

фузии [6]. Наличие сульфгидрильной группы обеспечивает способность препарата ослаблять дисфункцию эндотелия и потенцировать сосудорасширяющее действие эндогенного и экзогенного оксида азота, что предотвращает инактивацию оксида азота, усиливает антиишемическое действие нитратов и предупреждает развитие толерантности к ним [6].

Выводы. Зокардис обладает выраженной кардиопротективной и противоишемической активностью, что проявляется в:

- уменьшении электрической нестабильности миокарда и частоты регистрации ППЖ;

- уменьшении количества ангинозных приступов на 75% (тогда как эналаприл уменьшает количество приступов лишь на 50%).

- зокардис не влияет на ЧСС и, увеличивая вклад парасимпатической нервной системы, способствует увеличению толерантности пациентов к физической и эмоциональной нагрузке и улучшает прогноз при ИМ.

Полученные результаты позволяют рекомендовать зокардис для лечения больных ОИМ и ГБ в качестве антигипертензивного, кардиопротективного, противоишемического средства, а также для профилактики ремоделирования сердечно-сосудистой системы и возможного развития хронической сердечной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данковцева, Е.Н. Применение зофеноприла при остром инфаркте миокарда / Е.Н. Данковцева, Д.А. Затейщиков // Фарматека. — 2008. — № 8. — С.25—28.
2. Кобалава, Ж.Д. Зофеноприл: клинико-фармакологические аспекты / Ж.Д. Кобалава, Г.К. Киякбаев. — М.: ООО «Мед-Эксперт-Пресс», 2006.
3. Клиническая значимость сигнал-усредненной электрокардиографии (по материалам 17-го и 18-го конгрессов Европейского общества кардиологов) // Российские медицинские вести. — 1997. — № 1. — С.42—45.
4. Преображенский, Д.В. Зофеноприл — кардиопротективный ингибитор ангиотензинпревращающего фермента: клиническая фармакология и опыт применения при лечении артериальной гипертензии / Д.В. Преображенский, Б.А. Сидоренко, Т.В. Скворцовская [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2006. — № 1. — С.87—94.
5. Преображенский, Д.В. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента в остром периоде инфаркта миокарда: место зофеноприла / Д.В. Преображенский, Б.А. Сидоренко, И.В. Першуков [и др.] // Кардиология. — 2006. — № 5. — С.89—94.
6. Бугримова, М.А. Зофеноприл (Зокардис) — кардиоселективный ингибитор ангиотензинпревращающего фермента: особенности клинической фармакологии и перспективы применения при лечении сердечно-сосудистых заболеваний / М.А. Бугримова, С.А. Патарая, Д.В. Преображенский [и др.] // Русский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15, № 4. — С.296—304.

© Р.Ф.Хамитов, З.Н.Якупова, 2009

УДК 616.24-002-036.88(470.41-25)Казань)

ЛЕТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ЛИЦ

РУСТЭМ ФИДАГИЕВИЧ ХАМИТОВ, докт. мед. наук, проф., зав.кафедрой внутренних болезней № 2

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

ЗУХАЙРА НАФКАТОВНА ЯКУПОВА, канд. мед. наук, доц. кафедры внутренних болезней № 2

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

Реферат. Был проведен анализ летальных исходов от внебольничных пневмоний в основных стационарах г. Казани в 2008 г. с оценкой качества оказания медицинской помощи и факторов, повлиявших на развитие данного исхода. Были выявлены дефекты анамнеза, объективного осмотра, лабораторно-инструментального обследования пациентов. Ведущую роль в угрозе развития последующего летального исхода играли поздняя госпитализация, недооценка тяжести состояния пациентов, сопутствующая патология и неадекватная антибактериальная терапия.

Ключевые слова: внебольничные пневмонии, лечение, летальные исходы.

