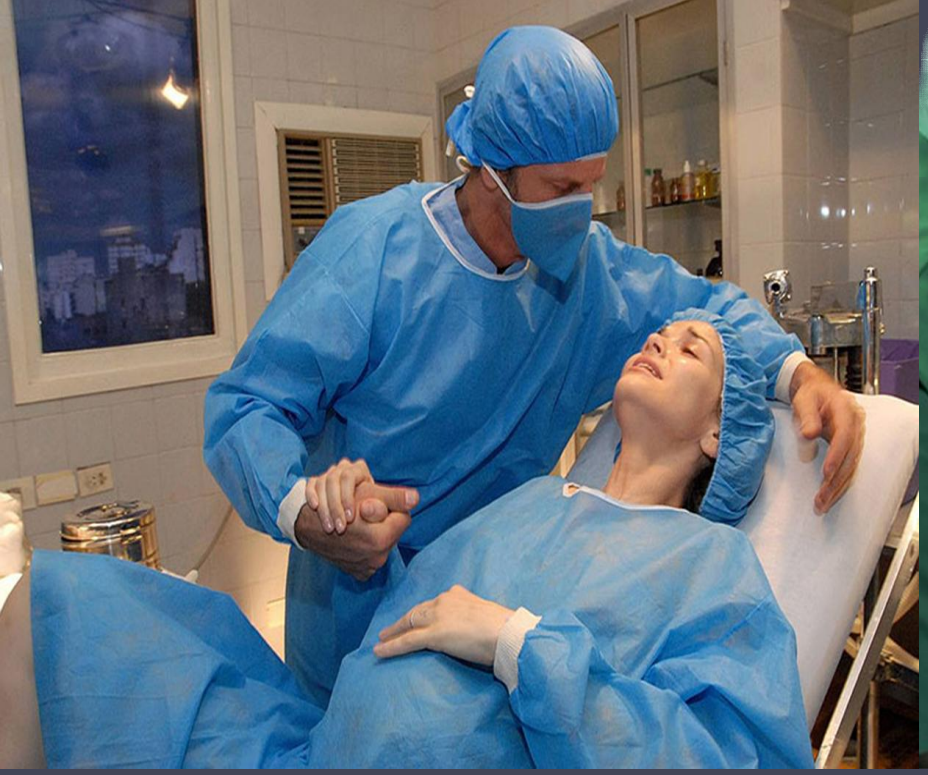


# Годовой отчет по работе службы акушерской анестезиологии. Что нового в 2016 году?

**ТИТАРЕНКО Наталия Васильевна**

***главный специалист по вопросам акушерской реанимации ДОЗ Винницкой ОДА, к.мед.н.***

# Будем говорить

| | Тема | Слайд |
|---|---|---|
| 1. | Показатели работы службы акушерской анестезиологии в 2016 г. | 3-12 |
| 2. | Акушерская анестезиология. Что нового в 2016 году? | 13-23 |
| 3. | Частота, структура и пути снижения материнской смертности в Винницкой области | 24-29 |
| 4. | Что сделано в 2016 г. для повышения эффективности неотложной помощи | 30-49 |

# Положением на 1 января 2017 года

акушерская анестезиологическая помощь в Винницкой области оказывается в 26 учреждениях здравоохранения, из них:

- **ОПБ ВОКБ им. Н.И. Пирогова**
- **3 родильных стационарах г. Винницы:**
  **ВМКПБ №1,**
  **ВМКПБ №2**
  **МЛ «ЦМ та Д»**
  - **4 большие (> 1000 родов / год) родильные стационары**
- **22 учреждения здравоохранения Винницкой области, из них:**
  - **7 средних (500–1000 родов / год)**
  - **15 малых (< 500 родов / год) родильных стационаров / отделений**

# «Акушерские» анестезиологи

- ВПВ ВОКЛ ім. М.І. Пирогова – 5
- ВМКПБ №1 – 5
- ВМКПБ №2 – 11
- МЛ «ЦМ та Д» – 5
- КУ Барська ЦРЛ – 5
- Могилів - Подільська ОЛІЛ – 5
- Вінницька ЦРКЛ – 8
- Бершадська ОЛІЛ – 5
- КП «Козятинська ЦРЛ» – 7
- КУ «Жмеринська ЦРЛ»– 7
- Гайсинська ЦРЛ – 5
- КУ Хмільницька ЦРЛ – 8
- Калинівсьська ЦРЛ – 6
- Тульчинська ЦРЛ – 6
- Тиврівська ЦРЛ – 4
- Тростянецька ЦРЛ – 5
- Ладижинське МТМО – 5
- Погребище ЦРЛ – 2
- Немирів ЦРЛ – 5
- Шаргородська ЦРЛ – 5
- Іллінецька ЦРЛ – 3
- Томашпільська ЦРЛ – 4
- Ямпільська ЦРЛ – 4
- Крижопільська ОЛІЛ – 4
- Липовецька РТМО – 3
- Літинська ЦРЛ – 5

**Всего – 132**

**Ставок всего – 154**

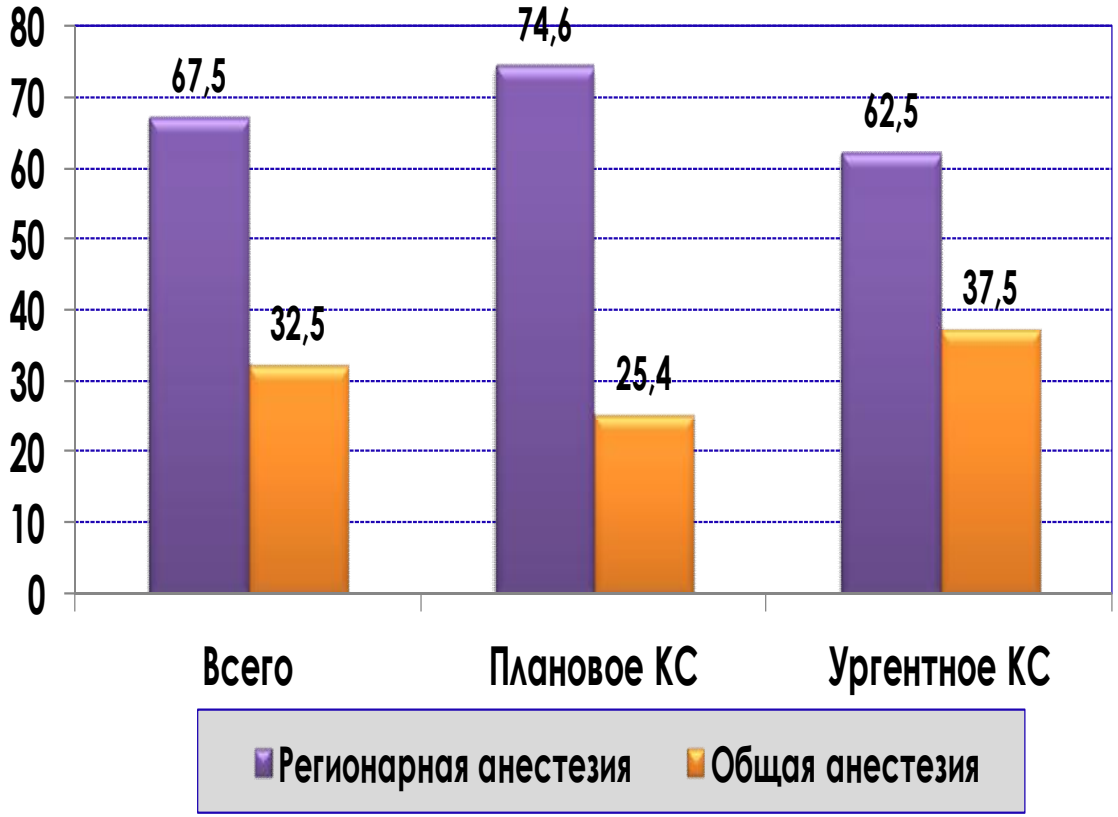
**Обеспеченность физич.лицами – 85,7%**

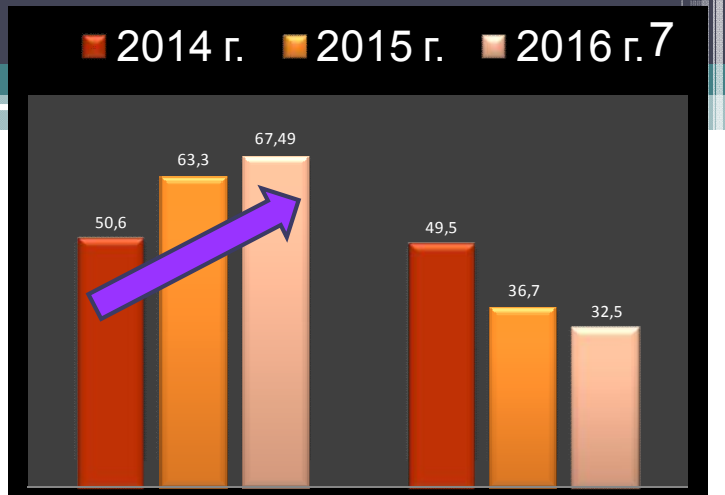
# Показатели работы службы акушерской анестезиологии в 2016 г.

