

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2019

УДК 616-002.5-053.2-071(075.8)

ББК 55.4я73

У91

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.04.2019 г., протокол № 8

Авторы: канд. мед. наук, доц. Г. Л. Бородина; канд. мед. наук, доц. Ж. И. Кривошеева; ассист. Н. А. Емельянова; канд. мед. наук Н. В. Мановицкая

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., чл.-кор. Национальной академии наук Беларуси, директор Республиканского научно-практического центра пульмонологии и фтизиатрии Г. Л. Гуревич; канд. мед. наук, доц., зав. каф. фтизиопульмонологии Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета А. М. Будрицкий

Учебная медицинская карта стационарного пациента детского возраста с туберкулезом : учебно-методическое пособие / Г. Л. Бородина [и др.]. – Минск : БГМУ, 2019. – 16 с.

ISBN 978-985-21-0353-4.

Изложена схема оформления учебной медицинской карты стационарного пациента детского возраста с туберкулезом органов дыхания, которая включает план обследования и лечения пациента, требования к составлению протокола рентгенологического исследования и обоснованию клинического диагноза.

Предназначено для студентов 5-го курса педиатрического факультета.

УДК 616-002.5-053.2-071(075.8)

ББК 55.4я73

Учебное издание

Бородина Галина Львовна
Кривошеева Жанна Ивановна
Емельянова Наталия Александровна
Мановицкая Наталья Валентиновна

УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Г. Л. Бородина

Старший корректор А. В. Царь

Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 26.06.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,93. Уч.-изд. л. 0,7. Тираж 70 экз. Заказ 397.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,

распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0353-4

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2019

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Студенческая учебная медицинская карта стационарного пациента детского возраста с туберкулезом должна соответствовать унифицированной и обязательной для всех лечебных учреждений форме — карте стационарного пациента (форма 003/у-07). Данная форма является основным медицинским документом, который составляется на каждого поступившего в стационар пациента детского возраста и содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние пациента в течение всего времени пребывания в стационаре, отражает диагностический и лечебный процесс и, кроме того, имеет научно-практическое и юридическое значение. Медицинская карта стационарного пациента детского возраста является экспертным документом, по которому оценивается диагностическая и лечебная работа врача.

С точки зрения этики, деонтологии и соблюдения врачебной тайны недопустимо переносить данные реальной медицинской карты на любые электронные носители (например, фотографировать) и размещать информацию о реальных пациентах в Интернете.

Цель: формирование клинического мышления студента в процессе анализа анамнеза, а также данных клинико-лабораторного, рентгенологического и инструментального методов обследования.

Задачи:

- ознакомить студентов с основными разделами и принципами ведения медицинской карты стационарного пациента детского возраста с туберкулезом, а также системой и последовательностью обследования пациента;
- выработать навык общения с пациентами с учетом возраста и соблюдением деонтологических норм;
- приобрести опыт оценки и анализа диагностической информации;
- обучить студентов правильно формулировать клинический диагноз туберкулеза;
- обучить студентов назначать обоснованную схему лечения.

Исходный уровень знаний: в процессе подготовки и оформления учебной карты стационарного пациента студент должен использовать знания и навыки по написанию медицинской карты (истории болезни), полученные на других кафедрах.

Студент должен овладеть следующими навыками:

- собирать анамнез болезни и жизни пациента детского возраста;
- выяснять наличие контакта с индексным пациентом с туберкулезом;
- выявлять клинические признаки заболевания на основе жалоб;
- составлять план обследования;
- проводить объективное обследование;
- выявлять на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки основные рентгенологические синдромы, характерные для туберкулеза, и оформлять протокол рентгенологического исследования;

- оценивать результаты лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования;
- формулировать и обосновывать клинический диагноз туберкулеза;
- составлять план лечения, обосновывать назначение определенного режима химиотерапии;
- определять вероятный прогноз заболевания.

