

чения, а проведение корректирующих мероприятий по результатам аудита способствует повышению качества подготовки будущих специалистов. По итогам аудита определяются возможности для улучшений в работе кафедр, факультета и университета в целом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Богословская Л.В. Анализ результативности внутренних аудитов в Уральской государственной медицинской академии/Л.В. Богословская, А.А. Шестакова // Управление качеством высшего профессионального образования в условиях внедрения ФГОС. Материалы III-й межрегиональной конференции с международным участием/ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, 2013. — С. 30-34.
2. Ерофеева О.В. Внутренний аудит — механизм улучшений в системе управления процессами/О.В. Ерофеева// Улучшения в системе менеджмента качества медицинского вуза. Материалы IV межрегиональной научно-практической конференции с международным участием/ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, 2014. — С. 165-167.
3. Мурзин Ф.Д. Внутренний аудит качества: предназначение, его виды и принципы. Тактика профессионального аудитора/Ф.Д. Мурзин, Т.А. Котова // Улучшения в системе менеджмента качества медицинского вуза. Материалы IV межрегиональной научно-практической конференции с международным участием/ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, 2014. — С. 264-270.
4. Федорова Е.В. Опыт участия студентов в совершенствовании организационно-педагогических условий реализации образовательного процесса на кафедре/Е.В. Федорова // Вестник Федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Московский государственный агроинженерный университет им. В.П. Горячкина». — 2014. — №4 (64). — С. 127-130.

Е. М. Футерман, М. Г. Евсина, А. В. Мартынов, Е. М. Вишнева

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРАХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

*Уральский государственный медицинский университет
Кафедра факультетской терапии и эндокринологии
Городская клиническая больница № 14
г. Екатеринбург*

Аннотация

Лечебная работа является неотъемлемым компонентом работы сотрудников клинической кафедры. Базами кафедры факультетской терапии и эндокринологии Уральского государственного медицинского университета (ранее — кафедры внутренних болезней и эндокринологии, заведующая — профессор, д.м.н. О.Г. Смоленская) являются многопрофильные стационары г. Екатеринбурга — ГКБ № 1, ГКБ № 40, ГКБ № 14 и ГКБ № 2. Структура и мощность этих учреждений позволяет организовать полноценный учебно-педагогический процесс как обучения студентов, так и послевузовской подготовки.

Ключевые слова: клинико-диагностическая работа, педагогический процесс, лечебно-профилактический факультет.

Терапевтическая служба ГКБ № 14 оказывает стационарную терапевтическую и кардиологическую помощь более чем 100 тысячам взрослого населения Екатеринбурга, а также всем жителям города при острых отравлениях. В структуре терапевтической службы ГКБ

№ 14 работают также неврологическое, токсикологическое и реанимационные отделения.

Сотрудники кафедры активно сотрудничают с коллективами отделений клинической базы. Лечебная работа складывается из плановых обходов курируемых отделений, консультации

больных, выполнения лечебных и диагностических мероприятий. Работники кафедры регулярно проводят научно-практические конференции и семинары в соответствии с клиническими потребностями баз. Образовательная программа для врачей организована сотрудниками кафедры в виде лекционного курса, семинарских занятий.

В медицине образование имеет высокое прикладное значение. Именно в процессе клинических разборов пациентов, общих обходов, консультаций зачастую происходит формирование клинического взгляда практикующего врача. В отделениях ГКБ №14 проводятся обходы сотрудниками кафедры с участием интернов и студентов. Спецификой осмотра пациентов в данном случае является возможность системно оценить пациентов, уделить больше внимание «сложным» и тяжелым больным.

Для иллюстрации приводим клинический пример.

Пациент Ч., 1945 года рождения, был госпитализирован в кардиологическое отделение ГКБ №14 с диагнозом ОКС, уточненным в ходе обследования как нестабильная стенокардия 02.04.2014. При поступлении предъявлял жалобы на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, купируемые приемом нитроглицерина, одышку смешанного характера. При физикальном обследовании выявлено расширение границ относительной тупости сердца влево, жесткое дыхание при аускультации легких, остальные данные в пределах нормы. Общеклинические анализы при поступлении в пределах нормы, КФК-МВ 13 ЕД/л, ЛДГ 211 ЕД/л, тропониновый тест отрицательный. ЭКГ при поступлении — синусовый ритм 80 в минуту, признаки увеличения левого желудочка, в динамике без значимых изменений. Рентгенография органов грудной клетки — усиление легочного рисунка, уплотнение корней. ЭХО-КГ — левое предсердие 3,3x5 см, КДО левого желудочка 130 мл, фракция сокращения — 44%, фракция выброса — 75%, зоны гипокинезии не выявлены. Правый желудочек — 263 см. Митральная регургитация 1 степени. Соотношение V_e/V_a на митральном клапане 0,42/0,58 м/сек. Во время госпитализации получал лечение: клексан 0,8 мг 2 р/сутки подкожно, КС1 4% 20,0 мл в/в капельно, аспирин 125 мг, клопидогрель 75 мг утром,