# В 2016 году в Винницкой области выполнено 2429 (16,14%) КС

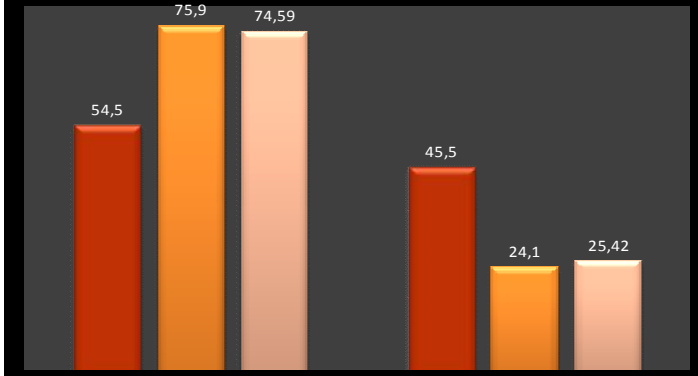
*Дэмиен Херст*. Рождение (Кесарево сечение). 2006 г.

# Анестезия для КС (n = 2429) в Винницкой области в 2016 г.



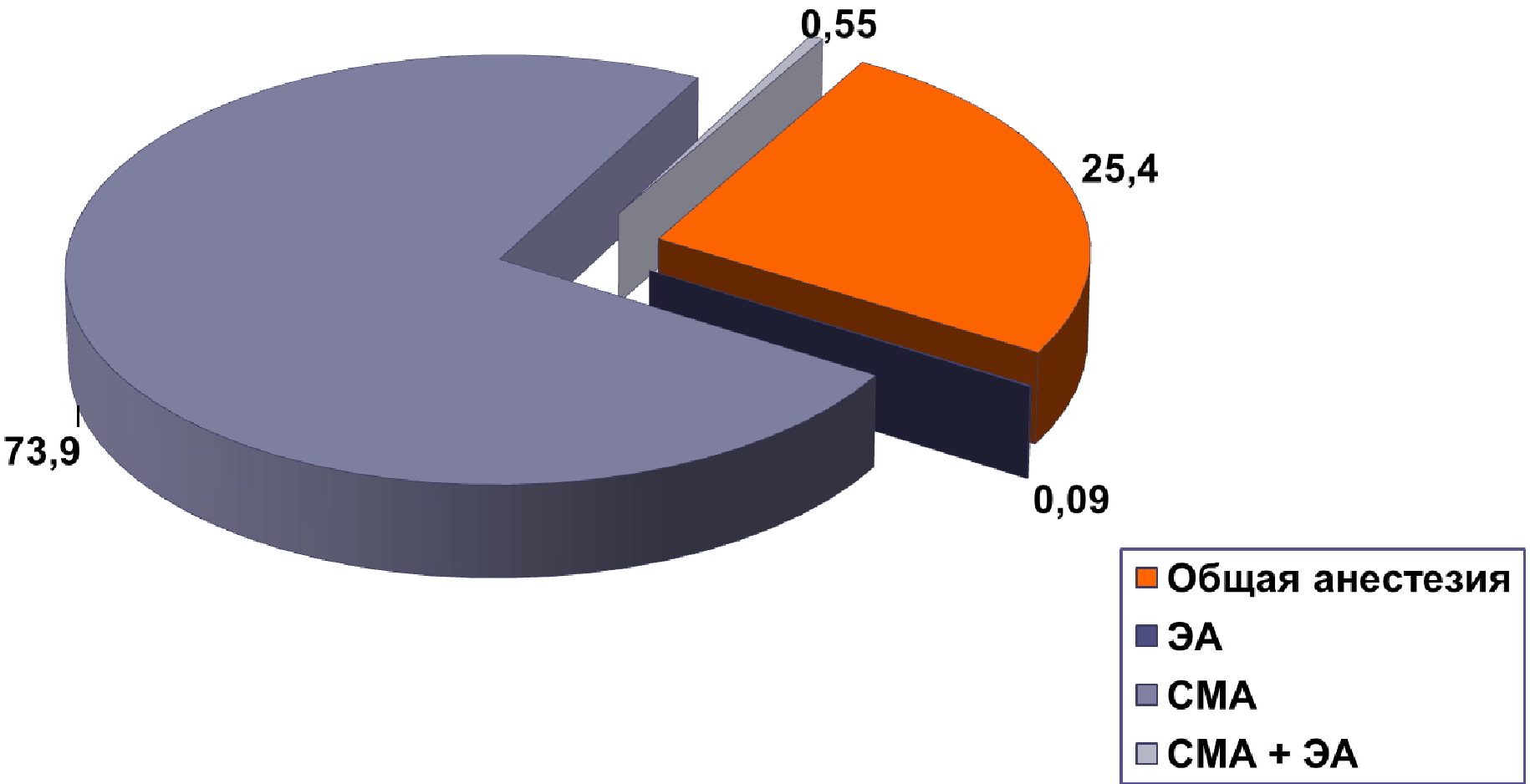




Плановые КС

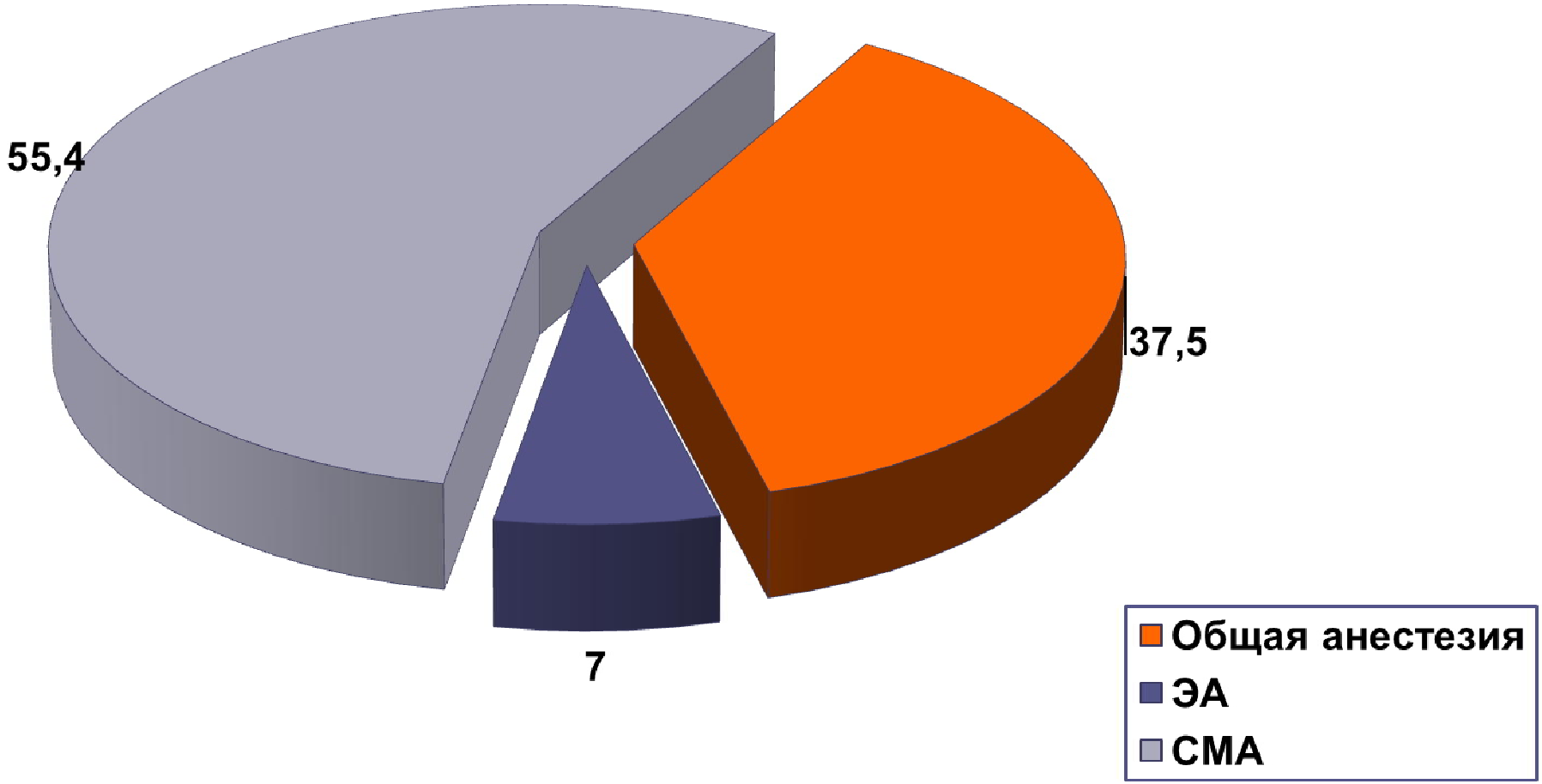



Ургентные КС

# Анестезия для обезболивания планового КС в 2016 г. (%)



# Анестезия для обезболивания ургентного КС в 2016 г. (%)

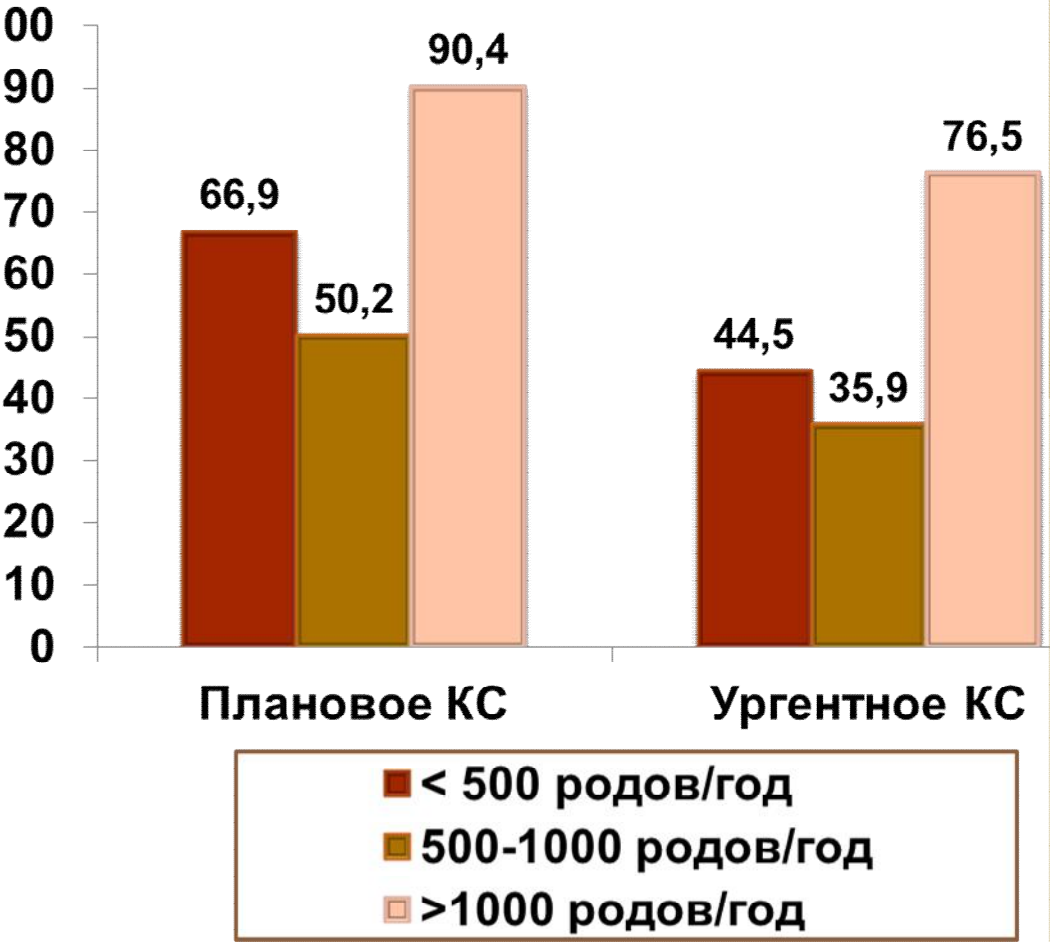