СТРУКТУРА УЧЕБНОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Учебная карта стационарного пациента детского возраста с туберкулезом включает следующие разделы:

1. Персональные данные пациента (фамилия, имя, отчество, год рождения, домашний адрес).
2. Дата поступления в стационар.
3. Клинический диагноз согласно клинической классификации.
4. Жалобы в день поступления и день курации.
5. Анамнез настоящего заболевания (anamnesis morbae).
6. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
7. Осмотр, физикальное обследование.
8. Лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови).
9. Лабораторные методы детекции и идентификации микобактерий туберкулеза (МБТ), а также определения чувствительности МБТ к противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС).
10. Иммунодиагностика туберкулеза с использованием кожных тестов (проба Манту, Диаскинтест) и гамма-интерфероновых тестов (Quantiferon-TB).
11. Лучевая диагностика (обзорная рентгенография, компьютерная томография органов грудной клетки).
12. Инструментальные исследования и диагностические операции (фибробронхоскопия, видеоассистированная торакоскопия, пункционная биопсия лимфатических узлов, легкого, плевры и др.).
13. Обоснование и формулировка диагноза.
14. План лечения.
15. Дневник курации.
16. Вероятный прогноз заболевания.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА

Вначале указываются основные жалобы пациента, которые могут включать проявления синдрома интоксикации (повышение температуры тела, слабость, повышенная потливость, ухудшение аппетита и снижение массы тела, изменение поведения — раздражительность или апатия) и бронхолегочного синдрома (наличие, продолжительность и характер кашля, кровохарканье, боли в грудной клетке, одышка). Нужно указать последовательность появления клинических симптомов, а также динамику на фоне проведенного лечения, если оно проводилось. Затем следует указать наличие жалоб пациента со стороны других органов и систем.

АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Следует выяснить, как было выявлено заболевание: при обращении к врачу по поводу клинических признаков заболевания, по результатам иммунодиагностики туберкулеза с использованием кожных тестов (проба Манту, Диаскинтест), при обследовании по поводу контакта с лицом, заболевшим туберкулезом (индексным пациентом).

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Прежде всего следует коротко отметить, развивался ли ребенок в соответствии с возрастом, а также указать наличие наследственных заболеваний, врожденных пороков развития. Очень важно предоставить данные о прививке БЦЖ, результатах пробы Манту, Диаскинтеста (если они выполнялись).

Далее необходимо указать сопутствующие заболевания (ВИЧ-инфекция, болезни, требующие приема цитостатиков и глюкокортикостероидов и т. д.), а также перенесенные операции и заболевания (пневмония, лимфаденит и т. д.).

Очень важно оценить социальный статус семьи пациента (материально-бытовые условия жизни, состав семьи, качество и регулярность питания ребенка) и отметить, является ли семья неблагополучной.

Необходимо выяснить также появление приверженности к табакокурению у детей старшего возраста.

Основное внимание при сборе анамнеза у детей нужно обратить на выявление контакта с пациентом с туберкулезом, который мог привести к развитию заболевания. Важно оценить наличие, характер и длительность контакта с индексным пациентом (тесный бытовой или по месту учебы; постоянный, периодический, временный; спорадический).

Аллергологический анамнез включает указание непереносимости лекарственных средств, пищевых продуктов (отметить вид аллергической реакции).

ОСМОТР, ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Указывается общее состояние пациента (удовлетворительное, средней тяжести или тяжелое). Отмечаются рост, масса тела, рассчитывается индекс массы тела у детей старшего возраста.

Следует обратить внимание на бледность кожных покровов и слизистых, влажность кожи, снижение массы тела (признаки интоксикации); расширение зрачков, блеск глаз и др.; наличие поствакцинального знака прививки БЦЖ, его характер и размер.

Необходимо описать форму грудной клетки (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая), ее симметричность, участие в акте дыхания обеих половин грудной клетки, участие в дыхании вспомогательных мышц; наличие западения над- и подключичных ямок. Следует отметить частоту дыхания (число дыхательных движений в минуту); глубину и ритм дыхания (поверхностное, глубокое, ритмичное, неритмичное). Важно обратить внимание на наличие и характер одышки, если она есть (инспираторная, экспираторная, смешанная, при физической нагрузке, в покое).

При пальпации следует определить степень влажности и тургор кожи, тонус и болезненность мышц и провести пальпаторное исследование периферических лимфатических узлов (шейных, подмышечных, паховых и др.).

При сравнительной перкуссии грудной клетки можно выявить укорочение и притупление перкуторного звука (в случае наличия участков пониженной пневматизации легких — обширный инфильтрат, участок фиброза, ателектаз, экссудативный плеврит).

