

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии
и инфекционных заболеваний»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Учебное пособие
для студентов педиатрического факультета медицинских ВУЗов

Под общей редакцией И.А. Васильевой

Москва
2024

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии
и инфекционных заболеваний»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Учебное пособие
для студентов педиатрического факультета медицинских ВУЗов

Под общей редакцией И.А. Васильевой

*Рекомендовано
Центральным координационным методическим советом
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
для использования в образовательном процессе*

Москва
2024

УДК 616-002.5-07:371.67

ББК 55.4

C92

Рецензенты:

Л.И. Мозжухина, д. м. н., профессор
(ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»
Минздрава России)

О.В. Зайцева, д. м. н., профессор
(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России)

Составители:

О.Г. Челнокова, Л.Е. Паролина, О.К. Киселевич,
А.Н. Юсубова, Е.Д. Зубова

C92 **Схема написания истории болезни больного туберкулезом:** учеб. пособие для самостоятельной работы студентов IV, V, VI курса педиатрического факультета / О.Г. Челнокова [и др.]; под общ. ред. И.А. Васильевой. – Москва: Издательство ООО «Медицинские знания и технологии», 2024. – 36 с.

ISBN 978-5-6049908-2-7

Учебное пособие предназначено для самостоятельной работы студентов при подготовке к курации больного туберкулезом и написании учебной истории болезни, и несет в себе последовательность действий как при анализе материалов истории болезни, так и в непосредственной работе с больным туберкулезом. Приведенная схема истории болезни является обучающей моделью, которая способствует качественному усвоению основ фтизиатрии.

УДК 616-002.5-07:371.67

ББК 55.4

© Российский национальный
исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова, 2024

© Национальный медицинский
исследовательский центр
фтизиопульмонологии
и инфекционных заболеваний, 2024

© Ярославский государственный
медицинский университет, 2024

ISBN 978-5-6049908-2-7

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	7
Условия и требования к учебной истории болезни на цикле «Фтизиатрия»	8
РАЗДЕЛ 1. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО	10
1.1. Методические рекомендации к учебно-исследовательской деятельности при работе с больными и оформлению академической истории болезни	10
1.2. Схема истории болезни	10
1.3. Комментарии к некоторым разделам истории болезни	13
1.4. Построение диагноза больного	19
1.4.1. Ключ к определению клинико-рентгенологической формы туберкулеза легких	20
1.4.2. Ключ к определению локализации процесса в легких	22
1.4.3. Ключ к определению фазы туберкулезного процесса	23
1.4.4. Ключ к определению бактериовыделения	25
1.4.5. Ключ к определению осложнений туберкулеза	25
РАЗДЕЛ 2. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА	27
2.1. Логическое обоснование диагноза	27
2.2. Оформление обоснования диагноза	31
2.3. Дифференциальная диагностика	32
РАЗДЕЛ 3. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ	33
3.1. Выбор рациональной схемы лечения	33
3.2. Группа диспансерного учета	33
3.3. Прогноз	33
РАЗДЕЛ 4. ЛИТЕРАТУРА	34

КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ. НАПИСАНИЕ АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

ВВЕДЕНИЕ

Вы получили больного для клинического обследования и решения вопроса о вероятности диагноза. Помните, что «История болезни» – основной юридический документ, отражающий диагностическую и лечебную работу врача, а также сведения о возникновении, течении и излечении болезни пациента; она включает систему сведений, полученных при планомерном обследовании больного, а также совокупность логических действий с полученными фактами, необходимыми для постановки диагноза.

Работа над историей болезни является учебно-исследовательской деятельностью, в процессе которой вы практически осваиваете методику распознавания болезни. Методика включает:

- 1) «Обследование» больного, выполнение действий, манипуляций, анализов с целью сбора информации о состоянии больного;
- 2) «Исследование» – логическую оценку полученных фактов с позиции научных знаний и врачебного опыта.

В процессе работы над историей болезни Вам предстоит решить задачу: принадлежит ли к одной из форм туберкулеза легких заболевание, которое имеется у курируемого Вами больного?

В общем виде процесс решения этой задачи на факультетском уровне обучения диагностике заболевания легких можно изложить как установление аналогии между «моделью диагностируемой болезни» и «моделью болезни», известной науке и представленной в учебнике или другом источнике, содержащем опыт научной медицины.

В клинике туберкулеза легких это означает, что студент совершенствует умение выявлять признаки болезни, усваивает взаимосвязи между клиническими, лабораторными и рентгенологическими симптомами заболевания, выделяет его типичные симптомокомплексы (формы), сопоставляет их между собой, устанавливая сходство и различие между ними, а также сравнивает их с классификацией, формулирует диагноз, завершая таким образом процесс распознавания.

Кроме того, студент (обучающийся) должен уметь выбрать рациональную схему лечения и обосновать ее назначение, а также знать общие принципы верификации диагноза.

Совокупность признаков болезни, выявленных последовательным применением различных методов диагностики, составляет диагностический базис болезни.

Самостоятельная работа студентов (обучающихся) по написанию истории болезни способствует формированию и закреплению знаний и умений, необходимых для деятельности врача.

В процессе работы с настоящим изданием студент (обучающийся) должен знать:

1. Факторы и группы риска по заболеванию туберкулезом, показания для обследования в противотуберкулезном диспансере (формирование групп риска).
2. Основные теневые рентгенологические синдромы во фтизиатрии.
3. Рентгеносемиотику основных клинических форм туберкулеза.
4. Показания к проведению вакцинации и ревакцинации БЦЖ.
5. Показания к проведению и интерпретацию иммунодиагностики.
6. Объем необходимого лабораторно-инструментального обследования у больного туберкулезом легких.
7. Показания к дополнительным рентгенологическим методам обследования (томография, бронхография и др. контрастные методы).
8. Показания и интерпретация эндоскопических методов обследования больных туберкулезом (бронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия).
9. Показания к проведению биопсийных и цитологических методов диагностики с интерпретацией результатов.
10. Патогномоничные критерии туберкулеза.
11. Показания к назначению больному туберкулезом противотуберкулезных препаратов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: приобрести умение распознавать клинические формы туберкулеза легких на основании самостоятельного обследования больного и теоретического знания признаков болезни и ее классификации.

В процессе работы над историей болезни студент (обучающийся) должен уметь:

1. Оценивать изменения, выявляемые при обследовании различных органов и систем организма.
2. Оценивать получаемые при обследовании больного данные с позиций нормы и патологии, при этом уметь объединять выявленные признаки и симптомы в патогенетически обоснованные синдромы (клинические, рентгенологические, лабораторные).

3. Сравнивать и выявлять сходство и различия в клиническом проявлении болезни у конкретного больного с теоретическими моделями болезни, составляющими современную классификацию форм туберкулеза легких.