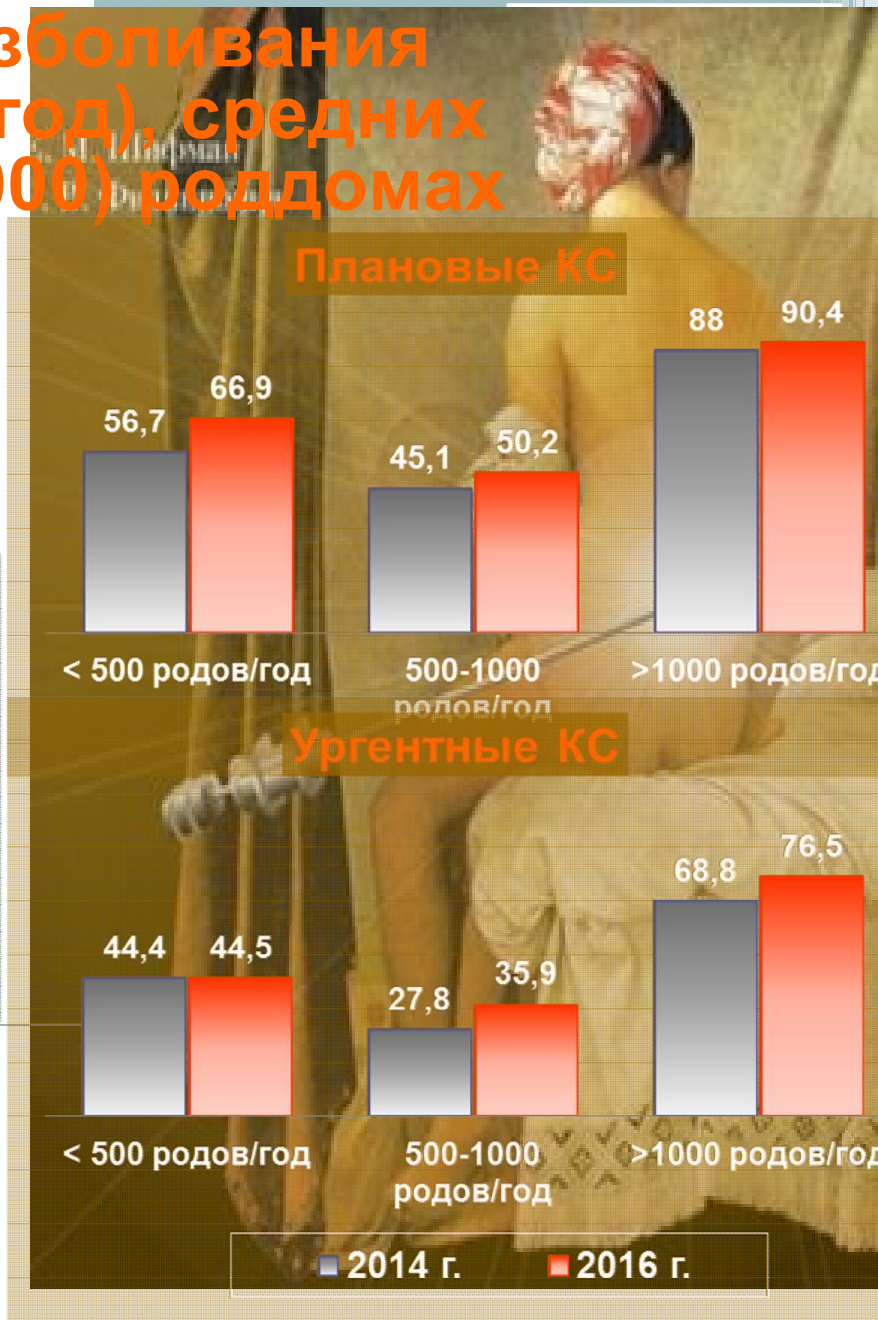
# Спинальная анестезия с однократным введением препарата

**Чаще всего применялась в акушерской анестезиологической практике в Винницкой области в 2016 г.**

1. Плановое КС **73,9%**
2. Ургентное КС **55,4%**
3. Всего **63,1%**

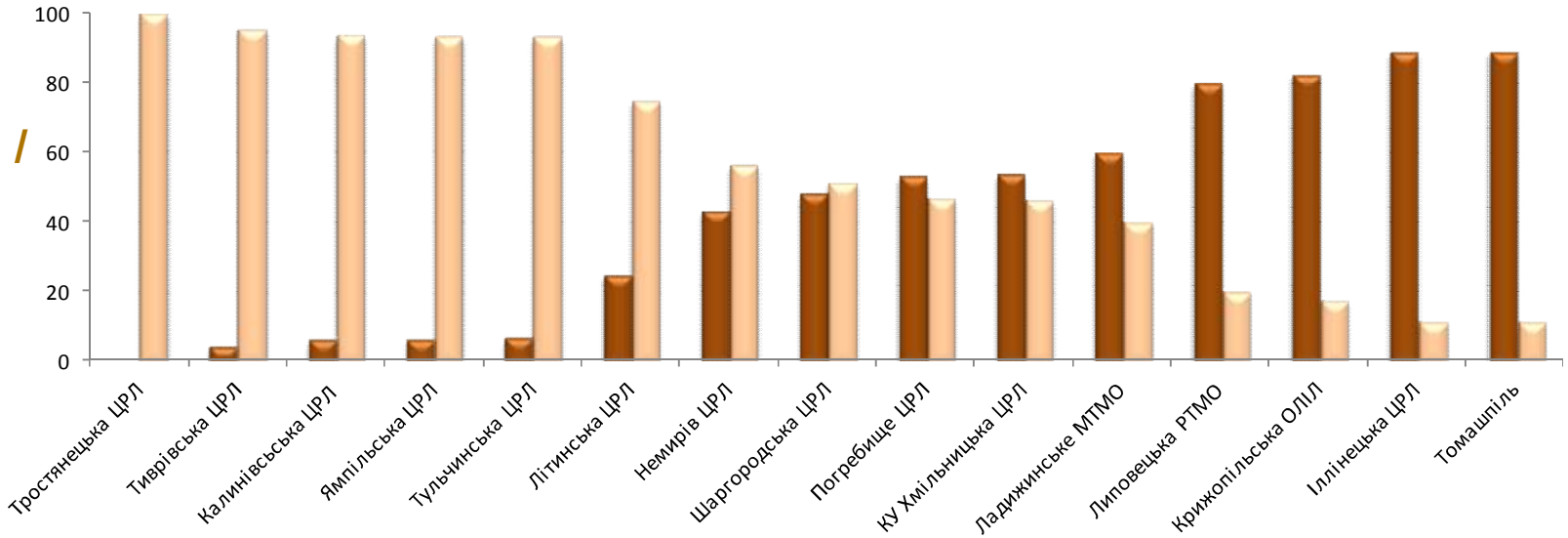
# Регионарные методы обезболивания КС в малых (<500 родов / год), средних (500-1000) и больших (> 1000) роддомах и отделениях



