

Н. В. МАНОВИЦКАЯ, Г. Л. БОРОДИНА, П. С. КРИВОНОС

**УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
С ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Минск БГМУ 2017

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Н. В. МАНОВИЦКАЯ, Г. Л. БОРОДИНА, П. С. КРИВОНОС

**УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
С ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2017

УДК 616.24-002.5-071(075.8)
ББК 55.4я73
М23

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 15.03.2017 г., протокол № 7

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., директор Республиканского научно-практического центра пульмонологии и фтизиатрии Г. Л. Гуревич; д-р мед. наук, доц., зав. каф. пульмонологии и фтизиатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования Е. А. Лаптева

Мановицкая, Н. В.

М23 Учебная медицинская карта стационарного пациента с туберкулезом : учебно-методическое пособие / Н. В. Мановицкая, Г. Л. Бородина, П. С. Кривонос. – Минск : БГМУ, 2017. – 20 с.

ISBN 978-985-567-799-5.

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

Предназначено для студентов 4-го курса лечебного и военно-медицинского факультетов, а также медицинского факультета иностранных учащихся.

УДК 616.24-002.5-071(075.8)
ББК 55.4я73

ISBN 978-985-567-799-5

© Мановицкая Н. В., Бородина Г. Л., Кривонос П. С., 2017
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2017

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Студенческая учебная медицинская карта стационарного пациента с туберкулезом должна соответствовать унифицированной и обязательной для всех лечебных учреждений форме — «Медицинской карте стационарного пациента» (форма № 003/у-07). Последняя является основным медицинским документом, который составляется на каждого поступившего в стационар пациента и содержит все необходимые сведения, характеризующие его состояние 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» — экспертный документ, по которому оценивается диагностическая и лечебная работа врача.

Целью написания медицинской учебной карты стационарного пациента является формирование клинического мышления студента в процессе анализа данных клинико-лабораторных, рентгенологических и инструментальных методов обследования.

Задачи. Студенты должны:

- ознакомиться с основными разделами и принципами ведения медицинской карты стационарного пациента с туберкулезом, системой и последовательностью обследования пациента;
- выработать навык общения с пациентом, страдающим туберкулезом, с соблюдением деонтологических норм;
- научиться оценивать и анализировать диагностическую информацию;
- обучиться принципам постановки клинического диагноза туберкулеза и обоснованию режима химиотерапии.

Кроме того, в процессе написания учебной карты стационарного пациента с туберкулезом студенты должны овладеть следующими **навыками:**

- выявлять клинические признаки заболевания на основе жалоб пациента, собирать анамнез болезни и жизни;
- составлять план обследования пациента с туберкулезом;
- проводить объективное обследование пациента;
- выявлять на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки признаки туберкулеза и оформлять протокол рентгенологического исследования;
- оценивать результаты лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования пациента с туберкулезом;
- формулировать и обосновывать клинический диагноз туберкулеза;
- определять клиническую категорию пациента и составлять план лечения, обосновывать применение определенного режима химиотера-

пии, определять наличие побочных реакций на противотуберкулезные лекарственные средства (ПТЛС) у курируемого пациента;

– определять вероятный исход заболевания и прогноз трудоспособности.

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

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ

Учебная карта стационарного пациента с туберкулезом должна включать следующие разделы:

1. Персональные данные пациента (фамилия, имя, отчество, год рождения, домашний адрес, профессия, место работы и должность).

2. Дата поступления в стационар.

3. Клинический диагноз (согласно классификации).

4. Жалобы (в день курации).

5. Анамнез настоящего заболевания (*Anamnesis morbi*).

6. Анамнез жизни (*Anamnesis vitae*).

7. Осмотр, физикальное обследование.

8. Лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, иммунограмма).

9. Лабораторные методы детекции и идентификации микобактерий туберкулеза (МБТ), а также определения чувствительности МБТ к ПТЛС.

10. Кожные аллергические тесты на туберкулез (проба Манту с двумя туберкулиновыми единицами, Диаскинтест).

11. Лучевая диагностика (обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях, линейные томограммы, компьютерная томограмма; УЗИ).

12. Функциональные исследования (ЭКГ, спирограмма).

13. Инструментальные исследования и диагностические операции (фибробронхоскопия, видеоассистированная торакоскопия, пункционные биопсии лимфатических узлов, легкого, плевры и др.).