При аускультации необходимо обратить внимание на ослабленное дыхание (выслушивается над зоной ателектаза, фиброза, при пневмотораксе, экссудативном плеврите), жесткое или бронхиальное дыхание (над крупными полостями распада). Сухие хрипы выслушиваются обычно при сужении просвета бронхов (обычно при бронхоспазме). Влажные разнокалиберные хрипы — при обширной инфильтрации в легком. Шум трения плевры может выслушиваться при сухом (фибринозном) плеврите.

В целом, туберкулез относится к заболеваниям со скудной перкуторной и аускультативной картиной заболевания: для многих форм туберкулеза характерно полное отсутствие перкуторных и аускультативных проявлений.

Обследование других органов и систем проводится по общепринятой методике и определяется наличием сопутствующих заболеваний и присоединившихся осложнений. При отсутствии патологии другие системы описываются очень кратко.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В учебной карте стационарного пациента детского возраста с туберкулезом должны быть представлены общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови на момент поступления, а также на день курации. Каждый анализ должен сопровождаться заключением о характере патологических изменений (например, анемия легкой степени, умеренный лейкоцитоз и т. п.) или указанием, что параметры соответствуют норме.

В общем анализе крови при туберкулезе у пациентов детского возраста может определяться умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. Показатели красной крови при туберкулезе обычно остаются в пределах нормы. При благоприятном течении заболевания возможно появление эозинофилии, лимфоцитоза, моноцитоза. При тяжелых остро прогрессирующих формах туберкулеза могут наблюдаться выраженная лимфопения, моноцитопения и анемия. При развитии побочных реакций на ПТЛС могут наблюдаться эозинофилия, лейкопения, тромбоцитопения, гемолитическая анемия и др.

Изменения в общем анализе мочи (лейкоцитурия, эритроцитурия, протеинурия) при туберкулезе могут быть обусловлены как общей интоксикацией, побочным действием ПТЛС или сопутствующими неспецифическими заболеваниями мочевой системы (пиелонефрит, цистит), так и туберкулезным поражением мочевыводящих путей.

В биохимическом анализе крови при туберкулезе общее количество протеинов, как правило, остается в норме, за исключением случаев с развитием амилоидоза почек, эмпиемы плевры, терминальных стадий туберкулеза, когда развивается гипопротеинемия. При туберкулезе возможно повышение острофазовых белков: С-реактивного белка, церулоплазмينا, фибриногена, гаптоглобина. Повышение активности трансаминаз (АЛТ и АСТ), прямого билирубина, щелочной фосфатазы чаще происходит вследствие токсического действия ПТЛС. Повышение уровня мочевины и креатинина может наблюдаться при нефротоксическом действии некоторых ПТЛС.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДЕТЕКЦИИ И ИДЕНТИФИКАЦИИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА

В данном разделе следует указать результаты исследований всех видов анализируемого биологического материала (мокроты, индуцированной мокроты, плевральной жидкости, операционного материала). При первичной диагностике каждая проба биологического материала исследуется с использованием всех доступных микробиологических и молекулярно-генетических методов:

– бактериоскопический метод — выявление кислотоустойчивых бактерий в мазках мокроты, окрашенных по Цилю–Нельсену;

– бактериологический (культуральный) метод — посев мокроты на твердые питательные среды (Левенштейна–Йенсена) и ускоренный метод детекции МБТ в автоматизированной системе ВАСТЕС MGIT 960 (с использованием жидкой питательной среды). В обязательном порядке следует указать результаты тестов лекарственной чувствительности (ТЛЧ) выделенных МБТ;

– молекулярно-генетические методы (GeneXpert, Hain-test), которые позволяют обнаружить ДНК МБТ и наличие мутаций генов, формирующих устойчивость к ПТЛС.

Результаты бактериологических исследований могут быть представлены в табл. с датами исследования.

Таблица

Результаты бактериологических исследований

Дата	Исследуемый материал	Бактериоскопический метод (микроскопия)	Молекулярно-генетические методы	Бактериологический метод		
				Посев на жидкие среды (ВАСТЕС)	Посев на твердые среды	Результаты ТЛЧ
02.02.2019	Мокрота	++				

ИММУНОДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЖНЫХ И ГАММА-ИНТЕРФЕРОНОВЫХ ТЕСТОВ

Кожные тесты для оценки латентной туберкулезной инфекции представлены пробой Манту и Диаскинтестом.