4. Требуется освоить принцип доказательства правильности диагноза методом формально-логических заключений.

5. Опираясь на знание закономерностей патогенеза диагностируемой формы болезни, выбрать и обосновать рациональную схему лечения больного.

6. Защитить, выступая перед группой, правильность своих суждений.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

2 ТЕ ППД-Л – 2 туберкулиновые единицы в 0,1 мл раствора
очищенного белкового деривата Линниковой

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

АТР – аллерген туберкулезный рекомбинантный
в стандартном разведении

BCG – Bacielle Calmette-Guerin (противотуберкулезная вакцина)

ГДН – группа диспансерного наблюдения

МБТ – микобактерии туберкулеза

МБТК – микобактерии туберкулезного комплекса

МЛУ – множественная лекарственная устойчивость

ПВА – поствакцинальная аллергия

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПТД – противотуберкулезный диспансер

ПТП – противотуберкулезные препараты

ПТС – противотуберкулезная служба

ПХТ – превентивная химиотерапия

ПЦР – полимеразно-цепная реакция

ХНЗЛ – хронические неспецифические заболевания легких

ХП – химиопрофилактика

ШЛУ – широкая лекарственная устойчивость

IGRA – interferon-gamma release assay

INF- γ – интерферон-гамма

QuantiFERON-TB Gold – квантифероновый тест

T-SPOT.TB – тест Т.СПОТ

УСЛОВИЯ И ТРЕБОВАНИЯ К УЧЕБНОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ НА ЦИКЛЕ «ФТИЗИАТРИЯ»

1. История болезни является важной итоговой работой студента (обучающегося) на цикле «фтизиатрия». Отсутствие истории болезни или неудовлетворительная оценка за историю болезни дает основание преподавателю не допускать студента (обучающегося) к сдаче зачета. Отличные результаты по истории болезни и творческий подход с соблюдением требований положительно учитываются при сдаче зачета.

2. История болезни может быть представлена в письменном, печатном или электронном виде (по согласованию с преподавателем), должна быть сдана в срок, указанный преподавателем. История болезни должна соответствовать всем предъявляемым требованиям.

3. Куратор должен быть готов к полному докладу и клиническому разбору больного.

4. Уметь аргументировано комментировать любые разделы истории болезни при проверке ее преподавателем.

5. В случаях курации несколькими студентами (обучающимися) одного больного каждый студент (обучающийся) должен представить свою историю болезни с выводами и заключениями, сделанными непосредственно куратором.

6. История болезни должна содержать основные разделы (1.2.).

При отсутствии одного из разделов или выводов из разделов история преподавателем не оценивается и возвращается студенту (обучающемуся) для исправления.

7. Из каждого раздела куратор делает выводы или заключение, подводящее итоги раздела и не повторяющее его содержание. Основные направления для анализа раздела указаны в соответствующих разделах.

8. Учебная история болезни на цикле «фтизиатрия» значительно отличается от историй болезни, над которыми студенты (обучающиеся) работают на других циклах. Особенности заключаются в выделении клинических акцентов, отражающих особенности больных туберкулезом и тактику врачей общей практики, направленную на раннюю диагностику заболевания.

9. Важными вопросами, которые должны найти отражение в истории болезни в разных разделах, являются:

1. Своевременно ли было выявлено заболевание туберкулезом?
2. Какие факторы способствовали заболеванию туберкулезом?
3. Существовали ли возможности профилактической работы по туберкулезу у врачей общей практики в отношении данного больного?

4. Какие симптомы указывали на развитие туберкулеза до выявления заболевания? Оценить их длительность.

5. Возможно ли было выявить туберкулез на более ранних этапах развития у данного пациента? Если возможно, то при каких условиях, зависящих от пациента и зависящих от врачей?

6. Какие недостатки можно выделить при выявлении туберкулеза у данного больного, особенно в случаях госпитализации в общую лечебную сеть? Оценить длительность диагностики и объем обследования на туберкулез в общей лечебной сети, включая поликлинический и стационарный этап.

7. При выявлении больного, выделяющего микобактерии туберкулеза, необходимо установить все его эпидемические связи (квартира, место работы, учреждения общей лечебной сети), оценить степень опасности очагов. Куратор должен знать диагностические, профилактические мероприятия в очагах, которые требуется провести, и роль врача общей практики в осуществлении противоэпидемических мероприятий.

8. Какие характерные для туберкулеза клинико-рентгенологические и лабораторные данные присутствуют у больного?

9. Какие характерные признаки конкретной формы туберкулеза можно выделить у больного?

10. В чем заключаются особенности лечения туберкулеза у данного больного?

11. Как повлияла своевременность или задержка диагностики туберкулеза на течение, лечение и прогноз исхода заболевания у данного больного?

РАЗДЕЛ 1

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО

1.1. Методические рекомендации к учебно-исследовательской деятельности при работе с больными и оформлению академической истории болезни

1. Усвойте цели предстоящей работы. Проверьте себя: готовы ли Вы решить поставленные перед Вами задачи; если испытываете трудность в их решении, то постарайтесь наметить путь к ее преодолению.

2. Прочтите схему истории болезни (1.2.) и оцените свои возможности при выполнении обследования больного по различным разделам истории болезни.

3. Оцените жалобы, составьте обоснованный план обследования больного.

4. Собрав информацию о больном в соответствии с составленным Вами планом, оцените, содержит ли она достаточно сведений для того, чтобы составить заключение:

- а) о форме и локализации туберкулеза легких;
- б) о фазе процесса;
- в) о характере бацилловыделения;
- г) осложнениях.

5. Для оценки значимости информации для постановки диагноза, воспользуйтесь содержанием настоящего пособия.

6. Составив предварительное заключение о диагнозе больного, познакомьтесь с учебной литературой по данной форме туберкулеза.

7. Обосновав диагноз, выбирайте схему лечения, которая, по вашему мнению, наиболее адекватна данному случаю.

1.2. Схема истории болезни

- 1. Паспортная часть (Ф.И.О. больного, возраст, адрес).
- 2. Дата курации.
- 3. Путь выявления туберкулеза.
- 4. Жалобы больного при поступлении.
- 5. Анамнез жизни.
- 6. Фтизиатрический анамнез.
- 7. Эпидемиологический анамнез.
- 8. Анамнез настоящего заболевания.

9. Объективное состояние больного.
10. Данные лабораторных исследований (анализ крови, анализ мочи, анализ мокроты на МБТ и др.).
11. Данные рентгено-томографического исследования (протокол описания рентгенограммы).
12. Данные инструментальных методов исследования: бронхоскопия, УЗИ и др.
13. Клинический диагноз.
14. Обоснование диагноза.
15. Дифференциальная диагностика.
16. Тактика ведения больного и лечение.
17. Группа диспансерного учета.
18. Прогноз.