моносан 40 мг 2 раза в сутки, энап 5 мг 2 раза в сутки, симвастатин 40 вечером, гипотиазид 12,5 мг утром, бисопролол 5 мг утром. Коронарная симптоматика на фоне терапии купирована. Однако у пациента сохранялась одышка, расцениваемая врачами как проявление ХСН по малому кругу кровообращения. Одышка не имела значимой динамики на фоне проводимой терапии, что послужило поводом для обращения сотрудников отделения за консультацией на кафедру.

Во время обхода доцента кафедры, д.м.н. Е.М. Вишневой пациент предъявлял жалобы на одышку смешанного характера, общую слабость. При дополнительном расспросе выявлено наличие кашля по утрам и в течение дня, особенно в холодную погоду, с отхождением скудной вязкой слизисто-гнойной мокроты, похудание примерно на 5 кг в течение 2 лет.

Коронарный анамнез в течение 5 лет в виде стенокардии напряжения 1-2 ФК. Гипертоническая болезнь в течение последних 20 лет, с максимальным повышением артериального давления (АД) до 180/100 мм.рт.ст. Постоянно принимал бисопролол 5 мг, тромбо АСС, лозартан 50 мг, гипотиазид 12,5 мг, симвастатин 40 мг.

При сборе анамнеза уточнено, что пациент курит в течение 54 лет по пачке в день (54 пачко-лет). Примерно в течение 10 лет отмечались приступы экспираторной одышки, кашля с отхождением слизистой мокроты, 1 раз в год чаще зимой или осенью на фоне респираторной инфекции усиливалась одышка, увеличивался объем мокроты.

Объективно: рост 164, вес 53 кг, ИМТ 19,7, кожные покровы цианотичны, форма грудной клетки не изменена. При аускультации дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы над всей поверхностью легких. Умеренная пастозность стоп. По остальным органам и системам патологии при физикальном исследовании не выявлено.

Рекомендовано проведение спирометрии. При оценке функции внешнего дыхания выявлено снижение объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁) до 16,3% (0,43 л), индекса Тиффно — до 32,3, проба с 400 мкг сальбутамола привела к увеличению ОФВ₁ до 19,3% (0,51 л), клинически значимой обратимости не выявлено, индекс Тиффно после приема бронходилататора — 33,5.

Выяснено, что пациент, невзирая на кашель и одышку, за медпомощью не обращался, связывая указанные жалобы с длительным курением. Все обращения к кардиологу в связи с АГ и ИБС не вызывали настороженности врачей в отношении бронхолегочной патологии. Однако коморбидность в рамках данных нозологий имеет большое значение, так как хроническое нарушение оксигенации крови влияет на выраженность ишемии миокарда в условиях ограниченной доставки кислорода к миокарду [1].

На основании данных дообследования впервые установлен диагноз: ХОБЛ, бронхитический тип, тяжелый (GOLD 3), с выраженными клиническими симптомами (mMRC 3 балла, САТ 16 баллов), с редкими обострениями, вне обострения. ДН 1 степени (Sat O₂ 94%).

Пациенту рекомендован серетид 50/500 мкг 2 раза в сутки и спирива ХандиХалер 18 мкг утром, сальбутамол по требованию. На фоне терапии уменьшилась выраженность субъективной симптоматики (одышки, кашля), при динамическом контроле показателей спирометрии отмечалось небольшое увеличение ОФВ₁ до 23,4%, индекс САТ снизился до 11 баллов.