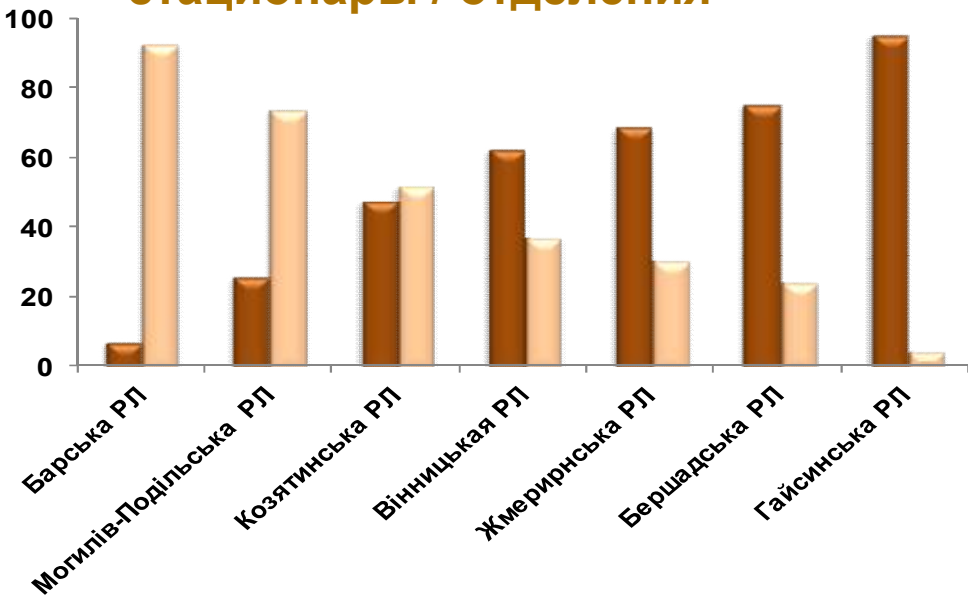



# Методы обезболивания КС (%) в роддомах и отделениях Винницкой области в 2016 г.

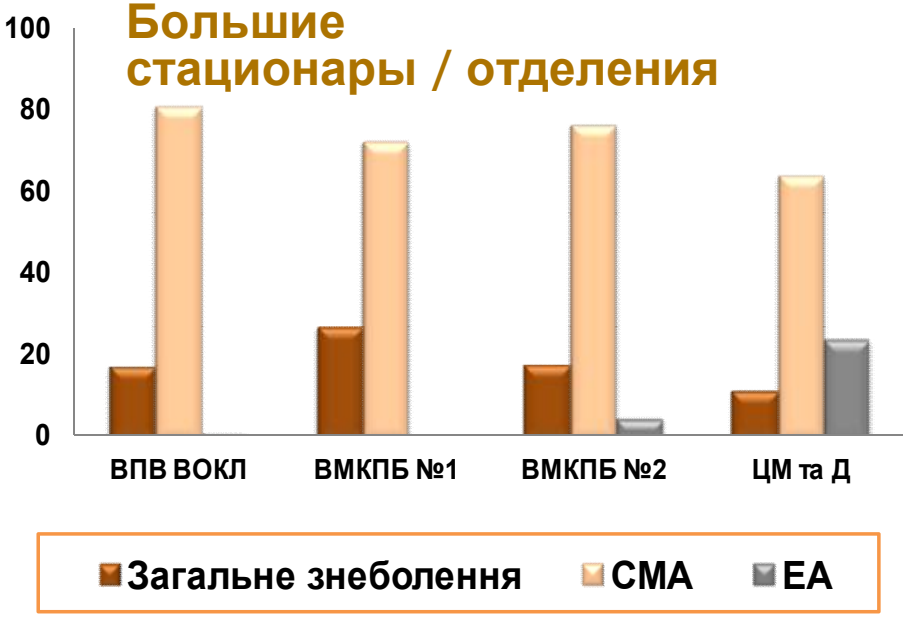
## Малые стационары / отделения




## Средние стационары / отделения




## Большие стационары / отделения



# Obstetric Anesthesia **Guidelines**

**Регионарная анестезия определена как наиболее оптимальный метод анестезиологического обеспечения в акушерстве всеми ведущими медицинскими организациями мира:**

**Общая анестезия показана в тех случаях, когда противопоказаны нейроаксиальные методы обезболивания**

# Методы обезболивания: регионарные VS общая анестезия

**Частота неудавшейся спинальной анестезии менее 1%**

*Harten JM et al. Anaest. 2005; 60:348-53*

**Частота неудавшейся интубации трахеи 1:94 – 1:300**

*Quinn AC, Br J Anaesthesia 2013*

**Если вы не можете дышать, все остальное уже не имеет значения!**

# Головная боль – это общая болезнь беременных, акушеров и акушерских анестезиологов ☺

Встречаемость:

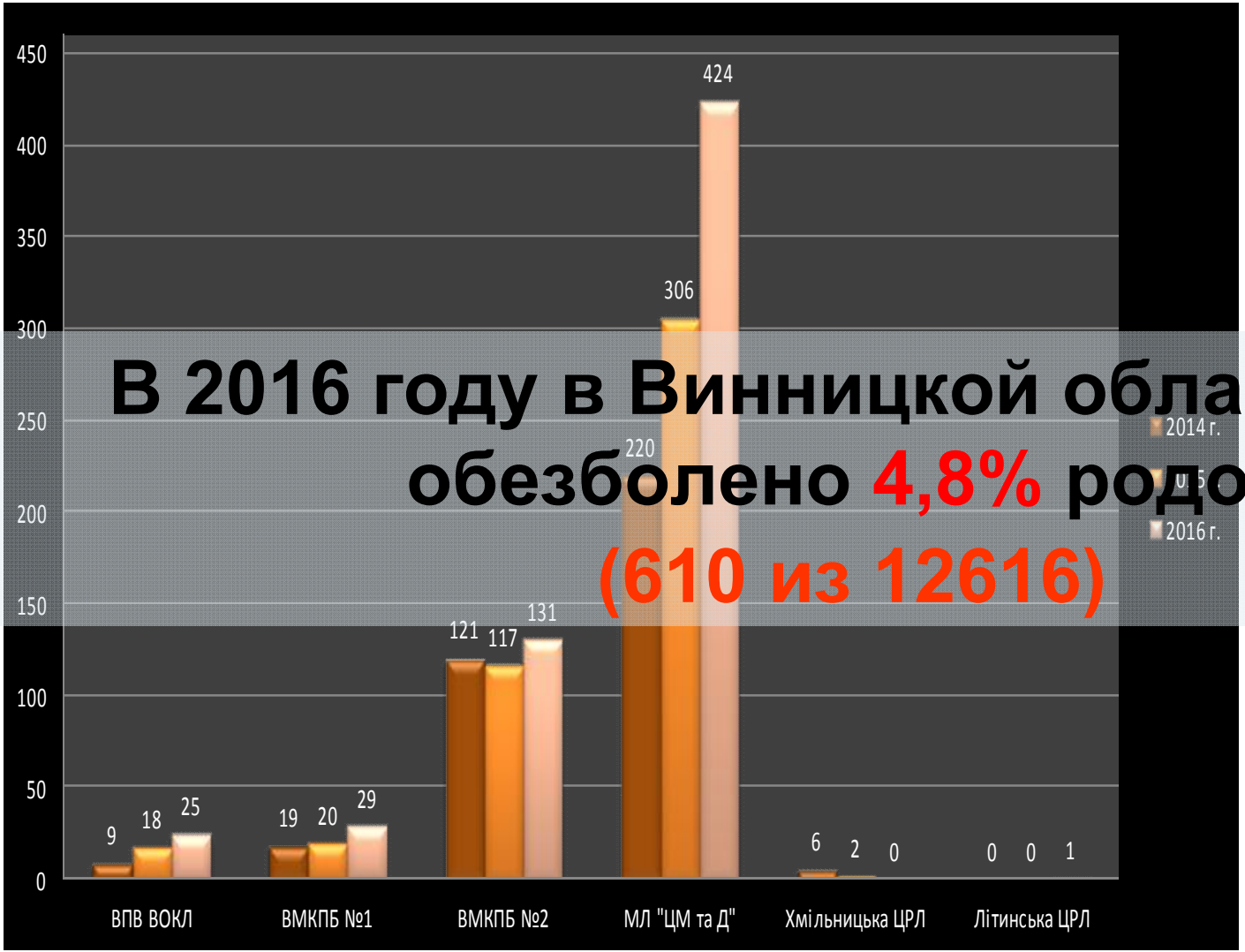
- 40% при использовании игл 20G;
- до 25% при использовании игл 22G;
- 2 -10 % при использовании игл 25G;
- менее 2% при использовании игл 27 – 29G.