Результат туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ и Диаскинтеста (отрицательный, сомнительный, положительный или гиперергический) оценивается путем измерения диаметра папулы (в мм) или гиперемии при отсутствии папулы (что отражается в заключении).

Например:

1. 02.03.2019: проба Манту с 2 ТЕ — гиперемия 7 мм.

Заключение: результат сомнительный.

2. 12.03.2018: проба Манту с 2 ТЕ — гиперемия 5 мм.

18.03.2019: проба Манту с 2 ТЕ — папула 12 мм.

Заключение: вираж туберкулиновой реакции.

3. 28.03.2018: Диаскинтест — папула 10 мм.

20.03.2019: Диаскинтест — папула 22 мм.

Заключение: латентная туберкулезная инфекция с гиперергической реакцией на Диаскинтест.

Результат теста *in vitro* QuantiFERON-TB указывается по данным протокола лабораторных исследований (отрицательный или положительный).

Отрицательные результаты проб на латентную туберкулезную инфекцию не исключают наличие туберкулеза (особенно при наличии иммуносупрессивных состояний).

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

Задачей студента является выявление характерного для туберкулеза рентгенологического синдрома, его схематичная зарисовка, подробное описание рентгенограммы в соответствии с нижеуказанным планом, а также заключение о том, на основании каких критериев данная рентгенологическая картина может соответствовать определенной форме туберкулеза органов дыхания.

Основные рентгенологические синдромы:

1. Очаговая тень (очаг) — изменение на рентгенограмме размером до 10 мм в диаметре (одиночное или чаще в виде группы очагов), которое занимает не более 2 сегментов в одном или обоих легких (1–3 мм — мелкие, 4–6 мм — средние, 7–10 мм — крупные очаги).

2. Затенение (тень) — изменение на рентгенограмме размером более 10 мм в диаметре, чаще одиночное, разной формы и размера. Тень может быть ограниченной (субсегментарная, сегментарная) или обширной (долевая, тотальная, субтотальная). Чаще всего при туберкулезе выявляется тень неправильной формы, средней интенсивности, неомогенная, без четких контуров (инфильтративная тень, облаковидный инфильтрат).

3. Округлая тень — наличие затенения округлой или овальной формы более 10 мм в диаметре.

4. Кольцевидная тень — это рентгенологический синдром полостного образования. Кольцевидная тень может быть различного диаметра, формы, с разной толщиной стенки, иногда с наличием горизонтального уровня жидкости.

5. Диссеминация — множество очаговых теней, занимающих площадь более 2 сегментов. Диссеминация может быть тотальная, субтотальная, ограниченная, односторонняя или двусторонняя, симметричная или асимметричная.

6. Синдром расширения тени средостения и корней легких (одностороннее или двустороннее поражение).

7. Синдром наличия воздуха в плевральной полости (пневмоторакс) — участок отсутствия легочного рисунка, отделенный четкой границей от зоны коллабированного (спавшегося) легкого. При выраженном спадении легкого наблюдается смещение органов средостения в здоровую сторону. Купол диафрагмы на стороне поражения может быть смещен вниз.

8. Синдром наличия жидкости в плевральной полости — интенсивное, однородное затенение, прилежащее к наружному краю грудной клетки и диафрагме с верхней косой границей (линия Дамуазо, не визуализируются синус и купол диафрагмы на стороне поражения).

Вначале следует выделить основной рентгенологический синдром, затем провести его описание согласно следующему плану:

1. Локализация (последовательно указываются сегмент, доля, легкое).

2. Число (количество) очагов или теней — единичные или множественные (группа, диссеминация).

3. Форма (округлая, овальная, треугольная, полигональная, линейная или неправильная).

4. Размеры тени (диаметр в мм или, например, доленое, субтотальное, тотальное затемнение).

5. Интенсивность (высокая, средняя, низкая).

6. Гомогенность (структура) — однородная или неоднородная, с включением теней повышенной интенсивности или признаками распада (просветление). Если имеется кольцевидная тень, то следует описать ее стенки (тонкие — до 4 мм, толстые), а также указать наличие уровня жидкости.

7. Контуры (четкие или нечеткие, ровные или бугристые).

8. Соотношение патологического синдрома с другими отделами легких и грудной клетки: очаги отсева; дорожка к корню; усиление, ослабление, деформация легочного рисунка; наличие жидкости или воздуха в реберно-диафрагмальных синусах, спаек; смещение средостения в сторону; высокое или низкое стояние куполов диафрагмы.