Требования к оформлению титульного листа:

Вверху страницы по центру указывается название учебного заведения, ниже по центру – название кафедры и факультета.

В середине страницы по центру заглавными буквами пишется: ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ. Ниже указывается КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ пациента.

Еще ниже справа указывается фамилия и инициалы исполнителя с указанием факультета и номера группы, фамилия и инициалы преподавателя.

Внизу страницы по центру – город и год написания.

Номер страницы на титульном листе не ставится.

1. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ

Основные пункты раздела:

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра фтизиатрии лечебного факультета

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Паспортные данные пациента

Клинический диагноз:

Основной:

Осложнения:

Сопутствующие:

Выполнил
Студент № группы
Факультет
ФИО

Преподаватель (ФИО)

Город
Год написания

1.3. Комментарии к некоторым разделам истории болезни

Путь выявления туберкулеза

Путь выявления заболевания, с уточнением кем было выявлено заболевание. Пути выявления туберкулеза:

- обращение с бронхолегочными жалобами к педиатру поликлиники,
- обращение с другими жалобами к врачам любых специальностей,
- профилактическая флюорография (если она проводилась регулярно – не реже одного раза в один – два года),
- плановая иммунодиагностика (с выявлением «виража», гиперергические реакции или нарастания чувствительности к туберкулину),
- плановое обследование медицинских групп риска,
- дифференциальная диагностика с заболеваниями (пневмония, инфекционные заболевания и др.), возможно, после тест-терапии, биопсии, оперативного вмешательства и т.д.,
- обследование мигрантов по прибытии, при устройстве в детские учреждения,
- обследование детей и подростков при оформлении в социальные центры и детские дома,
- обследование по контакту с больными туберкулезом,
- другие пути выявления.

Общие жалобы и признаки болезни

В данном разделе дается описание самочувствия, болезненных явлений, нарушения функции органов, субъективных ощущений, испытываемых больным в день курации.

Жалобы, с которыми больной обращается к врачу, называют «ведущими жалобами», но они могут оказаться не главными, т.е. не определяющими состояние больного. Задача врача состоит в том, чтобы выявить все жалобы, провести их классификацию по значимости для оценки состояния больного, по степени информативности для диагностики.

Жалобы условно делят на:

а) местные, указывающие на систему органов, где наблюдаются болезненные явления;

б) общие, происхождение которых нельзя связать с поражением конкретной системы органов (слабость, недомогание, плохое самочувствие, температурная реакция и т.д.).

Жалобы:

- интоксикационный синдром;
- бронхопульмональный синдром;

- проявления полиорганной недостаточности при остро прогрессирующих процессах;
- сопутствующие заболевания.

Жалобы должны быть детализированы. В связи с этим каждая из жалоб должна иметь полную характеристику, в которую включается:

- характер жалобы;
- место возникновения, распространенность, иррадиация;
- время появления, продолжительность;
- интенсивность, степень выраженности жалобы;
- возможные причины и условия возникновения; какие явления способствуют возникновению или исчезновению жалобы.

При заболевании органов дыхания необходимо обратить внимание на: носовое дыхание (свободное, затрудненное), характер и количество отделяемого из носа (слизь, кровь, гной). Боли в области околоносовых пазух. Боли при разговоре и глотании. Изменения голоса. Боли в грудной клетке: локализация, характер, связь с дыханием и кашлем, условия появления, продолжительность. Одышка, ее характер (экспираторная, инспираторная, смешанная) и условия возникновения, продолжительность и эффективность терапевтических мероприятий. Удушье, время его появления, продолжительность, сопутствующие явления.

Кашель (сухой, влажный, болезненный), время его появления и продолжительность).

Мокрота, ее отхождение, характер (гнойная, слизистая, слизисто-гнойная), количество, распределение в течение суток (выделяется преимущественно утром, равномерно в течение суток, одномоментно в большом количестве, в определенном положении тела), свойства (консистенция, цвет, запах, примеси, слоистость).

Кровохарканье, условия его появления, алая кровь или ее прожилки, ржавая мокрота.

Повышение температуры, характер, тип (распределение по часам в течение суток), переносимость.

Снижение веса (при сохранении или нарушении аппетита, скорость снижения).

Необходимо оценить степень выраженности симптомов заболевания по жалобам, определить диагностическую ценность выявленных особенностей предъявляемых жалоб и динамику на фоне лечения. При наличии сопутствующей патологии уточнить «маскирующее» значение сопутствующей патологии для диагностики туберкулеза у данного больного.

Учитывая то, что при некоторых заболеваниях признаки болезни не осознаются больным (инапперцептное течение болезни) или не оцениваются как

болезненные проявления, необходимо планомерно обследовать все системы с целью выявления функциональных и болезненных нарушений в их работе.

Объем обследования больного (количество и последовательность диагностических методов) определяется, с одной стороны, необходимостью накопления информации для решения диагностической задачи, с другой – возможностями того лечебного подразделения, где в данный момент находится больной.

Анамнез жизни

Необходимо выделить отрицательные факторы, которые могли способствовать развитию настоящего заболевания или отягощать его течение.

Раздел направлен на выявление социальных, медицинских и биологических факторов, способствующих развитию туберкулеза у больного. Раздел также позволяет определить, относился ли больной к группам риска по туберкулезу, в которых должны проводиться профилактические мероприятия по туберкулезу, и проводились ли они.

При формировании групп риска значение придается медицинским и социальным факторам риска:

- наличие указаний на контакт с больным туберкулезом;
- результаты скринингового обследования населения;
- наличие сопутствующей патологии и заболеваний, снижающих иммунитет;
- наличие социальных проблем.

Группы риска по заболеванию туберкулезом детей и подростков, подлежащие наблюдению в учреждениях противотуберкулезной службы, – это пациенты, у которых при обследовании в учреждениях ПТС исключена локальная форма туберкулеза, но сохраняются факторы риска, которые определяют возможность развития заболевания в ближайший период; требуют динамического наблюдения и проведения профилактических мероприятий. К ним относятся:

- дети и подростки из очагов туберкулезной инфекции;
- дети и подростки, выявленные по результатам ежегодного скрининга с применением кожных иммунологических тестов;
- дети и подростки с остаточными посттуберкулезными изменениями в органах дыхания (неактивные процессы в фазе обратного развития спонтанно или терапевтически излеченные).

Группы риска, подлежащие наблюдению в учреждениях ПМСП, – это пациенты с различной хронической патологией органов и систем, которая при наличии инфицирования МБТ определяет возможность развития заболевания; дети и подростки из социально-дезадаптированных семей. К ним относятся:

- дети и подростки, не иммунизированные или не качественно иммунизированные вакциной БЦЖ (наблюдаются в детской поликлинике фтизиатром и педиатром);

- лица, инфицированные МБТ, с сопутствующей хронической соматической патологией (с сахарным диабетом, ХНЗЛ, хронической патологией мочевыделительной системы, ВИЧ-инфекцией, длительно получающие иммуносупрессивную терапию и др.);
- социальная группа (наличие вредных привычек, низкая санитарная грамотность, наличие социально значимых заболеваний, не сбалансированное питание).

