография, вентрикулография, артериография. Иногда можно выявить и обызвествление мозговых сосудов. Рентгеновский снимок может использоваться и для дифференциации головных болей, вызванных артрозом, процессами в позвонках.

**2. Ответ на ситуационную задачу**

На 1**-м этапе** диагностического поиска анализ жалоб позволяет за­подозрить острое воспалительное (с учетом остроты развития, ве­роятнее всего, инфекционное) заболевание нижних дыхательных путей. Данные анамнеза (длительное курение) предполагают нали­чие у пациента недиагностированного хронического заболевания легких - ХОБЛ, что наряду с возрастом (69 лет), может быть фак­тором риска развития пневмонии. В конкретном случае провоциру­ющим фактором является переохлаждение. Спектр жалоб и данных непосредственного исследования на **2-м этапе** диагностического по­иска предполагает наличие у пациента двух синдромов - бронхити-ческого (сухие жужжащие хрипы) и синдрома воспалительной ин­фильтрации легочной ткани (отставание половины грудной клетки при дыхании, укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация). Одышка и периферический цианоз могут указывать на развитие у больного пожилого возраста с вероятной ХОБЛ дыхательной недостаточности. Лихорадка, крепитация, изме­нение дыхательных шумов, тахикардия при отсутствии анамнести­ческих указаний на наличие бронхиальной астмы с высокой долей вероятности позволяют заподозрить внебольничную пневмонию (специфичность данного симптомокомплекса составляет 92-97%).

На **3-м этапе** диагностического поиска результаты лабора­торных исследований также свидетельствуют в пользу наличия ост­рого воспаления (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ, слизисто-гнойная мокрота с большим содержанием лейкоци­тов и кокков). Обнаружение в мокроте грамположительных дипло­кокков позволяет предположить стрептококковую (пневмокок­ковую) этиологию заболевания. Диагноз пневмонии подтверждает рентгенологическое исследование органов грудной клетки (нали­чие инфильтрации легочной ткани в области нижней доли правого легкого). Снижение парциального напряжения кислорода в капил­лярной крови свидетельствует о гипоксемии на фоне дыхательной недостаточности (I типа).

**Клинический диагноз:** «Внебольничная пневмококковая (?) правосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелого течения».

Пациент относится к третьей категории риска (IIIа). С учетом клинической картины показана госпитализация. В плане дополни­тельных исследований необходимо предусмотреть проведение ФВД для оценки бронхиальной проходимости. Пациенту следует отка­заться от курения. С учетом предполагаемой этиологии и наличия факторов, модифицирующих лечение (возраст, ХОБЛ), следует назначить в качестве эмпирической терапии цефалоспорины II-III поколения в сочетании с макролидами и муколитические средства (амброксол), при необходимости - противовоспалительные средст­ва (аспирин), а также, после проведения ФВД, возможно назначе­ние бронхолитических средств (ипратропия бромид в виде ингаля­ций). С учетом гипоксемии целесообразно проведение кислородо-терапии. Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии - пять суток с момен­та нормализации температуры тела. Следует рассмотреть вопрос о вакцинации противопневмококковой вакциной.

**3. Рентгенограмма**

На прямой рентгенограмме органов грудной полости легочные поля с признаками инфильтрации в области средней доли справа, средней интенсивности, негомогенное, без четких границ. Синусы прослеживаются с обеих сторон. Корни легких уплотнены, деформированы. Усилен сосудисто-легочный рисунок. Тень сердца в пределах нормы. Заключение: Правосторонняя долевая пневмония.

**4. Ответы на интерпретацию ЭКГ**

**№1** Ритм синусовый 80 в мин, отклонение ЭОС влево, депрессия сегмента ST V5-V6 . Смещение переходной зоны влево. Признаки ГЛЖ.