FATAL OUTCOMES OF INPATIENTS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA

R.F.KHAMITOV, Z.N.IAKOUPOVA

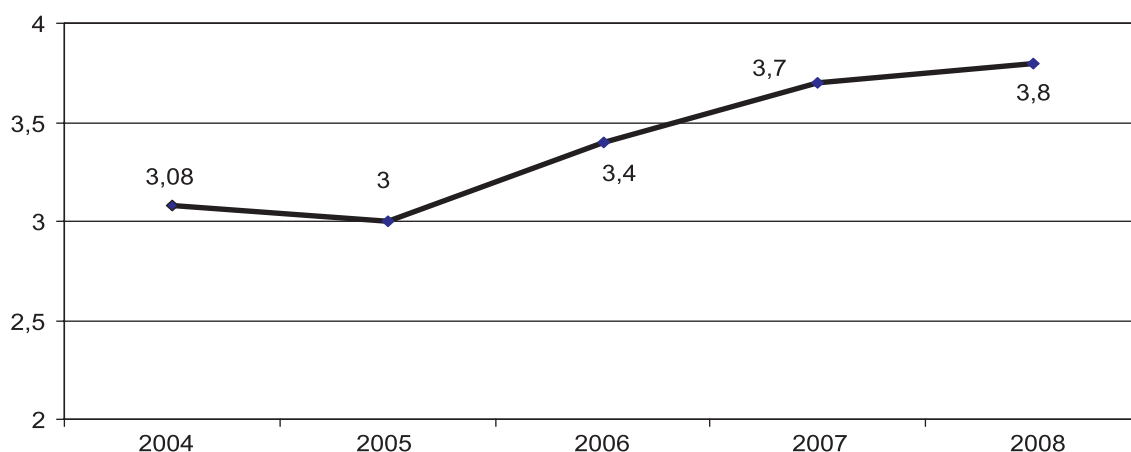
Abstract. The analysis of fatal outcomes from community acquired pneumonia in the main hospitals of Kazan in 2008 with an estimation of medical help quality and the factors which have affected development of the given outcome has been done. Defects of the anamnesis, objective and laboratory investigation of patients have been revealed. The leading role in the development of the subsequent fatal outcome was played by late hospitalization, underestimation of the patients severity, an accompanying pathology and inadequate antibacterial therapy.

Key words: community acquired pneumonia, treatment, fatal outcomes.

Заболеемость болезнями органов дыхания взрослого населения РТ в 2008 г. увеличилась на 10,7% и составила 174,5 на 1000 населения (2007 г. — 162,1). Высокие значения показателей первичной заболеваемости (239,6) и распространенности болезней органов дыхания (317,5) с тенденцией к росту зарегистрированы в 2008 г. и в Казани. Заболеваемость пневмонией в Республике Татарстан последние годы имела тенденцию к росту (рисунок). Данной нозологической единице, а

именно внебольничной ее форме, принадлежит ведущая роль в распространенности, тяжести течения и летальности при заболеваниях органов дыхания [7].

Данные обстоятельства определили цель исследования — сплошной анализ летальных исходов от внебольничных пневмоний (ВП) в основных городских стационарах Казани за 2008 г. с оценкой качества оказания медицинской помощи и возможных факторов, повлиявших на развитие данного исхода.



Заболеваемость пневмонией в Республике Татарстан (на 1000 взрослого населения). По данным отчета МЗ РТ «О состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения РТ в 2008 г. и о задачах на 2009 г.»

Объект исследования составили 56 пациентов (45 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 21 до 74 лет [(44,28±1,64) лет в среднем].

26 (46%) пациентов поступили в отделения общетерапевтического профиля, 6 (11%) — в специализированные пульмонологические отделения, 24 (43%) больных были сразу госпитализированы в отделение реанимационно-интенсивной терапии (ОРИТ).

2 (4%) пациента обратились за помощью в стационар самостоятельно, в основном же госпитализация происходила в экстренном порядке (96%). 5 (9%) больных были доставлены в приемный покой перевозкой по направлению участковых терапевтов, 10 (18%) пациентов с диагнозом пневмонии были переведены из других ЛПУ. В 71% случаев доставку пациентов в стационар осуществляла бригада скорой неотложной медицинской помощи (СНМП).

По данным литературы, гиподиагностика пневмоний в РФ на догоспитальном этапе может достигать до 80% [1]. В 2 случаях врачи СНМП расценили нозологическую проблему пациентов как острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), в 11 (19,6%) — как острую хирургическую патологию с соответствующей первичной транспортировкой. В связи с этим полное совпадение направительных и клинических диагнозов имело место лишь в 68%.