ХОБЛ остается поздно диагностируемой патологией. Кашель, в отсутствие одышки, не расценивается пациентами как патология, в связи с чем они долгое время не обращаются за медицинской помощью. Позднее начало терапии ХОБЛ сопровождается высоким уровнем инвалидизации пациентов. Общий фактор риска — курение, определяет частую коморбидность ХОБЛ и ИБС. При этом затрудняется распознавание одного из ведущих сим-

птомов ХОБЛ — одышки. Пациенты в некоторых случаях не могут дифференцировать в жалобах экспираторную и инспираторную одышку, врачи интерпретируют одышку как кардиогенную. Коронарная и дыхательная недостаточность на фоне ХОБЛ взаимно отягощают друг друга [2]. Отсутствие коррекции патологии бронхиального дерева и сопутствующая гипоксия уменьшают эффективность антиишемической терапии.

Данный клинический пример посвящен отнюдь не разбору врачебных ошибок. Темп работы врача отделения неотложной кардиологии не всегда позволяет ему уделить должное внимание сопутствующей патологии пациентов с ИБС. При полиморбидности только тщательный опрос, оценка статуса курения и проведение спирометрии могут помочь в диагностике ХОБЛ у пациентов с клиникой ХСН. Комплексное лечение пациента с учетом и коронарной, и респираторной патологии приведет к улучшению качества жизни и прогноза для пациента.

Учитывая вышесказанное, хочется отметить значимость сотрудничества лечащих врачей клинических баз и сотрудников кафедр Уральского государственного медицинского университета. Для пациентов это, в первую очередь, повышение качества оказываемой медицинской помощи. В свою очередь, характер взаимодействия сотрудников университета и лечебных баз определяет и качество педагогического процесса на клинических кафедрах, основной задачей которых является подготовка грамотных молодых специалистов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Коррейя Л.Л. Проблема полиморбидности при сочетании хронической обструктивной болезни легких и некоторых сердечно-сосудистых заболеваний/Л.Л. Коррейя // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. — 2013, №4 (147). — С. 12-17.
2. Тарасенко О.Ф. ИБС и ХОБЛ, патофизиологические особенности клиники и лечения. Автореф. дис. к.м.н./Москва, 2009. — 27 с.

М. М. Хабибулина, И. Ф. Гришина

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СЛУШАТЕЛЕЙ КУРСА «УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА» НА КАФЕДРЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ, УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

*Уральский государственный медицинский университет
г. Екатеринбург*

Аннотация

В статье представлены механизмы и результаты оценки качества обучения слушателей курса «ультразвуковая диагностика» на кафедре поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики.

Ключевые слова: кафедра поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики, качество образования, оценка качества обучения.

Качественная подготовка медицинских кадров предусматривает совершенствование вузовского и послевузовского образования, обеспечение их преемственности, повышение эффективности и качества на основе современных научно-технических достижений и связи с практикой.

В условиях реформирования и реструктуризации здравоохранения РФ, которые характеризуются приоритетностью повышения качества оказания медицинской помощи населению на различных ее этапах, что обеспечивается внедрением в практику новых высокоинформативных диагностических и лечебных технологий, актуальность подготовки специалистов, в том числе и в области инструментальной диагностики, чрезвычайно высока.

В современных условиях врач ультразвуковой диагностики должен не только в совершенстве владеть диагностическими технологиями, но и быть врачом-клиницистом, обладающим теоретическими и практическими навыками по вопросам внутренней патологии, владеющим методологией диагностического поиска при различных патологических состояниях.

Образовательная программа подготовки специалистов ультразвуковой диагностики базируется на основании положений Государственного стандарта для системы послевузовского обучения с учетом лучших традиций уральской школы ультразвуковой диагностики.

Обучение осуществляется на кафедре поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики, расположенной на базе МБУ «Екатеринбургский консультативно-диагностический центр» с отрывом от основного места работы.

Цикл создан с целью создания оптимальных условий для эффективного усвоения знаний обучающимися.

Задачами цикла «Ультразвуковая диагностика» являются:

- формирование прочных теоретических знаний для качественного обеспечения диагностического процесса;
- углубление и приобретение новых знаний, умений и навыков по современным методам диагностики, раннему выявлению заболеваний внутренних органов, обоснованию стандартизованных подходов к обследованию больных с применением ультразвуковых технологий при различных патологических состояниях;
- формирование теоретических и практических навыков диагностического поиска при различных патологических состояниях;
- обучение методологии диагностического поиска при различных патологических состояниях;
- развитие у обучающихся комплексного подхода к диагностическому процессу, необходимости соблюдения алгоритма