14. Обоснование и формулировка диагноза.

15. План лечения.

16. Дневник курации.

17. Вероятный исход заболевания и прогноз трудоспособности.

Титульная страница учебной медицинской карты стационарного пациента с туберкулезом оформляется по образцу, представленному в приложении.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА

Изучение жалоб пациента. Вначале указываются основные жалобы пациента, которые могут включать: проявления синдрома интоксикации (повышение температуры тела, слабость, снижение трудоспособности, повышенная потливость, ухудшение аппетита и снижение массы тела, изменение поведения — раздражительность или апатия); проявления бронхолегочно-плеврального синдрома (кашель сухой или с наличием мокроты, кровохарканье, боли в грудной клетке, одышка). Затем указываются дополнительные жалобы на проявления заболевания со стороны других органов и систем, в том числе обусловленные побочным действием ПТЛС.

Изучение анамнеза настоящего заболевания. Необходимо выяснить, как было выявлено заболевание: при обращении к врачу по поводу клинических признаков заболевания или при профилактическом рентгенологическом обследовании, а также оценить регулярность профилактических рентгенологических обследований.

Если имелись симптомы заболевания, то нужно указать, когда и при каких обстоятельствах они появились, в какой последовательности. Следует указать также наличие гиперинсоляции или переохлаждения перед началом заболевания.

Если пациент болел туберкулезом раньше, требуется отметить, когда и как впервые был выявлен туберкулез, продолжительность заболевания, наличие рецидивов, ранее проводимое лечение и его эффективность, диспансерное наблюдение.

Изучение анамнеза жизни. Необходимо указать *перенесенные* пациентом *заболевания*. Особенно важны плеврит, пневмония, лимфаденит; травмы, в том числе психические; операции; наличие хронических заболеваний органов дыхания, а также других органов и систем (сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани, онкологические заболевания, ВИЧ, заболевания желудочно-кишечного тракта, печени и почек). Указывается наличие беременностей, родов, прерываний беременностей, бесплодия у женщин. В обязательном порядке нужно отметить продолжительный прием глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, цитостатиков, биологических таргетных препаратов (моноклональных антител к ФНО- α) и других средств, способствующих реактивации туберкулезной инфекции.

Очень важно оценить *социальный статус* пациента: уровень образования, характер выполняемой работы, длительность периодов отсутствия постоянного места работы, наличие группы инвалидности (с указанием причины), пребывание в местах лишения свободы. Следует представить сведения об условиях работы, наличии профессиональных вред-

ностей, а также о материально-бытовых условиях жизни, составе семьи, качестве и регулярности питания.

Необходимо выяснить, имеются ли у пациента *вредные привычки*: курение (длительность и число выкуриваемых в день сигарет), злоупотребление алкоголем (с какого времени), употребление наркотических веществ.

Следует обратить внимание на *наличие, характер и длительность контакта с больными туберкулезом* (тесный бытовой или не бытовой; постоянный, периодический, временный; спорадический) до начала заболевания.

Аллергологический анамнез включает указание непереносимости лекарственных средств, вакцин, сывороток, пищевых продуктов (отметить вид аллергической реакции). *Трансфузионный анамнез* включает указание на переливание крови или препаратов крови (отметить переносимость).

Осмотр, физикальное обследование. Указывается общее состояние пациента (удовлетворительное, средней тяжести или тяжелое); положение пациента (обычно активное, при тяжелых формах заболевания — пассивное или вынужденное). Отмечаются рост, масса тела, индекс массы тела.

При осмотре следует обратить внимание на состояние кожных покровов и слизистых, влажность кожи, снижение массы тела (признаки интоксикации); расширение зрачков, блеск глаз, гектический румянец на щеках (свидетельствуют о раздражении симпатического отдела нервной системы при туберкулезной интоксикации); цианоз кожи и слизистых (признак артериальной гипоксемии); деформации ногтевых пластин, утолщение концевых фаланг пальцев по типу «часовых стекол» и «бараньих палочек» (признак хронической гипоксии); отеки нижних конечностей, асцит (наблюдаются при декомпенсации легочного сердца, при амилоидозе).