# Obstetric Anesthesia **Guidelines**

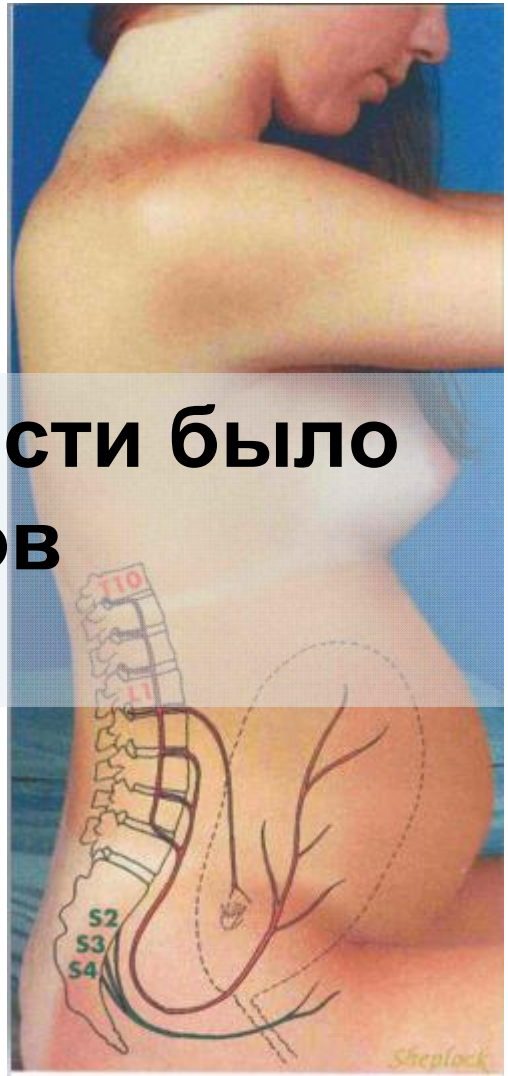
## Что является СТАНДАРТОМ?

- **Срез иглы типа Pencil Point (Pencan®)**
- **Диаметр (25–26 G)**
- **Наличие интродьюсера**
- **Прозрачный павильон**

# Эпидуральная анестезия для обезболивания родов в стационарах области в 2014, 2015 и 2016 гг.




**В 2016 году в Винницкой области было обезболено 4,8% родов (610 из 12616)**



# Obstetric Anesthesia **Guidelines**

## Что нового в 2016 году?

**Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia 2016**

*An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology**

# Акушерская анестезиология. Что нового в 2016 году?

**Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia 2016**

*An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology**

***Recommendations for Anesthetic Care for Cesarean Delivery***

**Общая, эпидуральная, спинальная, или комбинированная спинально-эпидуральная анестезия:**

**Для большинства КС предпочтительными являются нейроаксиальные методы.**

**Смещение матки (как правило, влево) должно сохраняться до извлечения плода, независимо от используемой техники анестезии.**

**Использование спинальных игл pencil-point минимизирует риск постпункционной головной боли.**

# Акушерская анестезиология. Что нового в 2016 году?

**Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia 2016**

*An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology**

***Recommendations for Anesthetic Care for Labor and Vaginal Delivery***

**Подготовка: Обязательное определение уровня тромбоцитов и ЧСС плода перед проведением манипуляции**

**Время начала ЭДА в родах: рекомендовано начинать в латентной стадии родов (при открытии меньше 5 см)**

**Обезболивание родов у пациенток с рубцом на матке: рекомендовано ранняя постановка ЭДА как обязательный компонент пособия.**

**Анестезиологические техники: Адекватная анальгезия неосложненных родов должна проводиться минимальными концентрациями анестетиков с минимально возможным моторным блоком.**

# Акушерская анестезиология. Что нового в 2016 году?

**Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia 2016**

*An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology**

**Показания к ЭДА в родах – желание женщины!!!**

**Показания к ранней катетеризации ЭД пространства**

**АКУШЕРСКИЕ**

- **Двойня**
- **Преэклампсия**

**АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ**

- **Трудные дыхательные пути**
- **Ожирение**

# Промежуточное резюме:

**Осложнения всегда были, есть и будут…**

Можно добить их снижения, если будут приняты меры предосторожности!

**CHECKLIST**

**при экстренных ситуациях в операционной комнате**

ARIADNE LABS

BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL

HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

A JOINT CENTER FOR HEALTH SYSTEMS INNOVATION

| | |
|---|---|
| Воздушная эмболия (венозная) | 1 |
| Анафилаксия | 2 |
| Нестабильная брадикардия | 3 |
| Остановка сердца – асистолия / PEA (электрохимическая диссоциация) | 4 |
| Остановка сердца – ЖФ / ЖТ | 5 |
| Неудачная интубация | 6 |
| Огонь в операционной | 7 |
| Кровотечение | 8 |
| Гипотония | 9 |
| Гипоксия | 10 |
| Злокачественная гипертермия | 11 |
| Нестабильная тахикардия | 12 |

***Чьи лица стоят за цифрами? Какими были их судьбы ? О чем они мечтали? Они оставили детей и семьи. Они оставили ключи к разгадке, почему их жизнь закончилась так рано…[1]***

# Частота, структура и пути снижения материнской смертности в Винницкой области

*[1] Epilodue in Strategies to reduce Pregnancyrelated deaths. From identification and review to action. Centres for Disease Control, American College of Obstetrician and gynaecologists et al., 2001*

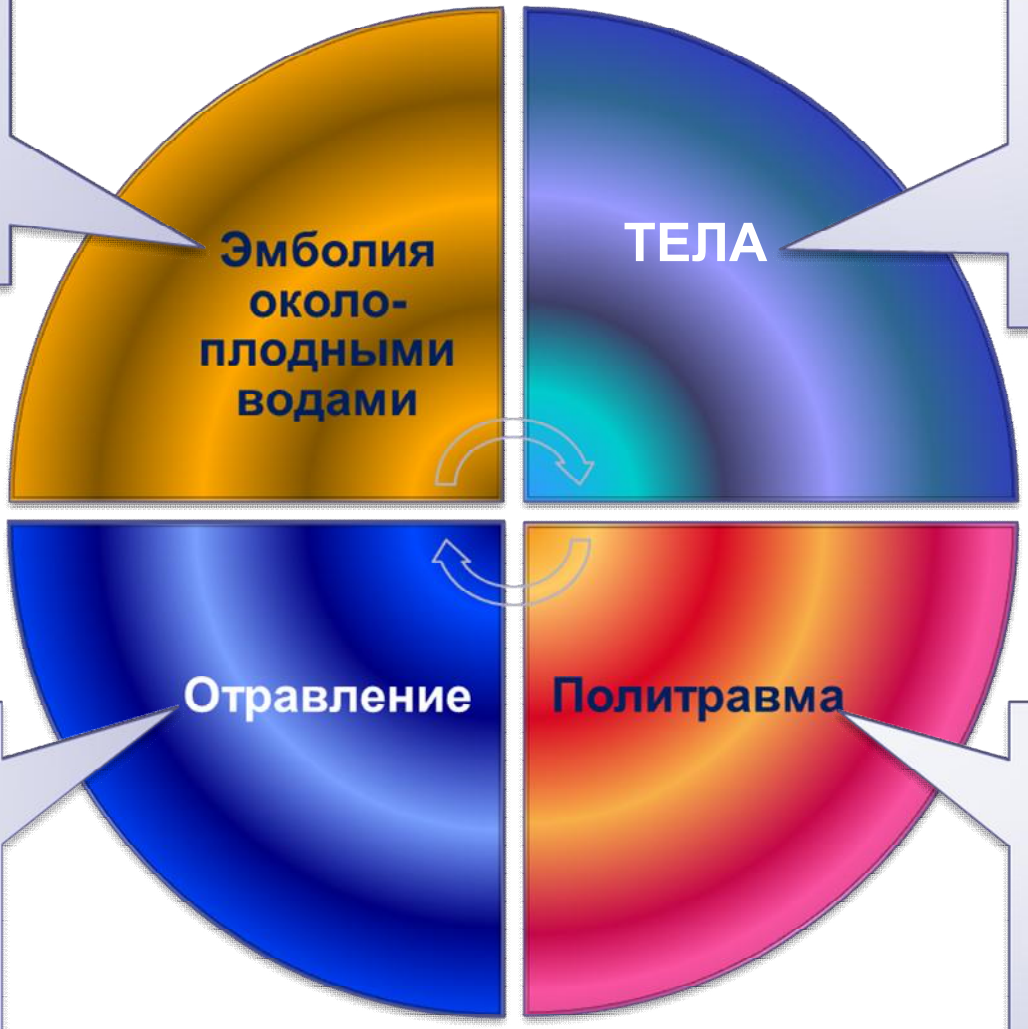
# Материнская смертность в Винницкой области в 2016 г. –

# 3 случая + 1

# Причины материнской смертности в 2016 г. и основные пути их преодоления

Практически неуправляемая причина

Ограниченное терапевтическое влияние. Использование «золотого» стандарта диагностики Соблюдение обл. стандарта действий по профилактике ВТЕ




Соблюдение четкой этапности оказания неотложной помощи. Ранняя госпитализация на III уровень

Формирование компетентности в оказании помощи при травме Соблюдение протокола ИТ кровопотери

# Залог успеха в борьбе с критическим состоянием!

- Мультидисциплинарный подход
- Подготовленная команда.
- Четкое распределение обязанностей и объема работ.
- Обеспечение наличия и соблюдения протоколов ИТ.
- Максимально короткое время на каждый этап выполнения протокола
- Обязательное информирование пациентки и родственников.