Большое значение в выживаемости пациентов с ВП имеет своевременная диагностика заболевания и начало адекватной терапии, в первую очередь антибактериальной. В связи с этим представлял интерес дальнейший анализ значимости госпитализации пациентов в выходные/праздничные дни или после 16.00, т.е. при обстоятельствах, когда основная тяжесть диагностики и лечения ложится на плечи дежурного персонала (нередко в качестве которого выступают совместители). И если первичные результаты не выявили такой взаимосвязи [7], настоящее исследование, основанное на анализе более репрезентативной выборки, отчетливо показало значение первого контакта пациента с дежурным врачом: хотя были госпитализированы в будние дни 37 (66%) больных, но 64% поступили после 16.00.

Первые симптомы заболевания появились у пациентов в среднем за (5,5±0,61) дней до госпитализации. При этом следует напомнить, что к поликлинической помощи прибегли лишь 5 (9%) пациентов. Остальные либо вообще не лечились, либо лечились самостоятельно. Данные обстоятельства для миллионного города Казани с достаточно развитой амбулаторно-поликлинической сетью следует признать ненормальными.

Только 5 из 56 больных получали до госпитализации антибактериальную терапию (АБТ). Из препаратов упоминаются в основном пероральные формы азитромицина, амоксициллина, ампициллина, рифампицина и внутримышечные инъекции цефтриаксона. И если назначение амоксициллина, азитромицина и цефтриаксона в амбулаторных условиях возможно при нетяжелой ВП пациентам в возрасте до 60 лет [4], то назначение рифампицина нельзя признать адекватным ни при каких обстоятельствах ввиду туберкулостатической активности и угрозы просмотра туберкулеза. В 10 (18%) историях болезни в анамнезах врачи не указывали факт возможного приема антимикробных препаратов, что также следует признать существенным дефектом, затрудняющим своевременный выбор оптимальной АБТ.

Клинический диагноз пневмонии был выставлен на титульном листе истории болезни в течение первых суток в 43%, на второй день — в 30% случаев. У 9 (16%) больных отсутствовали даты постановки клинического диагноза.

Выставленный клинический диагноз ВП полностью соответствовал требованиям классификации лишь в 39%. К серьезным ошибкам, возможно имеющим отношение к последующему летальному исходу, следует отнести отсутствие указания на тяжесть течения пневмонии (43%) и степень выраженности дыхательной недостаточности (ДН) (57%) или их недооценку (у 2 пациентов в ортопноэ и одышкой в покое определена ДН II ст.). Указание тяжести течения ВП и возможного осложнения ДН являются важным условием адекватного формулирования клинического диагноза и, в первую очередь, необходимо для оптимального выбора режимов и условий проведения терапии (в том числе антимикробной и кислородотерапии, а также показаний к переводу в ОРИТ и/или на ИВЛ) [3]. Следует признать ошибочным и совмещение различных степеней ДН: у 5 (9%) больных была выставлена ДН II—III ст. Это негативно сказывается, в первую очередь, на организационно-методических подходах к лечению, когда пациент с пневмонией, осложненной ДН III ст., должен быть незамедлительно переведен в ОРИТ.

Правосторонний характер пневмонии имел место у 10 (18%) пациентов, левосторонний — у 8 (14%), в 59% была диагностирована двусторонняя пневмония. Таким образом, двусторонний характер пневмонического инфильтрата у пациента с выраженной клинической симптоматикой является очевидным предиктором летального исхода. В данном исследовании у 4 (7%) больных сто-

рона поражения не была указана, т.е., видимо, этому не предавалось значения.

Следует отметить, что часто некоторым пациентам в амбулаторных условиях при нетяжелой пневмонии рентгенологи описывают двустороннее сгущение легочного рисунка и выставляют двустороннюю пневмонию. На деле нередко это оказывается вообще не пневмонией, а обострением хронического бронхита.

Структура сопутствующей патологии, верифицированной наряду с диагнозом пневмонии при патолого-анатомическом вскрытии, выполненном у 49 (87,5%) пациентов из 56, выглядела следующим образом. Лидировали заболевания желудочно-кишечного тракта (80%): хронический панкреатит с явлениями жировой дегенерации и/или очагами некроза, жировой гепатоз с явлениями холестаза, эрозивные гастродуодениты и эзофагиты, признаки цирроза печени. На втором месте (52%) была сердечно-сосудистая патология (в первую очередь, дилатационная кардиомиопатия, а также миокардиодистрофия). Третье место по частоте (27%) занимали почечная патология (преимущественно очаговый некроз и дистрофия канальцевого эпителия). В 20% отмечались признаки отека головного мозга. Несмотря на факт курения, у всех мужчин в секционных протоколах хронический бронхит фигурировал лишь у 8 (14%). По всей видимости, это не отражает истинную картину распространенности хронического бронхита, так как отсутствие описания в секционном заключении состояния трахеобронхиального дерева встречалось с завидной регулярностью.

