

деятельности дыхательной мускулатуры. Основной вклад в создание дыхательных ощущений, обеспечивает межреберная мускулатура, в которой находится наибольшее количество мышечных веретен-рецепторов растяжения. Результаты исследований показали, что у больных ХОБЛ необычное возбуждение проприорецепторов дыхательной мускулатуры происходит вследствие высокой стоимости вентиляции, тонического укорочения инспираторной мускулатуры, нарушение реципрокного взаимодействия между мышцами вдоха и выдоха. Иначе, рецепторы укороченных мышц, формируют искаженный афферентный поток не только

в спинномозговые центры дыхательных мышц, но и в лимбические структуры головного мозга, в которых формируется ощущение дыхательного дискомфорта, страха, тревоги.

Таким образом, в условиях хронической прогрессирующей бронхиальной обструкции и вентиляционной недостаточности происходит этапное нарушение функции центральных и периферических звеньев нервной системы. Одним из ведущих механизмов формирования неврологической симптоматики у больных ХОБЛ является хроническая ишемия мозга и респираторной мышечной недостаточности.

Анализ летальности пульмонологических больных в стационарах Республики Татарстан в 2006 году

В. А. СЕРГЕЕВ, Городской пульмонологический центр при городской больнице № 16, Казанский медицинский университет.

Неспецифические заболевания органов дыхания занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и определяют в значительной мере уровень временной утраты трудоспособности, инвалидности и смертности населения. Болезни легких занимают четвертое место среди причин смертности населения после сердечно-сосудистых заболеваний, несчастных случаев и новообразований и составляют 60,1 на 100 тысяч населения.

Продолжительность жизни больных с хроническими заболеваниями органов дыхания в Российской Федерации на 10-15 лет меньше, чем в странах Европы.

Самой частой причиной летальности пульмонологических больных является тяжелая пневмония. Несмотря на появление новых, высокоэффективных антибактериальных препаратов, летальность от этого заболевания составляет около 5%, а среди пожилых пациентов — достигает 30%.

Нами проведен анализ 102 летальных случаев от болезней органов дыхания в городских и центральных районных больницах Республики Татарстан. Анализ проводился по медицинским картам стационарного больного, представленным лечебными учреждениями республики. Возраст больных составлял от 24 до 82 лет. Преобладали мужчины, их было 78, женщин — 24. Вскрытию в патологоанатомических отделениях и бюро судебно-медицинской экспертизы подверглись 85% больных, в 13 случаях выявлено расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов. Причиной смерти у 82 больных была тяжелая пневмония, у 10 — крайне тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких, у 3 — тяжелая бронхиальная астма, у остальных — другие заболевания легких (туберкулез, рак, тромбоэмболия легочной артерии). Практически все больные были госпитализированы обоснованно и по профилю заболевания. Подавляющее большинство из поступивших были доставлены по экстренным показаниям (90%), причем своевременно госпитализированы только 14% больных, в 86% случаев госпитализация была поздней по разным причинам, самой частой из которых было позднее обращение больных за медицинской помощью. В первую очередь это объясняется низким социальным статусом этих больных, преобладающее число которых составляют алкоголики, бездомные и одинокие люди.

Анализ историй болезни показал, что у 7% больных не отражен анамнез заболевания, 42% не проводилась перкуссия легких, при наличии показаний 13% больных не сделана рентгенография органов грудной клетки, 6% — не сделаны общеклинические анализы, 5 из 13 больных с бронхиальной обструкцией не проведена спирометрия. Это привело к тому, что у 7 больных пневмония при

жизни не диагностирована, а у 3 больных не выявлены ее осложнения.

При оценке качества лечения основные замечания касаются неадекватной терапии больных с тяжелой внебольничной пневмонией. Почти 40% больных с тяжелой пневмонией получали неадекватную антибактериальную терапию, недостаточно в комплексном лечении используется дезинтоксикационная и противошоковая терапия. Нередко больным с тяжелой пневмонией назначаются антибиотики с узким спектром действия в виде монотерапии, тогда как современные стандарты рекомендуют назначение цефалоспоринов 3 поколения в комбинации с макролидами, воздействующими потенциально на весь возможный спектр возбудителей внебольничной пневмонии. Практически в лечении больных не используется ступенчатая терапия. У большинства больных с тяжелой пневмонией неадекватная терапия повлияла на исход заболевания.

Нередкой ошибкой (14% больных) является полипрагмазия и назначение лекарственных средств без показаний. Чаще всего назначается внутривенно эуфиллин больным с пневмонией, осложненной инфекционно-токсическим шоком, на фоне гипотонии без признаков бронхиальной обструкции. Кроме того, без показаний назначаются нестероидные противовоспалительные препараты, витамины группы В, хлористый кальций, а больным с бронхиальной астмой — антибактериальные препараты. В некоторых случаях назначаются препараты, противопоказанные больным.

К сожалению немало недостатков выявляется и в тактике ведения больных. Не всегда тяжелые больные осматриваются заведующими отделениями, дежурными врачами, к ним редко созывается консилиум специалистов. Недооценка тяжести состояния зарегистрирована у 14% больных. Это приводило к тому, что крайне тяжелые больные либо поздно, либо совсем не переводились для интенсивного лечения в отделения реанимации, хотя для этого были показания.

Имеются недостатки и в оформлении медицинской документации: небрежные записи в историях болезни, назначение лекарственных препаратов без указания дозы, способа и кратности введения, несоответствие диагнозов современной классификации болезней.

Описанные недостатки в оказании медицинской помощи больным пульмонологического профиля диктуют необходимость строгого контроля за исполнением республиканских протоколов диагностики и лечения больных с заболеваниями легких.