# Промежуточное резюме

1. Первоочередным направлением предупреждения случаев материнской смертности является обеспечение надлежащего контроля в учреждениях всех уровней по внедрению клинических протоколов МОЗ Украины.
2. В качестве приоритетной стратегии для снижения потенциально преодолимой материнской летальности руководителями должны рассматриваться профессиональная подготовка для акушерской неотложной помощи и мониторинг следования протоколам.

# Жалобы и судебные иски

## Что может помочь изменить ситуацию? (NICE, 2016)

- **Обучение персонала**
- **Четкое документирование** родов, последовательности событий и действий в случае развития критического состояния.
- **Важно зафиксировать:**
  - Персонал и время его прихода
  - Последовательность событий
  - Время и последовательность назначения различных медикаментозных средств
  - Время выполнения хирургических манипуляций
  - Состояние пациентки на различных этапах (включая документирование жизненных функций организма)
- **Обеспечение хорошего контакта между персоналом и пациентками**
- **Обязательно – осмотр анестезиолога пред каждым анестезиологическим пособием**
- **Регулярно анализировать все случаи как тяжелых, так и легких осложнений**

*Нельзя ничего сказать о глубине лужи,*
*пока не попадешь в нее*

*Закон Миллера*

# Что сделано в 2016 г. для повышения эффективности неотложной помощи

# Что сделано в 2016 г.

**ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВЕНОЗНОЇ ТРОМБОЕМБОЛІЇ (ВТЕ) В АКУШЕРСТВІ. СТАНДАРТ ДІЙ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ**

1. **Документована оцінка факторів ризику тромбоемболічних ускладнень *(табл. 2)*:**
   - Амбулаторно (при плануванні вагітності *, при наступленні вагітності) – *акушером-гінекологом*
   - При госпіталізація в стаціонар – *акушером-гінекологом*
   - Перед пологами (у випадку операції) – *анестезіологом*
   - Після пологів – сумісно *акушером-гінекологом та анестезіологом*
2. **Консультація акушера-гінеколога в ЦПС ВОКЛ ім. М.І. Пирогова** при наявності:
   - ВТЕ в анамнезі, підозра або підтвердження тромбозу глибоких або поверхневих вен
   - спадкової або набутої (антифосфоліпідний синдром) тромбофілії
   - жінки, що постійно приймають антикоагулянти (протезовані клапани серця, судинні протези, ін.)
3. **При наявності клінічних ознак тромбозу глибоких вен (ТГВ) або тромбозу поверхневих вен та/або ≥ 2,0 балів за шкалою визначення клінічної ймовірності ТГВ *(табл. 1)*:**
   - компресійна УЗД, за показами – МРТ вен (ваг), за неможливості – пульсова доплерографія або КТ (породі
   - консультація судинного хірурга
4. **Підтверджений ТГВ або висока клінічна вірогідність ТГВ (≥ 2,0 балів за шкалою визначення ймовірності ТГВ, *табл. 1*): *негайно*** лікувальні дози низькомолекулярного гепарину (НМГ)

*Таблиця 1.* **Шкала визначення клінічної ймовірності ТГВ**

| *Клінічна характеристика* | *Бали* |
|---|---|
| • Біль, ущільнення по ходу глибоких вен | 1,0 |
| • Набряк всієї ноги | 1,0 |
| • Набряк гомілки (>3 см порівняно із іншою) | 1,0 |
| • Видимий набряк на симптоматичній нозі | 1,0 |
| • Колатеральні вени | 1,0 |
| • Раніше діагностований тромбоз глибоких вен | 1,0 |
| • Активна злоякісна пухлина | 1,0 |
| • Параліч/короткотривала імобілізація ноги | 1,0 |
| • Ліжковий режим (>3 днів) | 1,0 |
| • Велика хірургія (>12 тижнів) | 1,0 |
| • Альтернативний діагноз, досить близький до ТГВ | - 2,0 |
| **≥ 2,0 бали - висока ймовірність ТГВ** | |

**У В А Г А!** **Фармакологічна тромбопрофілактика призначається по клінічній ситуації або при відомій тромбофілії з високим ризиком ВТЕ.**
**Традиційні показники коагулограми (тромбоцити, фібриноген, час зсідання крові, АЧТЧ, МНО, Д-дімер) та їх зсув в бік так званої «гіперкоагуляції» *не являються* підґрунтям для проведення фармакологічної (гепарин, НМГ) тромбопрофілактики!**
**Показники коагулограми можуть визначати протипоказання для фармакологічної тромбопрофілактики (тромбоцити < 75 Г/л, АЧТЧ, МНО > 1,5 від норми, фібриноген < 1 г/л) при виявленні гіпокоагуляції особливо в сполученні з геморагічним синдромом**

5. **Антенатальна оцінка та ведення ризику ВТЕ (починаючи з взяття на облік)**

Будь-яка ВТЕ в анамнезі, крім одиничної ВТЕ, яка пов'язана з великим хірургічним втручанням → **ВИСОКИЙ РИЗИК Антенатальна профілактика НМГ необхідна**

Госпіталізація
Одинична ВТЕ, яка пов'язана з великим хірургічним втручанням
Тромбофілія високого ризику + відсутність ВТЕ
Супутні захворювання *(табл. 2)*
Будь-яке хірургічне втручання
СГЯ (тільки I триместр)
→ **СЕРЕДНІЙ РИЗИК Профілактика НМГ рекомендується**

Ожиріння (ІТМ > 30)
Вік > 35 років
Пологи в анамнезі ≥ 3
Паління
Варикоз великих вен
Прееклампсія
Імобілізація, наприклад, параплегія
Обтяжений сімейний анамнез: неспровокована або пов'язана з ВТЕ у родичів першої лінії
Тромбофілія низького ризику
Багатоплідна вагітність
ЕКО/ДРТ
→ **4 і більше факторів ризику: профілактика, починаючи з I триместру вагітності**
**3 фактори ризику: профілактика, починаючи з 28-го тижня**

Транзиторні фактори ризику: дегідратація/ гіперемезис, наявна інфекція, тривала подорож

**<3 факторів ризику** → **НИЗЬКИЙ РИЗИК Мобілізація, попередження дегідратації**

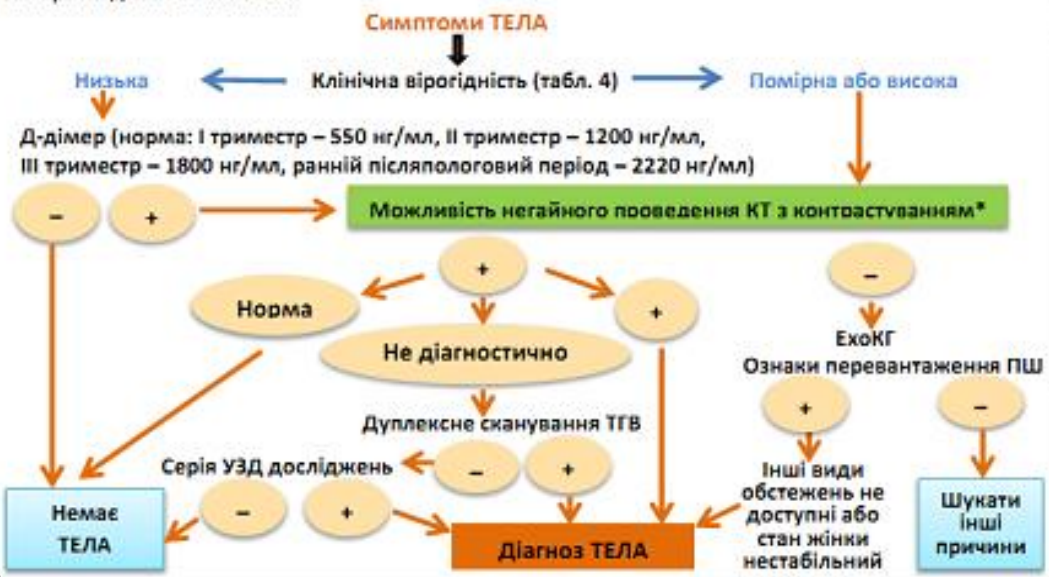
*Таблиця 2.* **Фактори ризку ТГЕ**

| *Фактор* | *Бали* |
|---|---|
| **Фактори ризику, що існували раніше** | |
| ВТЕ в анамнезі (крім одиничної випадку, який пов'язаний з великим хірургічним втручанням | 4 |
| ВТЕ в анамнезі, яка пов'язана з великим хірургічним втручанням | 3 |
| Тромбофілія високого ризику | 3 |
| Супутні захворювання (рак, активний СКВ, серцева недостатність, запальна поліартропатія, запальне захворювання кишечника, нефротичний синдром,цукровий діабет I типа з нефропатією, серповидно-клітинна анемія) | 3 |
| Обтяжений сімейний анамнез: неспровокована або пов'язана з ВТЕ у родичів першої лінії | 1 |
| Вік > 35 років | 1 |
| Тромбофілія низького ризику (без ВТЕ) | 1 |
| Ожиріння: ІМТ 30-40<br>ІТМ ≥ 40 | 1<br>2 |
| Пологи в анамнезі ≥ 3 | 1 |
| Паління | 1 |
| Варикоз великих вен | 1 |
| **Акушерські фактори ризику** | |
| Прееклампсія при даній вагітності | 1 |