Если обратить внимание на сопутствующую патологию и соотнести ее с данными анамнеза, не будут казаться удивительными факты хронического злоупотребления алкоголем у половины пациентов и пристрастие к наркотическим веществам в 23%. 7 пациентов были ВИЧ-инфицированными. К сожалению, врачи не всегда уделяют должное внимание сопутствующей патологии, которая, в свою очередь, оказывает весьма существенное влияние на течение пневмонии и лечебные подходы. Так, сопутствующий алкоголизм увеличивает вероятность аспирации и последующего развития тяжелой пневмонии, вызванной *Klebsiella pneumoniae* или фузобактериями, со склонностью к деструктивным осложнениям. Аспирационные пневмонии также нередки в послеоперационном периоде, у пациентов после интубационного наркоза (синдром Мендельсона), после ОНМК, длительно обездвиженных пациентов (тяжелых формах ревматоидного артрита). Пневмония у наркоманов чаще протекает по типу стафилококковой деструкции легких. Наличие сопутствующей бронхоэктатической болезни увеличивает этиологическую вероятность синегнойной палочки и грамотрицательной кишечной инфекции.

Лишь в 6 (11%) случаях отсутствие анамнестических данных имело объективную причину: пациенты поступали с нарушениями сознания.

Переходя к объективному осмотру, следует остановиться на неадекватной оценке тяжести состояния пациентов (особенно часто при первичном осмотре), по всей видимости, являющейся существенным предиктором летального исхода в силу своей значимости в определении последующих лечебных подходов: у 1 пациента состояние было неадекватно оценено как удовлетворительное, у 3 — как среднетяжелое. У крайне тяжелого больного состояние оценили как тяжелое и это послужило причиной задержки своевременного перевода его в ОРИТ.

Пациента, транспортабельность которого вызывала большие сомнения, с некупированным пароксизмом наджелудочковой тахикардии, отягощающим течение пневмонии, из ОРИТ переправляли в другой стационар к токсикологам. В результате больного вернули обратно, но эти поездки (потеря времени) не могли не сказаться на его прогнозе. Неадекватная оценка (недооценка) тяжести состояния послужила причиной отказа в переводе в ОРИТ одного пациента и госпитализации сначала в отделение, а потом уже в ОРИТ (с потерей времени) трех больных. Следует отметить, что территориальная удаленность ОРИТ от соматических отделений (порой располагающихся в других зданиях, а иногда даже на другой улице) также оказывает весьма неблагоприятное влияние на выживаемость пациентов.

Недооценка клинических данных как один из важнейших факторов ошибочной диагностики ВП указывается и в отечественной литературе [1].

Говоря о дефектах физикального осмотра, следует отметить одновременное выявление врачами в одних и тех же областях «жесткого, ослабленного дыхания» или «тупого, коробочного перкуторного звука». Неоднократно встречаются в историях болезни «крепитирующие хрипы». У 6 больных в день смерти врачи в дневниках описывали везикулярное дыхание, у пациента с 4 л экссудата в плевральной полости при жизни не было найдено никаких перкуторных отклонений, не обращалось внимания на двустороннее ослабление дыхания в нижних отделах легких, что помешало выставить при жизни диагноз пневмонии.

Совпадение диагноза, выставленного при поступлении пациента в стационар, и заключительного клинического диагноза имело место в 74%. Значимую роль здесь сыграли дефекты лабораторно-инструментального обследования.

Следует отметить важность исследования гемокультуры у всех пациентов с тяжелой пневмонией и, в первую очередь, у внутривенных наркоманов. На практике неоднократно приходилось сталкиваться с пессимистическим отношением врачей к данному исследованию: «все равно ничего не высется». К сожалению, часто это являлось результатом нарушений техники забора и транспортировки материала и прочих методических особенностей.