Фтизиатрический анамнез

В данном разделе необходимо оценить эффективность вакцинации БЦЖ/БЦЖ-М, данные иммунодиагностики в динамике, определить период инфицирования.

Таблица 1. Пример оформления данных иммунодиагностики в динамике

Возраст	Результат пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л	Оценка результата	Заключение

При наличии данных о постановке пробы с АТР, IGRA тестов (QuantiFERON-TB Gold и T-SPOT.TB) оценить их отдельно и указать информативность для диагностики туберкулеза и определения активности процесса.

Эпидемиологический анамнез

Цель этого раздела:

- а) выявить возможный источник заражения туберкулезом;
- б) оценить характер профилактических противотуберкулезных мероприятий, проводимых больному в прошлом;
- в) выявить социальные, бытовые, семейные и другие факторы, способствующие ослаблению резистентности организма.

Источником туберкулезной инфекции могут быть: люди или животные, больные туберкулезом, продукты питания животного происхождения, употребляемые в сыром виде (молоко, яйца, мясо).

При сборе анамнеза рекомендуется выяснить наличие контакта пациента с больным туберкулезом. Описать характер контакта (семейный, родственник, квартирный, коридорный, территориальный, производственный, случайный при других условиях – указать каких), длительность. При выявлении контакта указать информацию о бактериовыделителе и спектре лекарственной устойчивости (ЛУ) возбудителя у предполагаемого источника заражения. Также необходимо отметить, состоял ли пациент на учете у фтизиатра по кон-

такту и какие профилактические мероприятия проводились (дезинфекция, обследование, его регулярность, химиопрофилактика).

Уточняется регулярность прохождения профилактической флюорографии всех членов семьи с 15-летнего возраста (давность прохождения флюорографии последние 2-3 года).

Таблица 2. Пример оформления профилактических осмотров членов семьи пациента

ФИО	Возраст	Родственная принадлежность	Дата последнего флюорографического обследования	Болен ли туберкулезом, с какого времени

Оценивается характеристика жилищных условий. При проживании в общежитии, коммунальной квартире – число соседей, возраст, оценить условия общения.

Не всегда удастся установить источник инфекции у туберкулезного больного (в этом случае в истории болезни отмечается, что «контакт с больным туберкулезом не установлен»), но выявление контакта у обследуемого пациента с больным, страдающим туберкулезом, имеет важное значение для дальнейшего хода исследований и установления диагноза.

Анамнез настоящего заболевания

В этот раздел истории болезни вносятся сведения о развитии заболевания. Изучая анамнез больного туберкулезом, необходимо знать наиболее типичные варианты развития и течения этой болезни.

Необходимо выяснить:

- особенности начала заболевания (внезапное, постепенное, с наличием озноба или без него);
- характеристику общего состояния до начала болезни (отмечалась слабость, потеря аппетита, веса, потливость);
- время заболевания и время обращения к врачу;
- чем лечился до обращения к врачу, и какие результаты получены (самочувствие улучшается, ухудшается, остается без перемен, появились новые болезненные ощущения);
- заболевание возникло впервые или рецидивирует;
- при выявлении рецидива болезни устанавливают интервал ремиссий; тяжесть течения заболевания в прошлом; характер проводимой терапии в прошлом и результаты лечения.

Объективное состояние больного

Раздел истории болезни, отражающий результаты осмотра органов и систем больного с подробным описанием бронхолегочной системы и выделением патологических симптомов, отражающих течение заболевания, включая параспецифические реакции.

Данные лабораторных исследований (анализ крови, анализ мочи, биохимическое исследование крови и др.) сопоставляются с общепринятыми критериями. Отклонения от нормы указываются подчеркиванием (выделяются) с обобщением и объяснением выявленных изменений в конце раздела.

Таблица 3. Пример оформления клинического анализа крови

Показатель	Норма	Дата	Заключение
Эритроциты			
Гемоглобин, г/л			
Цветовой показатель			
Лейкоциты			
Базофилы			
Нейтрофилы палочкоядерные			
Нейтрофилы сегментоядерные			
Лимфоциты			
Моноциты			
СОЭ			

Заключение:

Таблица 4. Пример оформления биохимического анализа крови

Показатель	Норма	Дата	Заклучение
Билирубин			
АСТ			
АЛТ			
Общий белок			
СРБ			
Мочевина			
Креатинин			

Заклучение:

Исследование на МБТ: указать материал, методы, кратность и результаты исследования на МБТ. Оценить массивность бактериовыделения, динамику и сроки прекращения бактериовыделения на фоне лечения. Указать лекарственную устойчивость МБТ с оценкой варианта устойчивости (монорезистентность, полирезистентность, МЛУ, ШЛУ).

Протокол рентгенологического обследования больного

Анализ данных рентгенологического исследования позволяет установить форму туберкулеза легких, локализацию и распространенность процесса, выявить качественные особенности процесса (наличие распада, нарушение бронхиальной проходимости, реакцию соседних органов и т.д.), оценить динамику процесса в ходе лечения. Расшифровку рентгенограммы проводят по общепринятой схеме.

1.4. Построение диагноза больного

В соответствии с требованиями современной классификации формула диагноза туберкулеза легких включает пять основных элементов:

1. Клиническая форма туберкулеза.
2. Локализация и протяженность туберкулезного процесса.
3. Фаза развития туберкулезного процесса.
4. Наличие или отсутствие бактериовыделения.
5. Осложнения.

Сконструировать диагноз больного туберкулезом легких означает выбрать адекватную клинико-рентгенологическим проявлениям болезни и требованиям классификации форму процесса, определить ее фазу, указать локализацию и характер бацилловыделения и осложнения процесса (таблица 5).

Таблица 5. Примеры формулировки диагноза

Клиническая форма туберкулеза	Локализация и протяженность туберкулезного процесса	Фаза развития туберкулезного процесса	Наличие или отсутствие бактериовыделения	Осложнения
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	бронхопульмональной группы слева	фаза инфильтрации	МБТ (-)	бронхо-легочное поражение S4 S5 левого легкого
Очаговый туберкулез легких	S1 S2 правого легкого	фаза инфильтрации	МБТ (-)	—

1.4.1. Ключ к определению клинико-рентгенологической формы туберкулеза легких

Для определения туберкулеза легких оценивают рентгено-томографический синдром легочной патологии, при этом учитывают, что наименованию форм легочного туберкулеза соответствуют различные виды рентгенологических синдромов или их сочетание (таблица 6).