Затем студенту следует представить зарисовку рентгенограммы, выполненной при поступлении пациента в стационар. Основные рентгенологические синдромы, которые встречаются при вторичном туберкулезе, представлены в прил. 1.

В учебной карте следует представить также описание результатов компьютерной томографии органов грудной полости, которая позволяет уточнить локализацию и распространенность патологических образований, точно оценить их структуру и плотность.

В учебную карту вписываются заключения ультразвукового исследования и других исследований по визуализации изменений в легких (компьютерной томографии с контрастированием, бронхографии и др.).

Ультразвуковое исследование применяют с целью диагностики плевритов, эмпиемы плевры, дифференциальной диагностики образований, расположенных субплеврально, а также оценки состояния других органов и систем у пациентов с туберкулезом.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В учебную карту стационарного пациента вписываются заключения проведенных функциональных исследований, если они выполнялись. При туберкулезе могут наблюдаться различные варианты нарушений функциональной способности легких (обструктивный, рестриктивный и смешанный варианты вентиляционных нарушений), но у пациентов детского возраста изменения обычно отсутствуют.

Степень дыхательной недостаточности устанавливается по совокупности клинических признаков, показателей вентиляционной функции легких и газового состава крови. Степень насыщения крови кислородом оценивают методами пульсоксиметрии или газометрии артериальной крови.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В учебную карту необходимо внести заключение фибробронхоскопического исследования, если оно выполнялось. Пациентам с туберкулезом, согласно правилам инфекционного контроля, фибробронхоскопию проводят только по строгим показаниям, что связано с риском распространения лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Плевральную пункцию при туберкулезе проводят для аспирации плеврального экссудата, определения его характера. Плевральную пункцию при пневмотораксе применяют для аспирации воздуха.

Диагностические операции (видеоассистированная торакоскопия, трансторакальная биопсия легких, открытая биопсия легких и др.) позволяют получить биоптаты легких, плевры или лимфатических узлов.

Результаты морфологического исследования операционного и биопсийного материала в учебную карту стационарного пациента вписываются полностью.

ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

Обоснование диагноза является самым важным разделом учебной карты стационарного пациента детского возраста, в котором студент должен продемонстрировать умение анализировать все имеющиеся данные анамнеза, клинического, лабораторного и инструментального обследования, а также рентгенологической картины для выявления тех признаков, которые позволяют выставить данный диагноз.

Клинический диагноз туберкулеза органов дыхания устанавливается на основании:

- характерных жалоб проявления интоксикационного и/или бронхолегочно-плеврального синдромов (необходимо отметить, что отсутствие жалоб и клинических проявлений заболевания является типичным для туберкулеза легких);
- анамнеза (контакт с индексным пациентом с туберкулезом, а также наличие других факторов риска туберкулеза);
- данных осмотра и физикального исследования;
- патологических изменений лабораторных показателей;
- положительных тестов на латентную туберкулезную инфекцию;
- обнаружения МБТ в мокроте или в другом исследуемом материале (в том числе операционном и биопсийном) при микробиологическом и молекулярно-генетическом исследовании;
- характерных данных лучевых и инструментальных методов обследования;
- результатов морфологического исследования операционного материала и биоптатов (обнаружение специфических туберкулезных гранулем).

Обязательно учитываются результаты ТЛЧ возбудителя. Если у пациента лекарственно-устойчивый туберкулез, в диагнозе перечисляются ПТЛС, к которым устойчив возбудитель.

Клинический диагноз формулируется в соответствии с клинической классификацией туберкулеза в следующей последовательности: основная клиническая форма, локализация и распространенность процесса, фаза, наличие или отсутствие бактериовыделения, характер лекарственной устойчивости; осложнения туберкулеза; остаточные изменения после перенесенного ранее туберкулеза; отсутствие или наличие дыхательной недостаточности.

Далее необходимо указать сопутствующие заболевания, например: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого, фаза распада, МБТ+, МЛУ (H, R, E, Km, Am); малые остаточные изменения в виде единичных кальцинатов в корне правого легкого.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Следует указать лечебный режим (постельный, свободный), лечебную диету, ее особенности.

Схема лечения должна соответствовать обоснованному диагнозу и вышеуказанным результатам лабораторных исследований.