Биохимические исследования крови способны помочь в своевременном выявлении тех или иных нарушений функций печени и почек и тем самым привлечь внимание к сопутствующей патологии, существенно отягощающей течение самой пневмонии. Также нередко приходится сталкиваться с ситуациями, при которых некоторые клинические и биохимические анализы не повторяют перед выпиской из стационара, напирая на значимую клиническую динамику, или повторяют клинический анализ крови без лейкоформулы, забывая о возможной аллергизации пациента на фоне проводимой терапии, что может проявляться нарастанием эозинофилии.

Встречаются случаи, когда у пациента лаборатория дает резкое улучшение того или иного показателя (например, снижение СОЭ или уровня лейкоцитоза). Очень часто эти анализы больше не повторяются, при этом забывается, что такая необычная динамика, скорее всего, является технической ошибкой лаборатории. Конечно, в условиях современного здравоохранения нельзя забывать об экономии средств, нельзя перегружать параклинические службы ненужными исследованиями,

не оказывающими никакого влияния на последующую лечебную тактику (например, исследованиями функции внешнего дыхания у пациента, не имеющего сопутствующей бронхообструктивной патологии, с определенным диагнозом пневмонии), но там, где это действительно необходимо, лабораторный контроль в динамике должен быть осуществлен обязательно.

ЭКГ-исследование показано всем пациентам с тяжелым течением пневмонии, пациентам с сопутствующей кардиоваскулярной патологией. Кроме того, не следует забывать о возможном влиянии некоторых антимикробных препаратов на интервал QT.

Выявление рентгенологических признаков пневмонии с последующим контролем в процессе лечения является абсолютно необходимым. В связи с этим все врачи, осуществляющие диагностику и лечение ВП, должны самостоятельно уметь трактовать соответствующие снимки. На практике все оказывается не таким уж очевидным. У 3 (5%) больных, даже несмотря на имеющееся описание рентгенологом массивной полисегментарной инфильтрации легочной ткани, врачи (в одном случае целый врачебный консилиум) не выставляют диагноз пневмонии и соответственно не корректируют лечение. В другом случае диагноз не выставляется до проведения рентгенологического исследования [с проведением которого также не спешат (2%)]. У 3 пациентов рентгенологическое исследование органов грудной клетки так и не было проведено.

Конечно, при всем уважении к рентгендиагностике пневмоний не следует, тем не менее, забывать, что данный метод исследования является пусть и наиважнейшим, но все же вспомогательным. Это, в первую очередь, необходимо помнить врачам амбулаторно-поликлинического звена, где выявляется наибольший процент рентгенологической гипердиагностики пневмоний.

Для систематизации плана обследования и последующего лечения внебольничных пневмоний врачи в РТ должны использовать «Протоколы ведения больных пневмониями (взрослое население) в медицинских учреждениях Республики Татарстан» (приказ МЗ РТ от 15.11.2004 г. № 1424) [3].

Весьма важным условием, определяющим выживание пациентов с пневмонией, является адекватность инициальной антибактериальной терапии (АБТ) [4]. При оценке данного критерия в исследуемых случаях были выявлены следующие моменты. Наиболее распространенной ошибкой следует признать нерациональные пути введения антимикробных препаратов: в/м вместо в/в (в 32%) и перорально вместо в/в (12,5%). Последнее, в первую очередь, относится к макролидам, которые, несмотря на тяжелый характер пневмонии, в комбинации с цефалоспорином назначались перорально. В 4% в/в инфузия эритромицина назначалась струйно, тогда как для данного препарата рекомендован в/в капельный способ введения ввиду сильного раздражающего действия на вены. Пациенту с тяжелой пневмонией, страдающему помимо этого наркозависимостью, в течение 10 дней все препараты вводились в/м и лишь после перевода в ОРИТ был установлен в/в катетер.