Таблица 6. Рентгенологическая характеристика легочных форм туберкулеза

	Название формы туберкулеза	Название рентгенологического синдрома	Основные скалиогические элементы синдрома
1	Туберкулезная интоксикация у детей и подростков	Рентгенологических изменений нет	нет
2	Первичный туберкулезный комплекс	Синдром биполярного тенеобразования	а) тень легочного фокуса (очага); б) тень увеличенных лимфатических узлов; в) «дорожка» от фокуса к корню (лимфангит)
3	Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	а) синдром инфильтрации корня б) синдром полициклически измененного корня	Изменены: а) структура тени; б) ширина тени корня; в) форма; в) прозрачность просвета промежуточного бронха г) наружный контур корня; д) наличие дополнительных включений (кальцинатов)
4	Милиарный туберкулез легких	Синдром милиарной диссеминации	Равномерные высыпания в обоих легких мелкоочаговых мономорфных теней малой интенсивности
5	Диссеминированный туберкулез легких	Синдром диссеминации	Двухсторонние, симметрично (асимметрично) расположенные очаговые тени, занимающие все легочные поля или их верхние отделы
6	Очаговый туберкулез легких	Очаговая тень (тень менее 1 см)	Одиночные или множественные очаги, локализующиеся в 1 или 2 сегментах легкого (легких)

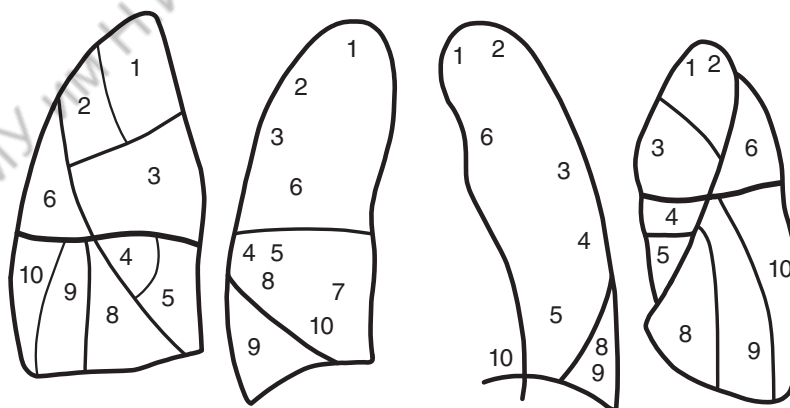
	Название формы туберкулеза	Название рентгенологического синдрома	Основные скалиогические элементы синдрома
7	Инфильтративный туберкулез легких	Фокус затемнения (тень более 1 см), ограниченное, распространенное, субтотальное затемнение	Неоднородная тень, различной формы, малой и средней интенсивности; контуры тени обычно размытые, нечеткие, «дорожка» в виде парных полосок идет от тени фокуса к корню легкого
8	Казеозная пневмония	Ограниченное, распространенное, субтотальное (тотальное) затемнение	Неоднородная тень с множественными просветлениями, средней и высокой интенсивности, смещение средостения в сторону поражения
9	Туберкулома	Синдром круглой тени	Тень округлой (овальной) формы, более 1 см в диаметре, неоднородной структуры, с четкими контурами
10	Кавернозный туберкулез легких	Сформированная свежая эластическая полость без перифокального воспаления вокруг	Правильной округлой формы замкнутое просветление, ширина стенки которого не более 3-4 мм; в окружающей легочной ткани нет инфильтрации и очагов
11	Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	Сформированная старая полость с явлениями фиброзной деформации и признаками бронхогенного метастазирования очагов	Неправильной формы замкнутое просветление, ширина стенки которого неравномерна по периметру; размеры сегмента (доли), где находится полость, уменьшены; близлежащие органы смещаются в направлении полости, в зонах бронхогенного метастазирования выявляются очаги; вокруг полости грубо деформирован легочный рисунок; выраженные плевральные изменения
12	Цирротический туберкулез легких	Распространенное, субтотальное, тотальное затемнение с признаками уменьшения пораженной части легкого в объеме	Неправильной формы затемнение высокой интенсивности, неоднородной структуры, обусловленное разрастанием соединительной ткани в легком, дающей ячеистые структуры, с гиповентиляцией и массивными плевральными уплотнениями; органы средостения смещены в сторону цирротически сморщенного участка, межреберные промежутки сужены: каверн в зоне затемнения нет, возможны бронхоэктатические полости

	Название формы туберкулеза	Название рентгенологического синдрома	Основные скалиогические элементы синдрома
13.	Туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема)	Внелегочное затемнение	Пристеночная тень однородной структуры, локализующаяся часто в области костальных синусов, обычно имеющая постепенный переход от зоны высокой интенсивности в периферических отделах к нормальной прозрачности легочного поля в медиальных отделах тени; край тени четкий, но может быть нечеткий (если плеврит не осумкован или не ограничен междолевыми бороздами); при междолевой локализации плеврита тень имеет вид линзы или неправильного треугольника; от вершины треугольника по ходу междолевой щели, как правило, определяется линейная тень (утолщенная плевра, тонкий слой жидкости); смещение тени средостения в противоположную сторону

1.4.2. Ключ к определению локализации процесса в легких

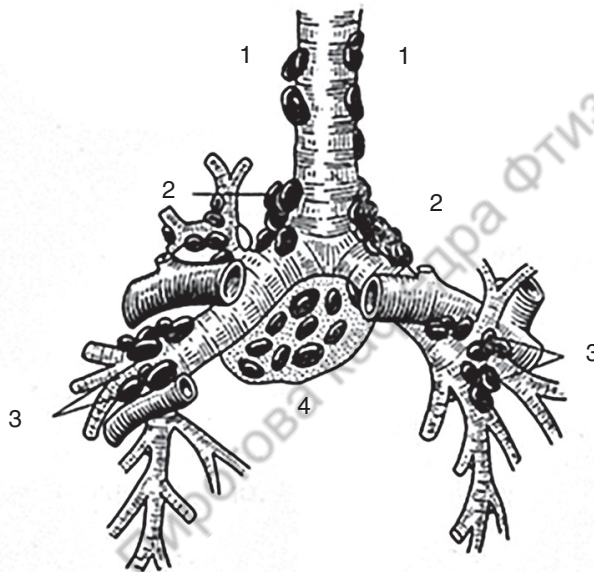
Локализация и распространенность процесса в легких устанавливается в соответствии с проекцией долей и сегментов в легких на прямой и боковой проекции рентгенограммы.

Рисунок 1. Сегментарное строение легких в прямой и боковой проекции



Если процесс находится во внутригрудных лимфатических узлах (ВГЛУ), то для указания их локализации используется классификация по Сукенникову (рис. 2), которая выделяет 4 группы ВГЛУ: 1 – паратрахеальные, 2 – трахеобронхиальные, 3 – бронхоппульмональные и 4 – бифуркационные.