Необходимо описать форму грудной клетки (нормостеническая, гиперстеническая, астеническая, эмфизематозная), ее симметричность, участие в акте дыхания обеих половин грудной клетки, участие в дыхании вспомогательных мышц; наличие западения над- и подключичных ямок, сужения или расширения межреберных промежутков (определение признаков фиброзно-цирротических и эмфизематозных изменений в легких). 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 (инспираторная, экспираторная, смешанная; при физической нагрузке, в покое).

При пальпации следует определить степень влажности и тургор кожи (при интоксикации — кожа ладоней влажная, холодная; при гипоксии — сухая, теплая), тонус и болезненность мышц (снижение тонуса и атрофия мышц, болезненность при пальпации мышц плечевого пояса — при хроническом течении туберкулеза). Необходимо провести пальпаторное исследование шейных, подмышечных, паховых лимфатических узлов. Определить голосовое дрожание грудной клетки, возникающее при произношении слов, содержащих букву «р» (усилено при фиброзе или наличии инфильтрата; ослаблено при экссудативном плеврите, ателектазе, эмфиземе).

При топографической перкуссии следует оценить высоту стояния верхушек легких по передней и задней поверхности, определить нижние границы легких, подвижность нижнего края легких. При сравнительной перкуссии грудной клетки можно выявить укорочение и притупление перкуторного звука (наличие участков пониженной пневматизации легких может свидетельствовать об обширном инфильтрате, участке фиброза, ателектазе, экссудативном плеврите), тимпанический звук (при эмфиземе легких).

При аускультации необходимо обратить внимание на ослабленное дыхание (выслушивается над ателектазом, участками фиброза, при эмфиземе, пневмотораксе, экссудативном плеврите), жесткое или бронхиальное дыхание (над крупными полостями распада), усиленное дыхание (при обширном инфильтративном процессе, пониженной массе тела). Сухие хрипы выслушиваются обычно при сужении просвета бронхов (бронхоспазм, наличие мокроты, фиброз и др.). Влажные разнокалиберные хрипы выявляются при обширной инфильтрации в легком, особенно с наличием казеозного некроза и полостей распада, а также при бронхоэктазах, обострении хронического бронхита, развитии острого бронхита или пневмонии. При сухом фибринозном плеврите может выслушиваться шум трения плевры.

Туберкулез относится к заболеваниям со скудной перкуторной и аускультативной картиной: для многих форм туберкулеза, особенно в период проведения противотуберкулезной терапии, характерно полное отсутствие перкуторных и аускультативных проявлений.

Обследование других органов и систем проводится по общепринятой методике. Характер исследований должен определяться наличием сопутствующих заболеваний и присоединившихся осложнений. При отсутствии патологии другие системы описываются кратко.

Лабораторные исследования. В медицинской учебной карте стационарного пациента должны быть представлены общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, иммунограмма (при наличии иммунодефицитных состояний, в том числе ВИЧ) на момент поступления, при появлении патологических изменений в ходе лечения, а

также последние анализы на день курации. Каждый анализ должен сопровождаться заключением о характере патологических изменений или указанием, что параметры соответствуют норме.

В общем анализе крови при туберкулезе может определяться небольшое увеличение количества лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ (данные показатели значительно увеличиваются при развитии деструкций, прогрессирующем течении заболевания). Показатели красной крови при туберкулезе обычно остаются в пределах нормы. При благоприятном течении заболевания возможно небольшое повышение количества эозинофилов, лимфоцитов, моноцитов. При тяжелых остропрогрессирующих формах туберкулеза может наблюдаться выраженная лимфопения, моноцитопения, снижение эритроцитов и гемоглобина. Эозинофилия, лейкопения, тромбоцитопения, гемолитическая анемия могут наблюдаться при развитии побочных реакций на ПТЛС. Гиперпластические и гипопластические реакции кроветворения могут наблюдаться при остром туберкулезном сепсисе или милиарном туберкулезе.