В 27% (15 случаев) при тяжелой ВП АБТ начиналась в виде монотерапии, что следует признать абсолютным недопустимым. Тем более, что при этом в 7% суточные дозы антибиотиков были недостаточными. Нерациональные комбинации (цефтриаксона с амписидом — два бета-лактама) встречались единично, однако у 10 (18%) пациентов с тяжелой ВП дозы препаратов даже

в оптимальных комбинациях были заниженными (например, перорального кларитромицина, назначаемого по 250 мг 2 раза в сут, или цефтриаксона в суточной дозе 1—2 г). Следует также отметить встречающуюся достаточно часто путаницу мг и мл в указаниях доз препаратов. В первую очередь это относится к парентеральным формам метронидазола (флакон 500 мг в 100 мл) и ципрофлоксацина (флакон 200 мг в 100 мл). Поэтому необходимо взять за правило все дозировки указывать только в мг, а если в мл, то обязательно сопровождать указанием на концентрацию раствора. Эти обстоятельства весьма немаловажны, так как в некоторых ЛПУ бытует практика, когда средний персонал самостоятельно переносит данные из истории болезни в лист назначений, и может возникнуть «эффект испорченного телефона».

Известно, что эффективность АБТ можно повысить за счет увеличения для некоторых препаратов разовых доз (аминогликозиды), для других — частоты введения (бета-лактамы, макролиды). Несмотря на это, у 2 пациентов цефотаксим и эритромицин были назначены 1 раз/сут, а цефтриаксон и гентамицин у 3 — 3 раза/сут.

При неэффективности инициальной АБТ производилась ее смена, в 5% — нерациональная (например, в ОРИТ сульперазон был заменен цефтриаксоном; если для общетерапевтического отделения целесообразность такой замены еще можно обсуждать, но не для ОРИТ).

В 14% инициальный выбор антимикробных препаратов следовало признать нерациональным для тяжелой пневмонии. Это касалось назначений цефазолина, канамицина, оксациллина при отсутствии подозрений на стафилококковую инфекцию, метронидазола при отсутствии подозрений на аспирационный генез пневмонии.

В 11% пациенты не получали необходимую АБТ (вообще отсутствовала до получения результатов рентгенологического исследования, не назначался метронидазол у алкоголизированных пациентов и больных, доставленных без сознания, с высокой угрозой аспирации). При этом в 9% также встречалось избыточное назначение различных препаратов (зуфиллина при отсутствии признаков бронхиальной обструкции, дигоксина при отсутствии признаков сердечной недостаточности), в том числе в 4% и антимикробных препаратов (у ВИЧ-инфицированного пациента с пневмонией одновременно было назначено 6 химиотерапевтических препаратов, не считая специального лечения).

Несколько слов следует сказать о так называемом «синдроме консультанта», также способном оказать неблагоприятное воздействие на течение и исходы заболевания. Суть его в следующем: ЛПУ приглашает к пациенту консультанта, в первую очередь для того, чтобы для последующих проверок зафиксировать его запись в истории болезни. При этом особого внимания на рекомендации консультанта не обращается. Однако встречается и другая крайность, когда приглашенный извне консультант ощущает меньшую по сравнению с лечащими врачами ответственность и оставляет краткую формальную запись, состоящую из общих фраз или пожеланий сложного и поэтому малоосуществимого дообследования. В данном исследовании упомянутый «синдром» в различных вариациях встретился у 5 (7%) пациентов и последствия его были серьезными: не была произведена рекомендованная смена антимикробного препарата, пациент своевременно не был переведен в ОРИТ и т.д.

Как уже говорилось, крайне тяжелое течение ВП является показанием для продолжения лечения пациентов в условиях реанимационного отделения [3]. Несмотря на наличие отделений данного профиля во всех задействованных в анализе ЛПУ, 12 (21%) пациентов умерли в условиях терапевтических отделений. Лишь в 55% случаев перевод в ОРИТ был осуществлен в течение первых суток. Как раз в эти сроки отмечался самый высокий уровень летальности (45%). На наш взгляд, это является как следствием отсутствия своевременной адекватной оценки тяжести состояния пациента, так и (по собственному опыту прошлых лет) чрезмерно буквальным переводом названия своей службы некоторыми реаниматологами, принимающими порой на свою койку только пациентов в предагональном состоянии.

19 (34%) пациентов умерли в сроки 3 и более суток от момента госпитализации.

По литературе ошибки при диагностике пневмоний в России составляют около 30% [6]. В проведенном исследовании совпадение клинического и патолого-анатомического диагнозов имело место в 70% случаев, что полностью соответствовало литературным данным. В 12,5% вскрытие не было произведено.

Проведенный сплошной анализ летальных исходов ВП в стационарах г. Казани позволяет сделать следующие **выводы**.