Рисунок 2. Классификация ВГЛУ по Сукенникову



1.4.3. Ключ к определению фазы туберкулезного процесса

Туберкулез – инфекционное заболевание с волнообразным течением, активное проявление туберкулеза складывается из периода прогрессирующего развития болезни и периода регрессии признаков.

Каждый период в современной классификаций складывается из фаз процесса. Наличие фазы инфильтрации, распада, обсеменения говорит об активном, прогрессирующем периоде заболевания, а фазы рассасывания, уплотнения, обызвествления, петрификации отражают период обратного развития. У одних больных туберкулезный процесс может иметь одну фазу, у других – одновременно несколько (например: фаза инфильтрации, распада и обсеменения).

Перечисленные термины включают как рентгенологические критерии, так и признаки болезни, выявляемые всеми доступными клиническими методами диагностики.

Таким образом, определить фазу туберкулезного процесса – значит выявить активные проявления болезни, используя все доступные методы клинической диагностики. Для оценки фазы туберкулезного процесса необходимо использовать комплекс обязательных и дополнительных методов исследования на туберкулез (таблица 7).

Таблица 7. Признаки, характерные для активных фаз туберкулезного процесса

	Методы диагностики	Фазы		
		инфильтрации	распада (прогрессирование с присоединением следующих признаков)	обсеменения
1	Жалобы	Слабость, недомогание, снижение аппетита	Кашель с наличием мокроты, кровохарканье	Дальнейшее ухудшение самочувствия
2	Клиника	Симптомы интоксикации, параспецифические реакции, повышение температуры, кашель, локальная симптоматика	Влажные разнокалиберные хрипы	Усиление интоксикации
3	Анализ крови	Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ	Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ	Повышение лейкоцитоза, нарастание сдвига лейкоцитарной формулы, повышение СОЭ
4	Иммуно-диагностика	«Вираз», гиперергическая реакция на туберкулин, нарастание чувствительности к туберкулину, положительные реакции на пробу с АТФ и ИГРА- тесты	«Вираз», гиперергическая реакция на туберкулин, нарастание чувствительности к туберкулину, положительные реакции на пробу с АТФ и ИГРА- тесты	«Вираз», гиперергическая реакция на туберкулин, нарастание чувствительности к туберкулину, положительные реакции на пробу с АТФ и ИГРА- тесты
5	Фибробронхоскопия	Инфильтративный туберкулез бронхов	Туберкулез бронхов	Туберкулез бронхов

	Методы диагностики	Фазы		
		инфильтрации	распада (прогрессирование с присоединением следующих признаков)	обсеменения
6	Рентгенологическая картина	Малая и средняя интенсивность теней, размытые контуры тени; синдром инфильтрации корней легких	Синдром формирующейся полости	Появление свежих очагов (фокусов) в непораженных ранее участках легкого
7	Бактериовыделение	Не обязательно	Характерно	Не обязательно

Следует отметить, что не у всех больных с активным туберкулезом органов дыхания отмечаются все перечисленные признаки. Каждый человек индивидуально реагирует на туберкулезную инфекцию при одних и тех же анатомических изменениях.

Отсутствие у пациента всех перечисленных признаков активного туберкулеза указывает на то, что туберкулезные изменения находятся в фазе ремиссии.

1.4.4. Ключ к определению бактериовыделения

Больной считается бациллярным, если у него хотя бы однократно были обнаружены микобактерии туберкулеза.

Для диагностики микобактерии туберкулеза следует применять: как минимум двукратное микроскопическое и микробиологическое исследование мокроты или иного диагностического материала на МБТК, определение ДНК МБТ методом ПЦР.

Важным является указание материала, метода, кратности и результатов исследования на МБТ с данными о лекарственной устойчивости МБТ и оценкой варианта устойчивости (монорезистентность, полирезистентность, МЛУ, ШЛУ).

1.4.5. Ключ к определению осложнений туберкулеза

Осложнения туберкулеза: кровохарканье и легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, бронхолегочное поражение, амилоидоз, свищи и др.

Осложнения первичных форм туберкулеза (первичного туберкулезного комплекса и туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов) отражают

прогрессирование туберкулезного процесса, возникающего вначале в зоне поражения с последующим распространением:

- туберкулез бронха;
- нарушение бронхиальной проходимости;
- бронхолегочное поражение;
- бронхогенные отсевы;
- лимфогенные отсевы;
- распад легочной ткани;
- казеозная пневмония;
- гематогенная диссеминация;
- экссудативный плеврит;
- хроническое течение первичного туберкулёза.

Построив диагноз в соответствии с клинической классификацией, необходимо доказать истинность сформулированного суждения, то есть обосновать диагноз. В процессе работы врач, устанавливая диагноз, одновременно и доказывает его истинность; в процессе обучения диагностике эти этапы мы искусственно расчлняем, чтобы лучше усвоить каждый из них.

РАЗДЕЛ 2

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

2.1. Логическое обоснование диагноза

Диагностическая деятельность врача включает: а) врачебную технику – совокупность физических методов, приемов, способов, с помощью которых врач получает информацию о больном, и б) исследовательскую деятельность – совокупность логических приемов, усиливающих познавательную функцию мышления.

Формальная логика рассматривает обоснование как вид доказательства истинности утверждения.

Доказательство – это логическая процедура установления истинности какого-либо утверждения при помощи других утверждений, истинность которых уже установлена.

На факультетском уровне обучения диагностике болезней обоснование диагноза является логической процедурой доказательства соответствия «образа диагностируемой болезни» ее «теоретической модели», представленной в классификации.

Но болезнь как нозологическая единица складывается из ряда клинических форм болезни. С позиций логических законов понятие «нозологическая единица» относится к «клинической форме этой болезни», как род к виду.

На примере туберкулеза это означает, что каждая «клиническая форма» легочного туберкулеза является видовым понятием по отношению к родовому понятию «туберкулез легких».

Известно, что объем родового понятия обязательно включает некоторые существенные признаки, которые являются общими для всех видовых понятий, т.е. определяющими принадлежность к данному роду, в то время

как в объеме видовых понятий содержатся еще и отличительные признаки, определяющие индивидуальность каждого видового понятия.

Так, признак «положительная реакция на туберкулин» будет существенным признаком родового понятия «туберкулез»; это означает, что данный признак входит в объем понятия каждого вида легочного туберкулеза, в то время как признак «каверна» является характерной чертой лишь определенной формы легочного туберкулеза, т.е. это существенный признак видового понятия «фиброзно-кавернозный туберкулез».

Обосновать диагноз означает доказать сходство по объему и содержанию существенных признаков, составляющих модель диагностируемой болезни и теоретически существующей модели.