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

В *биохимическом анализе крови* при туберкулезе возможно увеличение содержания бета- и гамма-глобулинов. Общее количество протеинов, как правило, остается в норме, но при амилоидозе почек, эмпиеме плевры, терминальных стадиях туберкулеза развивается гипопротеинемия. При туберкулезном воспалении возможно повышение острофазовых белков: С-реактивного белка, церулоплазмينا, фибриногена, гаптоглобина. О повреждении клеток печени (чаще вследствие токсического действия ПТЛС) может свидетельствовать повышение активности трансаминаз (АЛТ и АСТ). Нарушение желчевыделительной функции печени (вследствие токсико-аллергической реакции на ПТЛС) проявляется повышением прямого билирубина, щелочной фосфатазы, липопротеидов. Повышение уровня мочевины и креатинина может наблюдаться при нефротоксическом действии некоторых ПТЛС.

В учебную историю болезни вписываются *анализы крови на ВИЧ, вирусы гепатитов В и С*, наличие которых влияет на характер течения туберкулеза и переносимость терапии. У пациентов с ВИЧ анализируются показатели иммунитета при поступлении в стационар и в динамике: соотношение CD_4^+/CD_8^+ лимфоцитов — меньше или больше 1; количество CD_4^+ лимфоцитов в 1 мл^3 крови; тест на вирусную нагрузку — количество копий РНК ВИЧ в 1 мл крови.

Лабораторные методы детекции и идентификации МБТ. В данном разделе нужно указать результаты исследования всех видов используемого биологического материала (мокроты, индуцированной мокроты, бронхоальвеолярных смывов, плевральной жидкости, послеоперационного материала, биоптатов бронхов, легких и плевры). При первичной диагностике каждая проба биологического материала исследуется с использованием всех доступных микробиологических и молекулярно-генетических методов. В процессе лечения для оценки динамики и определения момента абацеллирования пациента используются бактериоскопический и бактериологический методы.

Для обнаружения МБТ применяются следующие методы:

- бактериоскопический метод — выявление кислотоустойчивых бактерий (КУБ) в мазках мокроты, окрашенных по Цилю–Нельсену;
- бактериологический (культуральный) метод — посев мокроты на твердые питательные среды (Левенштейна–Йенсена); ускоренный метод детекции МБТ в автоматизированной системе ВАСТЕС MGIT960. В обязательном порядке следует указать результаты тестов лекарственной чувствительности выделенных МБТ;
- молекулярно-генетические методы: GeneXpert, LPA (обнаружение ДНК МБТ и наличия мутаций, связанных с устойчивостью к ПТЛС).

Результаты исследований должны быть представлены в таблице с датами исследования (табл. 1).

Таблица 1

Результаты исследований биологического материала пациентов с туберкулезом

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

Кожные аллергические тесты для оценки латентной туберкулезной инфекции. Приводятся результаты пробы Манту с двумя туберкулиновыми единицами и Диаскинтеста. Гиперергические реакции пробы Манту характерны для пациентов с первичным туберкулезом. При вторичном туберкулезе чаще определяются положительные и слабоположительные результаты пробы Манту. Отрицательные пробы Манту не исключают туберкулез и могут наблюдаться при тяжелых прогрессирующих формах (милиарный туберкулез, казеозная пневмония, фиброзно-кавернозный туберкулез) и при сопутствующих иммуносупрессивных состояниях. Положительный результат Диаскинтеста отмечается у пациентов с активным туберкулезом.

Лучевая диагностика. Задачи студента — выявление характерного для туберкулеза рентгенологического синдрома, его схематичная зарисовка, подробное описание рентгенограммы в соответствии с нижеуказанным планом, а также заключение о том, что данная рентгенологическая картина может соответствовать определенной форме туберкулеза.

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 двух 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. Затенения могут быть ограниченными (субсегментарные, сегментарные, полисегментарные, долевыми) или обширными (тотальные, субтотальные).

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

4. Кольцевидная тень (полость).

5. Диссеминация — множество очагов, занимающих площадь более двух сегментов. Диссеминация может быть тотальная, субтотальная, ограниченная, односторонняя, двусторонняя, симметричная, асимметричная.

6. Изменения легочного рисунка (усиление, обеднение, ослабление, деформация — тяжистость, петлистость, ячеистость).

7. Расширение средостения и корней легких (одностороннее или двустороннее).

8. Синдром обширного просветления — определяется при пневмотораксе, эмфиземе.

9. Синдром плеврального выпота.

План описания рентгенограмм органов грудной полости. Вначале следует выделить основной рентгенологический синдром, затем провести его описание согласно следующему плану:

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

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

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

4. Размеры изменения (сколько мм в диаметре или, например, долевого, субтотального, тотального затенения).