Затем необходимо обосновать назначенный режим химиотерапии в зависимости от результатов ТЛЧ, указать продолжительность фаз химиотерапии, названия и количество используемых ПТЛС. Назначенные ПТЛС вписываются в учебную карту с использованием общепринятых сокращений (расшифровываются в скобках) с указанием суточных доз и кратности приема каждого лекарственного средства.

Далее указываются используемые лекарственные средства для предупреждения и коррекции нежелательных эффектов ПТЛС (терапия сопровождения) и цель их назначения.

Необходимо указать применявшиеся хирургические методы диагностики и лечения.

ДНЕВНИК КУРАЦИИ

В дневнике отражается общее состояние пациента, жалобы, данные осмотра и физикальных методов обследования, прием и переносимость ПТЛС в один из дней курации.

ПРОГНОЗ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Прогноз заболевания пациента детского возраста зависит от своевременности выявления и клинической формы туберкулеза, чувствительности выделенных штаммов МБТ к ПТЛС, наличия сопутствующей патологии и т. д.

Возможные исходы туберкулеза органов дыхания: благоприятный, относительно благоприятный (излечение с малыми или большими остаточными изменениями, стабилизация процесса), сомнительный и неблагоприятный.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Перельман, М. И.* Фтизиатрия : учеб. / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова. 4-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 448 с.
2. *Кривонос, П. С.* Туберкулез у детей : учеб. пособие / П. С. Кривонос, Ж. И. Кривошеева, Н. С. Морозкина. Минск : Регистр, 2015. 232 с.

Дополнительная

3. *Диагностика, лечение и профилактика туберкулеза у детей : пособие для врачей / Кривонос П. С. [и др.].* Минск : Белсэкс, 2012. 157 с.
4. *Твардовский, В. И.* Пропедевтика детских болезней: учебная история болезни : учеб.-метод. пособие / В. И. Твардовский, В. В. Дмитрачков, О. В. Самохвал. 2-е изд., перераб. и доп. Минск : БГМУ, 2015. 56 с.

ОБРАЗЦЫ ЗАРИСОВКИ ОСНОВНЫХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

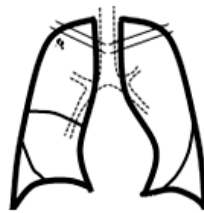


Рис. 1. Очаговая тень (очаговый туберкулез верхней доли правого легкого)



Рис. 2. Затенение (инфильтративный туберкулез; в левом легком — облаковидный инфильтрат, в правом — округлый инфильтрат средней интенсивности с нечеткими контурами и инфильтрат треугольной формы, расположенный между долями (периссиссурит))

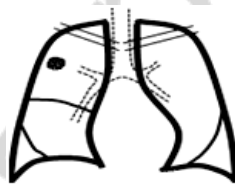


Рис. 3. Округлая тень с четкими контурами (туберкулема верхней доли правого легкого)



Рис. 4. Кольцевидная тень с тонкой стенкой (кавернозный туберкулез)

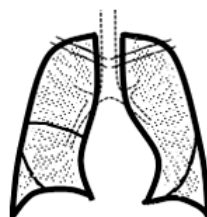


Рис. 5. Диссеминация тотальная мономорфная мелкоочаговая (милиарный туберкулез)

ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ**

Заведующий кафедрой,
Бородин Г. Л.

**УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ
(фамилия, имя, отчество пациента)**

Клинический диагноз заболевания:
(основной, осложнения, сопутствующий)

Куратор:
Фамилия, имя, отчество
№ группы
фамилия, имя, отчество
должность преподавателя
Период курации:
начало и окончание.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Структура учебной карты стационарного пациента детского возраста с туберкулезом	4
План обследования пациента.....	5
Жалобы пациента	5
Анамнез настоящего заболевания	5
Анамнез жизни	5
Осмотр, физикальное обследование	6
Лабораторные исследования.....	7
Лабораторные методы детекции и идентификации микобактерий туберкулеза	7
Иммунодиагностика туберкулеза с использованием кожных и гамма-интерфероновых тестов	8
Лучевая диагностика.....	9
Функциональные исследования.....	10
Инструментальные исследования	11
Обоснование и формулировка диагноза	11
План лечения	12
Дневник курации.....	12
Прогноз исхода заболевания.....	13
Список использованной литературы	13
Приложение 1	14
Приложение 2	15