Доказательство состоит из тезиса, аргументов, демонстрации.

«Тезис доказательства» – это то утверждение, которое необходимо доказать.

Пример 1. Рассмотрим типичную конструкцию диагноза: у больного И. – очаговый туберкулез легких.

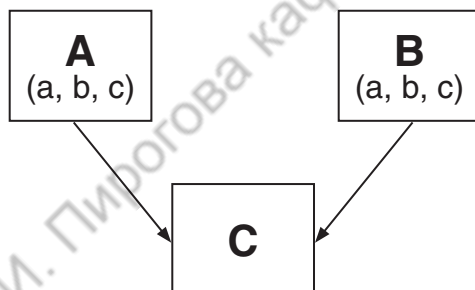
Данное умозаключение представляет собой энтимему – сокращенный силлогизм. В развернутом виде данное суждение имеет следующий вид:

А. У всех больных с очаговым туберкулезом легких имеются признаки болезни: а, в, с,

В. У больного И. также имеются признаки болезни: а, в, с,

С. Следовательно, у больного И. имеется очаговый туберкулез легких.

Рисунок 3. Простой категорический силлогизм.



В умозаключении (**А**) содержатся сведения, теоретически известные, не требующие доказательства, в (**В**) – сведения, полученные при эмпирической деятельности врача, следовательно, заключение (**С**) о наличии туберкулеза у больного можно сделать лишь в том случае, если будет доказано совпадение по объему признаков теоретической модели болезни (**А**) и диагностируемой (**В**).

«Аргументы доказательства» – это положения, которые используются для доказательства. В обосновании диагноза аргументами выступают теоретические знания о том, что каждая болезнь складывается из строго определенной совокупности признаков патологии.

Так, знание о том, что болезнь **М** всегда включает в свою теоретическую модель совокупности признаков: **а, в, с, ...**, является главным аргументом в диагностической процедуре обоснования диагноза.

«Демонстрация» – конечное звено доказательства, раскрывает связь между тезисом и аргументом, соединяет эти части доказательства в обоснованное умозаключение.

Логическая конструкция, приведенная в примере 1, называется простым категорическим силлогизмом, она включает два категорических суждения (**А, В**) и третье (**С**) – заключение, содержащее новые сведения о больном, полученные при доказательстве.

Кроме этого типа умозаключений, в ходе обоснования диагноза могут быть использованы условные, разделительные и условно-разделительные силлогизмы. Приведем примеры этих умозаключений.

Пример 2. Условный силлогизм: если у больного имеется деструктивный туберкулез в паренхиме легкого (**А**), то бронхи, дренирующие этот участок легкого, также поражены туберкулезом (**В**).

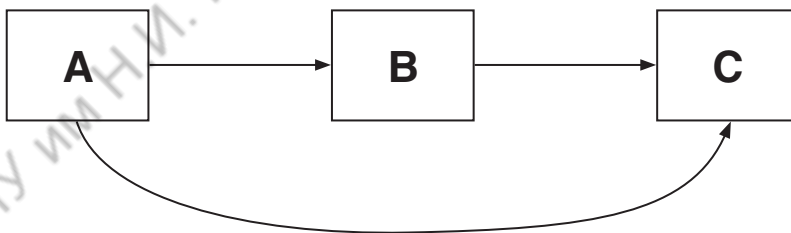
Если бронхи поражены туберкулезом (**В**), то их функции нарушены (**С**).

Следовательно, если у больного имеется деструктивный туберкулез в паренхиме легкого (**А**) – функции бронхов нарушены (**С**).

Логическая схема данного условного суждения следующая:

- ₁ если **А**, то **В**; если **В**, то **С**
- ₂ следовательно, если **А**, то **С**

Рисунок 4. Условный силлогизм.



Пример 3. Разделительный силлогизм: причиной кровотечения из верхних дыхательных путей (**Р**) является или патология полости рта (**А**), или носа (**В**), или пищевода (**С**), или желудка (**Д**), или легких (**Е**).

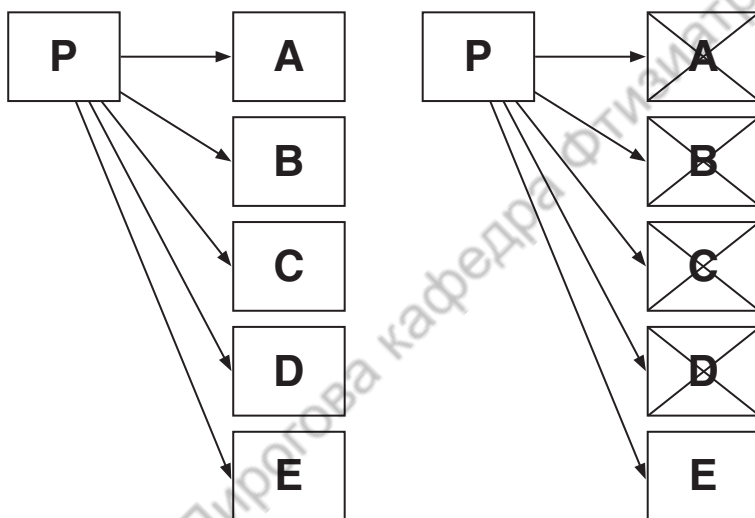
Причиной кровотечения из верхних дыхательных путей (**Р**) не является ни патология полости рта (**А**), ни носа (**В**), ни пищевода (**С**), ни желудка (**Д**).

Следовательно, причина кровотечения из верхних дыхательных путей (**Р**) – патология легких (**Е**).

Логическая схема данного суждения:

- **Р** есть **А**, или **В**, или **С**, или **Д** или **Е**;
- **Р** не есть ни **А**, ни **В**, ни **С**, ни **Д**;
- следовательно, **Р** есть **Е**.

Рисунок 5. Разделительный силлогизм.



Условно-разделительный силлогизм: в структуре данного умозаключения имеются два суждения: одно – условное, второе – разделительное. В зависимости от количества альтернатив различают условно-разделительные силлогизмы: дилеммы, трилеммы, тетралеммы. Наиболее употребительной в практике мышления является дилемма; она бывает простой и сложной, конструктивной (созидательной) и деструктивной (разрушительной).

Пример 4 – конструкции простой деструктивной дилеммы, которая может быть использована в диагностическом процессе: если у больного в легких деструктивный процесс туберкулезной этиологии (**А**), то у него или выявляются МБТ в мокроте (**В**), или реакция на туберкулин положительная (**С**).