5. Интенсивность (высокая, средняя, низкая).

6. Гомогенность (структура) — однородная, неоднородная, с включением теней повышенной интенсивности или признаками распада. Если име-

ется кольцевидная тень, то следует описать ее стенки (тонкие — до 4 мм, толстые), а также указать наличие уровня жидкости.

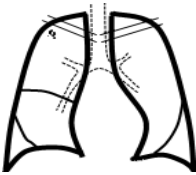
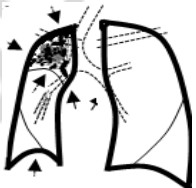

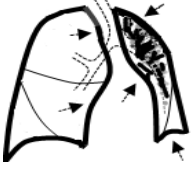

7. Контуры (четкие, нечеткие, ровные, неровные).

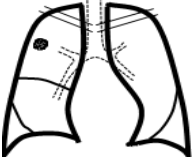

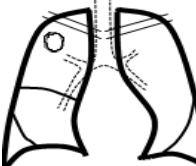
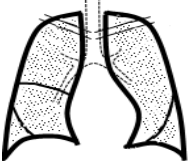


8. Соотношение патологического синдрома с другими отделами легких и грудной клетки: очаги отсева; дорожка к корню; усиление, ослабление, деформация легочного рисунка; наличие жидкости, воздуха в реберно-диафрагмальных синусах, спаек; смещение средостения в сторону; высокое, низкое стояние куполов диафрагмы. Наличие признаков уменьшения объема доли или легкого (при фиброзе, циррозе, ателектазе): смещение средостения в сторону поражения; подтянутость корней вверх (возможно наличие симптома «плакучей ивы» — вертикальное расположение сосудов хвостовой части корня) или смещение вниз в зависимости от области поражения; подтягивание купола диафрагмы на стороне поражения; смещение главной междолевой щели.

Следует представить описание и зарисовку рентгенограммы, выполненной при поступлении пациента в стационар и в динамике (на день курации), если произошли заметные изменения (табл. 2).

Таблица 2

Образцы зарисовки наиболее распространенных рентгенологических синдромов

| Вторичные формы туберкулеза | | Хронические формы туберкулеза | |
|---|--|--|---|
| рисунок | форма | рисунок | форма |
|  | Очаговый туберкулез (очаг) |  | Цирротический туберкулез (интенсивная долевая или сегментарная тень, признаки уменьшения доли легкого в объеме) |
|  | Инфильтративный туберкулез (тени облаковидной, округлой и треугольной формы) |  | |
|  | Казеозная пневмония (субтотальные и долевые неомогенные затенения) | | |

| Вторичные формы туберкулеза | | Хронические формы туберкулеза | |
|---|---|--|---|
| рисунок | форма | рисунок | форма |
|  | Туберкулома (округлая тень) |  | Фиброзно-кавернозный туберкулез (кольцевидная тень с толстыми стенками, признаки уменьшения доли легкого в объеме) |
|  | Кавернозный туберкулез (кольцевидная тень с тонкой стенкой) | | |
|  | Милиарный туберкулез (тотальная монотипная диссеминация) |  | Хронический диссеминированный туберкулез (ограниченная полиморфная диссеминация, признаки уменьшения долей легких в объеме) |
|  | Подострый диссеминированный туберкулез (субтотальная или ограниченная полиморфная диссеминация) | | |

В учебной карте стационарного пациента следует представить также полное описание результатов *компьютерной томографии органов грудной полости*. Мультиспиральная компьютерная томография позволяет выявить изменения в легких, плевре, средостении, которые не определяются на обычной рентгенограмме (мелкие очаги, полости распада малого размера, бронхоэктазы), уточнить локализацию и распространенность патологических образований, точно оценить их структуру и плотность.

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

УЗИ применяют с целью диагностики плевритов, эмпиемы плевры, дифференциальной диагностики образований, расположенных субплеврально, а также оценки состояния других органов и систем у пациентов с туберкулезом. УЗИ сердца (эхо-кардиография) у пациентов с туберкулезом позволяет оценить функциональное состояние правых отделов сердца и выявить наличие легочной гипертензии (повышение давления в легоч-

ной артерии), установить степень гипертрофии правого предсердия и правого желудочка для диагностики легочного сердца.