# Что сделано в 2016 г.

**СТАНДАРТ ДІЙ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ**

1. **Алгоритм діагностики ТЕЛА:**




2. **УВАГА! Розродження шляхом кесаревого розтину у випадках:**
   - **Агонального стану жінки**
   - **Гострого дистресу плода**
   - **Загрози антенатальної загибелі плода**

   **Дострокове розродження не дозволяє покращити ситуацію, однак значно обтяжує перебіг ТЕЛА**

3. **Зафіксувати час. Викликати чергових лікарів (акушер-гінеколог, реаніматолог)** «тривожна кнопка», телефон, персонал

4. **Катетеризація периферичної вени,** катетер 16-18 G, а при АТ ≤ 90 мм Hg – катетеризація 2-х периферичних вен для введення вазопресора(ів) та антикоагулянта.
   **Забір крові з периферичної вени** для біохімічного аналізу крові

5. **Фізікальне обстеження:** ЧСС, АТ, ЧД, $SpO_2$, температура, аускультація легень,ознаки ТГВ

6. **Лабораторне дослідження *(табл. 5)*:** ЗАК , ЗАС, Д-дімер, СРБ, ЛДГ, серцеві тропоніни, коагулограма, сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлТ, резус-фактору (за відсутності)

7. **Інструментальні дослідження *(табл. 5)*:**
   - ЕКГ
   - Оглядова рентгенографія ОГК (пряма та бічна проекція)
   - ЕхоКГ для оцінки функції правого шлуночка
   - Компютерна томографія з контрастуванням або МРТ
   - Ангіографія легеневої артерії
   - Дуплексне УЗД вен нижніх кінцівок

*Таблиця 4.* **Клінічна вірогідність розвитку ТЕЛА**

| Женевська шкала | | Шкала Wells | |
|---|---|---|---|
| ***Змінна*** | ***Бали*** | ***Змінні*** | ***Бали*** |
| ***Сприяючі фактори:*** | | ***Сприяючі фактори:*** | |
| ▪ вік старше 65 | +1 | ▪ раніше перенесені ТГВ або ТЕЛА | +1,5 |
| ▪ раніше перенесені ТГВ або ТЕЛА | +3 | ▪ нещодавно перенесена операція або імобілізація | +1,5 |
| ▪ операція або травма давністю не більше 1 міс. | +2 | ▪ рак | +1 |
| ▪ рак | +2 | | |
| ***Симптоми:*** | | ***Симптоми:*** | |
| ▪ дискомфорт (біль) в одній із нижніх кінцівок | +3 | ▪ кровохаркання | +1 |
| ▪ кровохаркання | +2 | | |
| ***Клінічні ознаки:*** | | ***Клінічні ознаки:*** | |
| ▪ ЧСС: | | ▪ ЧСС: | |
| 75-94 уд. в хв. | +3 | > 100 уд. в хв. | +1,5 |
| ≥ 95 уд. в хв. | +5 | ▪ Клінічні ознаки ТГВ | +3 |
| ▪ Біль при пальпації глибоких вен нижньої кінцівки та однобічний набряк | +4 | ▪ Заключення: альтернативний діагноз менш вірогідний, ніж ТЕЛА | +3 |
| **Клінічна вірогідність :** | **Сума балів** | **Клінічна вірогідність :** | **Сума балів** |
| ▪ низька | 0-3 | ▪ низька | 0-1 |
| ▪ середня | 4-10 | ▪ середня | 2-6 |
| ▪ висока | ≥11 | ▪ висока | ≥7 |
| | | **Клінічна вірогідність ТЕЛА:** | |
| | | ▪ ймовірно | 0-4 |
| | | ▪ мало ймовірно | > 4 |

# Акушерская ренаимация
# Какие планы на 2017 год?

Установа розробник: Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова, Вінницький міський клінічний пологовий будинок № 1
Автори-розробники: І.Л. Кукуруза, Н.В. Титаренко, Д.С. Папишев
Рецензенти:

## Стандарт дій медичного персоналу при наданні медичної допомоги при сепсисі та септичному шоку

Інтернет: www.anest.vn.ua

| 1. | Покликати на допомогу! |
|---|---|
| • Запитати: «Хто керуватиме процесом в цій ситуації?» | |

| 2. | Початкові заходи |
|---|---|
| Первинне обстеження – протокол ABC<br>A: Оцінка прохідності дихальних шляхів; звернутися за допомогою до анестезіолога, якщо вона порушена<br>B: Оцінка дихання<br>• Дати кисень при $SpO_2 \leq 91\%$<br>C: Оцінка кровообігу<br>• Положення на лівому боці (для вагітних)<br>• Отримати венозний доступ (14-18G розмір канюлі х 2)<br>• Забрати кров на аналіз та бактеріологічне дослідження | |

| 3. | Інтенсивна терапія |
|---|---|
| Інфузія | • 30 мл/кг в перші 3 години, навіть у пацієнтів із РДС і СН<br>• Стартова терапія - збалансовані кристалоїди, оцінити необхідність введення альбуміну (гіпопротеїнемія, великий об'єм інфузії). Протипоказані ГЕК |
| Вазопресори | • Препарат вибору – норадреналін, уникати дофаміну<br>• Додати адреналін, якщо норадреналіну недостатньо, додати вазопресин як комбінат до норадренілану<br>• *Негайний початок при АТ < 90 мм рт.ст. (або САТ < 65)* |
| Стероїди | • Тільки у випадках відсутності ефекту на інфузію та вазопресорні препарати |
| Антибіотики | • Негайний початок терапії (протягом перших 60 хв.)<br>• Широкий спектр дії. Препарати вибору - карбапенеми |
| Гемо-трансфузія | • При Hb < 70 г/л. При кровотечі - згідно наказу №205 |
| Контроль джерела | • По можливості в перші 12 год. |
| Вентиляція | • Дихальний об'єм 6 мл/кг, тиск плато вдиху ≤ 30 см $H_2O$ |
| Мета терапії | • Досягнення САТ ≥ 65 мм рт.ст., нормалізація лактату |

### Таблиця 1. ДЕФІНІЦІЇ

Запам'ятайте!

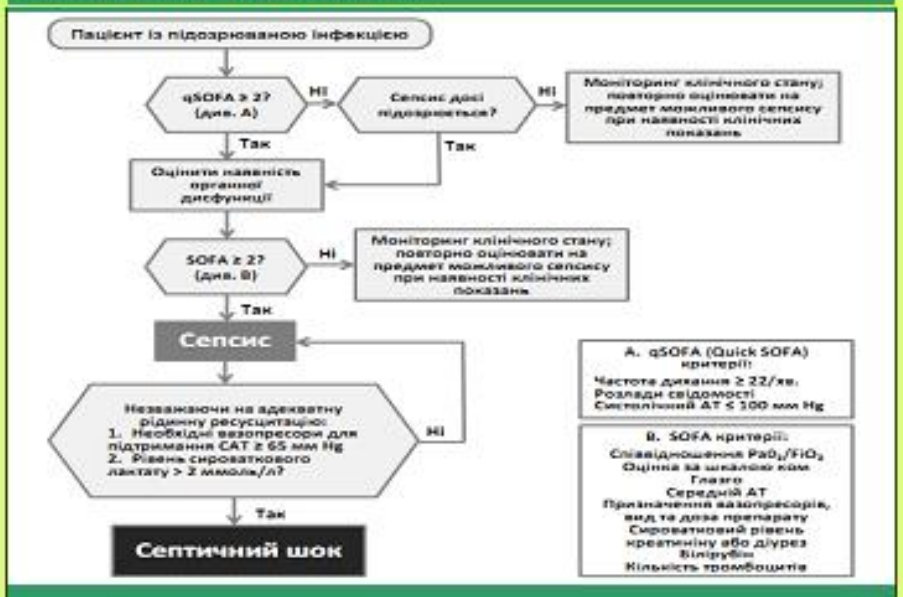
- Сепсис-це загрожуючи життю органна дисфункція, спричинена дизрегульованою відповіддю організму на інфекцію.
- Септичний шок - варіант перебігу сепсису, при якому особливо виражені циркуляторні, клітинні та метаболічні порушення.
- Септичний шок визначається:
  - потребою вазопресорної підтримки для підтримки САТ ≥ 65 мм рт.ст.
  - концентрації сироваткового лактату вище 2 ммоль/л при відсутності гіповолемії.