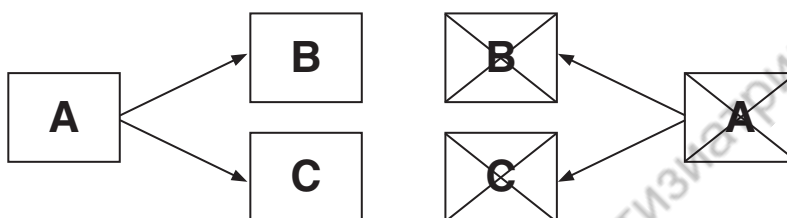
Но у больного при наличии деструкции в легких нет ни МБТ в мокроте (**В**), ни положительной реакции на туберкулин (**С**).

Следовательно, у больного деструктивный процесс в легких не туберкулезной (другой) этиологии.

Логическая схема данного суждения:

- если **A**, то или **B**, или **C**, но ни **B** и ни **C**;
- следовательно, не **A**.

Рисунок 6. Простая деструктивная дилемма.



В процедуре доказательства могут быть использованы и другие виды умозаключений, а также индукция, аналогия, косвенные доказательства.

2.2. Оформление обоснования диагноза

После выбора наиболее вероятного диагноза и менее вероятной, но конкурирующей с основным диагнозом формы туберкулеза приступают к процедуре доказательства. Для наглядности и большей доказательности сходства или различия сравниваемых форм постройте таблицу (таблица 8).

Таблица 8. Обоснование диагноза.

	Методы диагностики	Признаки туберкулеза легких теоретически возможные у больного		Признаки болезни, выявленные у больного
		С данной формой туберкулеза	С конкурирующей формой туберкулеза	
	1	2	3	4
1				
2 и т.д.				

В строку 1,2 и т.д. вносите название методов, применяемых для диагностики.

В столбец 2 вместо «данной формы туберкулеза» вписывайте соответствующие признаки формы, подлежащей обоснованию; в столбец 3, соответственно, признаки формы, имеющей сходство с подлежащей обоснованию. Например, обоснованию подлежит диагноз «первичный туберкулезный комплекс»,

конкурирующей формой является туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

В столбце 4 знаком (+) отмечайте признаки, имеющиеся у больного. Таким образом, сопоставляя признаки, содержащиеся в 2, 3, 4 столбцах, вы установите сходство между моделью болезни, теоретически возможной и имеющейся у больного.

Студент (обучающийся) имеет право на свою точку зрения в отношении диагноза, при этом материал должен быть изложен логично и грамотно аргументирован.

2.3. Дифференциальная диагностика

Основные пункты раздела:

1. Перечислить заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику у данного больного.

2. Обосновать выбор 2-3 заболеваний для проведения дифференциальной диагностики у данного больного.

3. Дифференциальная диагностика излагается в виде таблицы с заполнением ячеек текстом и детальным сравнением всех особенностей заболевания у данного больного (таблица 9).

Таблица 9. Дифференциальная диагностика туберкулеза с нетуберкулезными заболеваниями.

Симптомы и признаки	Больной	Форма туберкулеза, диагностированная у больного	Заболевание 1	Заболевание 2

РАЗДЕЛ 3

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

3.1. Выбор рациональной схемы лечения

При выборе схемы антибактериального лечения необходимо учитывать форму процесса, его давность, чувствительность микобактерий к антибактериальным препаратам, лечение в прошлом, возраст больного, переносимость противотуберкулезных препаратов, фармакологические особенности препаратов и их способность проникать в зону патологии и разрушаться в организме.

В данном разделе необходимо представить программу лечения данного больного с определением места и длительности химиотерапии, комплекса патогенетической терапии.

Таблица 10. *Обоснование рациональной схемы химиотерапии*

Режим химиотерапии	Фаза (интенсивная, продолжения)	Название препарата, дозы	Обоснование

3.2. Группа диспансерного учета

Формирование групп диспансерного наблюдения, их обследование, лечение и сроки наблюдения осуществляются в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 13.03.2019 №127н «Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза».

3.3. Прогноз

В данном разделе необходимо изложить суждения относительно:

- а) прогнозируемых результатов лечения, включая возможность и хирургического лечения;
- б) варианта остаточных изменений;
- б) клинической, функциональной реабилитации больного.

РАЗДЕЛ 4

ЛИТЕРАТУРА

При написании истории болезни студентам (обучающимся) рекомендована литература:

1. Построение диагноза у больного туберкулезом органов дыхания в соответствии с клинической классификацией/В.А. Стаханов, Н.А. Каторгин – М., 2013.
2. Лучевая диагностика патологии органов грудной клетки. Учебно-методическое пособие/ В.А. Стаханов, Н.А. Каторгин и др. – М., 2011.
3. Туберкулез у детей, МКБ 10: A15/A19, Год утверждения (частота пересмотра): 2022 (пересмотр каждые 3 года).
4. Фтизиатрия/В.Ю. Мишин, С.П. Завражнов, А.В. Митронин, Ю.Г. Григорьев. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2016.
5. Приказ Минздрава РФ от 13.03.2019 №127н «Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза».
6. Туберкулез органов дыхания у детей и подростков: руководство для врачей/под ред. А.Э. Эргешева, Е.С. Овсянкиной, М.Ф. Губкиной. – М., 2019. – 524с.
7. Фтизиатрия: учебник/М.И. Перельман, И.В. Богадельникова. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 413 с.
8. Формальная логика/под ред. Чупахина И.Я., Бродского И.Н. – Л., 1977. – 357 с.
9. Формальная логика: учебник/ В.П. Малахов – М.; Академический проект, 2020. – 384 с.

Учебное издание

Составители:

Челнокова Ольга Германовна, заведующая кафедрой фтизиатрии
ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, д. м. н., доцент

Паролина Любовь Евгеньевна, профессор кафедры фтизиатрии лечебного
факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
д. м. н., профессор

Киселевич Ольга Константиновна, доцент кафедры фтизиатрии лечебного
факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, к. м. н.

Юсубова Анна Николаевна, доцент кафедры фтизиатрии лечебного факультета
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, к. м. н.

Зубова Елена Дмитриевна, ассистент кафедры фтизиатрии лечебного
факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Под общей редакцией
заведующей кафедрой фтизиатрии лечебного факультета
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
д. м. н., профессора Васильевой Ирины Анатольевны

Схема написания истории болезни больного туберкулезом

Учебное пособие

Редактор – А.И. Буранова

Верстка – В.В. Былкова

Издатель: ООО «Медицинские знания и технологии»

Подписано в печать 29.05.2024. Формат 60х90 1/16

Усл. печ. л. 2,25

Тираж 300 экз. Заказ № 168202

Типография ООО «ИПП КУНА»
Москва, Ленинградский проспект, дом 47

Для заметок

РНМУ им Н.И. Пирогова кафедра Фтизиатрии ИКМ

РНМУ им Н.И. Пирогова кафедра Фтизиатрии ИКМ

ISBN 978-5-6049908-2-7



9 785604 990827