Функциональные исследования. В учебную карту стационарного пациента вписываются заключения проведенных функциональных исследований.

Метод спирографии позволяет определить основные показатели функции внешнего дыхания. Интерпретация результатов спирограммы осуществляется путем сравнения с должными величинами. Спирографическое исследование пациента с туберкулезом позволяет оценить вентиляционную способность легких и используется при проведении экспертизы трудоспособности. При туберкулезе могут наблюдаться различные варианты нарушений функциональной способности легких.

Обструктивный вариант вентиляционных нарушений (затруднение выдоха) наблюдается при воспалительной инфильтрации и отеке слизистой бронхов, при увеличении количества вязкой мокроты, при фиброзной деформации и сужении бронхов. Определяется снижение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$) $\leq 80\%$, снижение максимальной объемной скорости воздуха на уровне форсированного выдоха 25, 50, 75 % (МОС) $\leq 60\%$; снижение объемной скорости форсированного выдоха, усредненной от 25 до 75 % ($СОС_{25-75}$) $\leq 60\%$; отношение $ОФВ_1/$ жизненной емкости легких (ЖЕЛ) $\leq 75\%$.

Рестриктивный вариант (снижение легочных объемов) встречается при распространенном поражении легочной паренхимы (инфильтративные изменения, фиброз, цирроз), ателектазе, торакопластике, резекции легких, наличии газа или жидкости в плевральной полости, массивных плевральных сращениях. Определяется снижение ЖЕЛ $\leq 80\%$; снижение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) $\leq 80\%$; $ОФВ_1/ЖЕЛ > 75\%$.

Встречается также смешанный тип вентиляционных нарушений. Его проявления на спирограмме соответствуют обструктивному варианту нарушений со сниженной ЖЕЛ. Данный тип нарушений устанавливается обычно на основании результатов дополнительного исследования — *бодиплетизмографии*, а также с учетом данных компьютерной томографии органов грудной полости.

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

Деятельность сердечно-сосудистой системы у пациентов с туберкулезом оценивают с помощью *ЭКГ*. Изменения на ЭКГ при туберкулезе могут быть обусловлены общей интоксикацией, нарушениями гемодина-

мики в малом круге кровообращения, побочным действием ПТЛС, сопутствующей патологией.

Инструментальные исследования. В учебную карту стационарного пациента с туберкулезом необходимо внести заключение *фибробронхоскопического исследования (ФБС)*, если оно выполнялось. ФБС в настоящее время позволяет исследовать бронхи до уровня 5-го порядка. При диагностической ФБС можно получить бронхоальвеолярные смывы, осуществить биопсию слизистой оболочки бронхов или пункцию лимфатических узлов корня легкого и средостения, установить источник кровотечения или кровотечения. С лечебной целью ФБС проводят для удаления из бронхов слизи и инородных тел, аспирации крови и местной гемостатической терапии при легочных кровотечениях, санации бронхов. Пациентам с туберкулезом, согласно правилам инфекционного контроля, ФБС проводят только по строгим показаниям, что связано с высоким риском распространения лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Плевральную пункцию при туберкулезе проводят для диагностики плеврита, аспирации плеврального экссудата, определения его характера, введения в плевральную полость лекарственных препаратов. Плевральную пункцию при пневмотораксе применяют для аспирации воздуха, а при лечебном пневмотораксе — для введения воздуха в плевральную полость.

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

Результаты морфологического исследования операционного и биопсийного материала в медицинскую учебную карту стационарного пациента вписываются полностью (гранулема с наличием гигантских клеток Пирогова–Лангханса и казеозного некроза характерна для специфического туберкулезного воспаления).

ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВКА ДИАГНОЗА

Обоснование диагноза является самым важным разделом медицинской учебной карты стационарного пациента, 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 диагноз.

Клинический диагноз туберкулеза органов дыхания устанавливается на основании характерных жалоб (проявления интоксикационного и бронхолегочно-плеврального синдромов); анамнеза (ранее перенесенный

туберкулез, контакт с больными туберкулезом, наличие других факторов риска туберкулеза); данных осмотра и физикального исследования; патологических изменений лабораторных показателей; обнаружения МБТ в мокроте или в другом исследуемом материале (в том числе послеоперационном и биопсийном) при микробиологическом и молекулярно-генетическом исследовании; характерных данных лучевых и инструментальных методов обследования; результатов морфологического исследования послеоперационного материала и биоптатов (обнаружение специфических туберкулезных гранулем).