1. Неблагоприятными факторами угрозы летального исхода ВП являются:

- поздняя госпитализация (5 дней спустя от начала заболевания);
- недооценка тяжести состояния пациента при первичном осмотре;
- сопутствующая соматическая патология и двусторонний характер пневмонии;
- нерациональное использование методов рентгенологической диагностики пневмоний;
- неадекватные режимы начальной АБТ.

2. Актуальными ошибками начальной АБТ умерших пациентов явились нерациональность путей введения препаратов (49%), неадекватность режима монотерапии (27%), неадекватные суточные дозы (25%) и частота введения препаратов (9%).

3. Первичная недооценка тяжести госпитализированных пациентов определила неправильное формирование клинического диагноза без указания тяжести течения пневмонии (43%) и степени дыхательной не-

достаточности (57%) с последующим отражением на лечебных подходах.

4. Крайне тяжелое и тяжелое течение пневмонии нередко может протекать под маской острой хирургической (19,6%) и неврологической патологии.

5. Наиболее распространенной сопутствующей патологией умерших пациентов являлись желудочно-кишечная (80%), кардиоваскулярная (52%) и почечная (27%) патологии, в первую очередь алиментарно-токсического происхождения (86%). Половина пациентов хронически злоупотребляли алкоголем, 23% страдали наркозависимостью, 12,5% были ВИЧ-инфицированы.

6. Проведение первичного осмотра пациентов, поступивших на госпитализацию после 16.00, дежурным врачом было сопряжено с повышенным риском последующего развития летального исхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова, Л.И. Ошибки диагностики внебольничных пневмоний на разных этапах оказания медицинской помощи / Л.И. Волкова, Е.И. Христолюбова // Сибирский консилиум. — 2008. — № 1 (64). — С.22—26.
2. Волкова, О.А. Предикторы и особенности клиники внебольничных пневмоний с тяжелой формой течения острого инфекционного воспалительного процесса / О.А. Волкова, А.С. Димов, Н.И. Максимов, Л.А. Лещинский // Казанский медицинский журнал. — 2008. — Т. 89, № 2. — С.146—149.
3. «Об утверждении Протоколов ведения больных пневмониями (взрослое население) и Протоколов ведения больных хронической обструктивной болезнью легких (взрослое население) в медицинских учреждениях Республики Татарстан». Приказ МЗ РТ от 15.11.2004 г. № 1424.
4. Синопальников, А.И. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей / А.И. Синопальников, Р.С. Козлов. — М.: ООО «ПАГРИ», 2006. — 63 с.
5. Статистика здоровья населения и здравоохранения (по материалам Республики Татарстан за 2000—2004 годы): учеб.-метод. пособие / КГМА, РМИАЦ МЗ РТ; сост.: К.Ш. Зыятдинов, А.А. Гильманов, В.Г. Шерпутовский [и др.]; под ред. И.Г. Низамова. — Казань, 2005. — 256 с.
6. Федеральная целевая программа «Концепция развития пульмонологической службы России на 2002—2007». — URL: <http://www.minzdrav-rf.ru> (дата обращения 04.01.2007).
7. Хамитов, Р.Ф. Анализ летальных исходов внебольничных пневмоний у лиц трудоспособного возраста / Р.Ф. Хамитов // Казанский медицинский журнал. — 2008. — № 5. — С.729—733.

© Р.Г.Тухбатуллина, З.М.Галеева, А.М.Кузнецова, 2009

УДК 61:377.5:615.15

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В «КАЗАНСКОМ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ УЧИЛИЩЕ РОСЗДРАВА»

Рузалия Габдулхаковна Тухбатуллина, докт. фарм. наук, директор

ФГОУ СПО «Казанское медико-фармацевтическое училище Росздрова»

Зарина Мунировна Галеева, канд. мед. наук, ассистент кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрова»

Алсу Мунировна Кузнецова, преподаватель правового обеспечения профессиональной деятельности

ФГОУ СПО «Казанское медико-фармацевтическое училище Росздрова»

Реферат. В учебном заведении разработана организационно-функциональная модель обеспечения качества подготовки специалистов, основанная на системно-процессном и личностно ориентированном подходах. Описываются применяемые технологии, направленные на формирование у будущих специалистов профессиональных компетенций.

Ключевые слова: организационно-функциональная модель, качество подготовки, специалисты.