Клинический диагноз формулируется в соответствии с клинической классификацией туберкулеза в последовательности: основная клиническая форма, локализация и распространенность процесса, фаза, наличие или отсутствие бактериовыделения, характеристика лекарственной устойчивости; осложнения туберкулеза; остаточные изменения после излеченного туберкулеза; отсутствие или наличие ДН (с указанием ее степени).

Далее необходимо указать сопутствующие заболевания, в том числе те, которые были впервые диагностированы при обследовании в стационаре.

Патогенез установленной формы туберкулеза. Рекомендуется описать схемы патогенеза установленной формы туберкулеза и наиболее вероятные патогенетические механизмы, имевшие место у курируемого пациента.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Прежде всего, следует указать лечебный режим (постельный, щадящий или тренировочный); лечебную диету: ее номер, суточную калорийность, особенности диеты. Затем необходимо обосновать назначенный режим химиотерапии (в зависимости от результатов молекулярно-генетических методов и тестов лекарственной чувствительности), указать продолжительность фазы курса лечения, 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.

Необходимо указать и обосновать применявшиеся методы хирургического лечения (лечебно-диагностическая видеоторакоскопия, торакопластика, резекция и др.). Далее указываются используемые у данного пациента патогенетические лекарственные средства и методы лечения туберкулеза, лекарственные средства для предупреждения и коррекции нежелательных эффектов ПТЛС (терапия сопровождения) и цель их назначения.

ДНЕВНИК КУРАЦИИ

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

ПРОГНОЗ ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Исход заболевания и прогноз трудоспособности пациента зависят от своевременности выявления туберкулеза, возраста, социального статуса и психического состояния пациента, образа жизни, полноценности питания и наличия вредных привычек, формы туберкулеза, чувствительности выделенных штаммов МБТ к ПТЛС, эффективности проводимого лечения, соблюдении пациентом режимов приема ПТЛС, сопутствующей патологии.

Возможные исходы туберкулеза органов дыхания: благоприятный и относительно благоприятный (излечение с малыми или большими остаточными изменениями, стабилизация процесса), неблагоприятный. Неблагоприятный исход определяется, если расстройства здоровья приобретают стойкий характер — прогрессирующее течение туберкулеза; хронические формы туберкулеза, не подлежащие хирургическому лечению; туберкулез в сочетании с другими заболеваниями, утяжеляющими его течение и прогноз; широкая лекарственная устойчивость с невозможностью назначить адекватное лечение; отказ пациента от лечения или неоднократные отрывы от лечения.

Благоприятный трудовой прогноз означает возможность излечения и признание пациента трудоспособным. При выявлении признаков ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности устанавливается группа инвалидности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Перельман, М. И.* Фтизиатрия : нац. руководство / М. И. Перельман. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 448 с.
2. *Петренко, В. И.* Фтизиатрия : учеб. пособие / В. И. Петренко. Киев : Медицина, 2008. 487 с.
3. *Клиническое* руководство по диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм / Е. М. Скрягина [и др.]. Минск, 2017. 138 с.
4. *Чучалин, А. Г.* Клиническая диагностика : руководство для практ. врачей / А. Г. Чучалин, Е. В. Бобков. Москва : Литера, 2006. 308 с.

Репозиторий БГМУ

ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Заведующий кафедрой,
кандидат медицинских
наук, доцент
Бородина Г. Л.

УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
(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..... | 4 |
| Содержание учебной медицинской карты | 5 |
| План обследования пациента | 6 |
| Обоснование и формулировка диагноза | 15 |
| План лечения..... | 16 |
| Дневник курации | 17 |
| Прогноз исхода заболевания и трудоспособности..... | 17 |
| Список использованной литературы | 18 |
| Приложение..... | 19 |

Репозиторий БГМУ

Учебное издание

Мановицкая Наталья Валентиновна
Бородина Галина Львовна
Кривонос Павел Степанович

**УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА
С ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Г. Л. Бородина
Редактор Ю. В. Киселёва
Компьютерная верстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 30.08.17. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,9. Тираж 99 экз. Заказ 616.

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.