Середнє АТ (САТ) = [(2 х діастол. АТ) + (1 х систол. АТ)]

### Таблиця 2. ДІАГНОСТИКА

- Діагностика інфекції – біомаркери: СРБ, прокальцитонін, пресептин, ін.
- Діагностика органної дисфункції – шкали: qSOFA, SOFA, ін.

### Таблиця 3. АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ



# Obstetric and Anesthetic Emergencies **Guidelines**

## Что нового в 2016 году?

Royal College of Obstetricians &

[ Evidence-Based Medicine ]

CHEST

Prevention a
Haemorrhage

Green-top Guideline N
December 2016

E Disease

CrossMark

D; Allen Blaivas, DO, FCCP;
an, MD, PhD;
Sood, MD, FCCP;
Scott C. Woller, MD;

PODCAST

Critical Care Medicine:
Post Author Corrections: January 17, 2017
doi: 10.1097/CCM.0000000000002255
Guidelines: PDF Only

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016.

Практическ

Послеродовые кровотечен
основанная на доказательс
тактика ведения

И. Кукуруза, Н. Титаренко, О. Засаднюк,

ПРОЕКТ

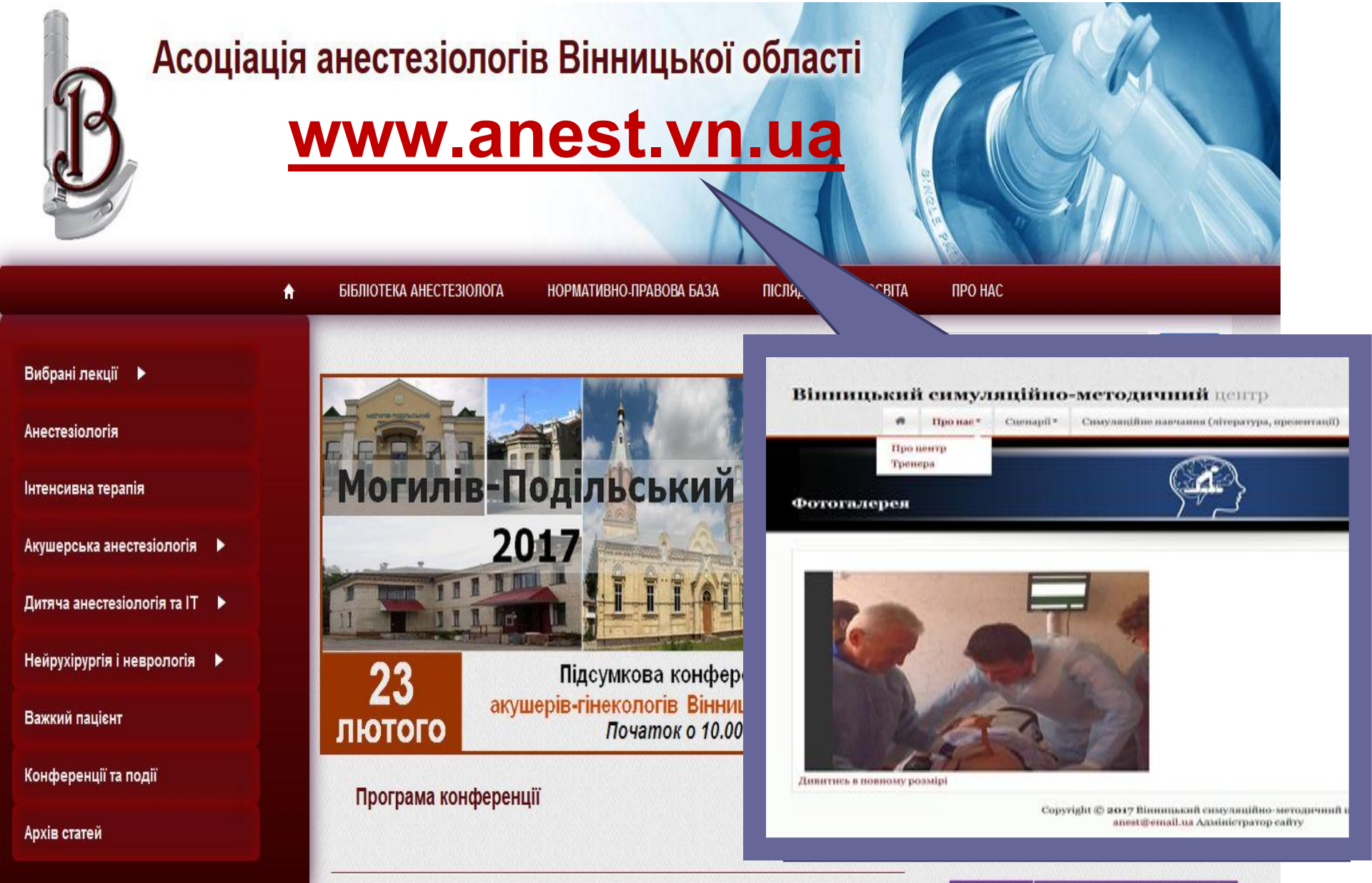
УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ, ПЕРВИННОЇ, ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ), ТРЕТИННОЇ (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ГІПЕРТЕНЗИВНІ РОЗЛАДИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

ТРОМБОЕМБОЛІЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

www. anest.vn.ua

# Обновления на сайте



# Решение коллегии Департамента здравоохранения Винницкой областной государственной администрации

**Обязательное прохождение тренингов в симуляционно-методическом центре областной клинической больницы им. Н.И. Пирогова с получением соответствующих сертификатов в межаттестационный период врачей – акушеров-гинекологов, анестезиологов, неонатологов по вопросам оказания неотложной помощи акушерским пациенткам.**

# Осень 2016 года

# ИТОГИ

# ГЕОГРАФИЯ

**На карте отмечены населенные пункты, жители которых посетили симуляционный центр в 2016 г.**

**18** районов и
4 ЛПУ г. Винницы и
1 ЛПУ Ладыжина,
откуда приезжали участники в Центр

**4** района и г. Херсон,
куда приехал Центр

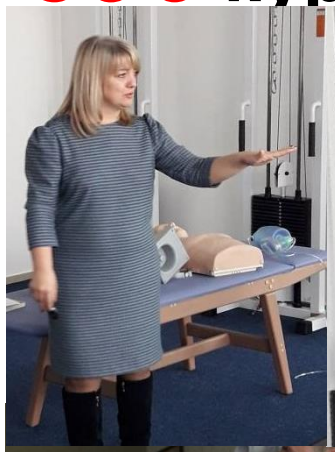
# ДЕМОГРАФИЯ

**Обучение проводят преподаватели, имеющие сертификат тренера симуляционного центра международного образца**

**3 научных консультанта**

**16 тренеров**

**396 курсантов**



# ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА

**3 стандарта действий медицинского персонала в 2016 г. приобрели статус областных и 1 – национального**

**30 симуляционных тренингов**

**198 часов тренингов**

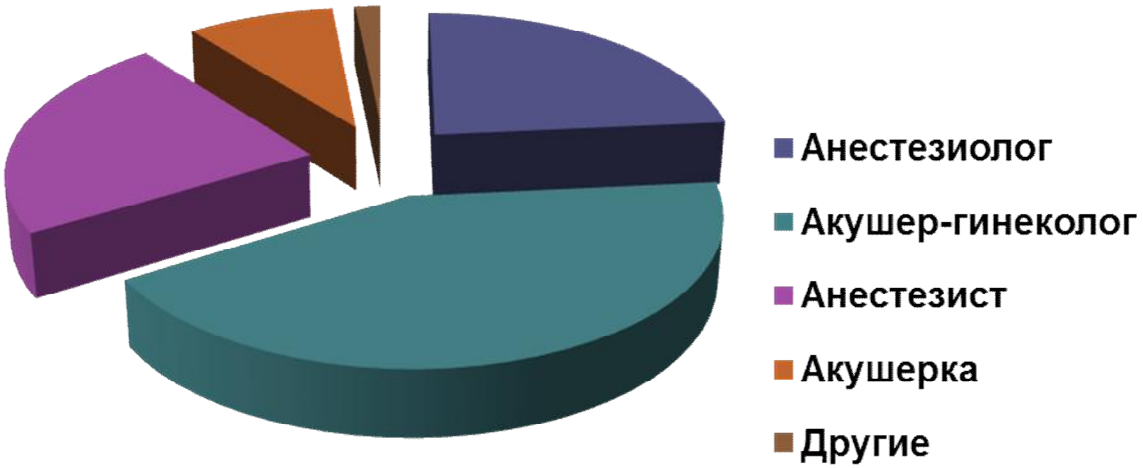
# ТЕОРИЯ и ПРАКТИКА

**Все тренинговые симуляционные модули основаны на клинических руководствах 2015 – 2016 гг.**

# СТАТИСТИКА

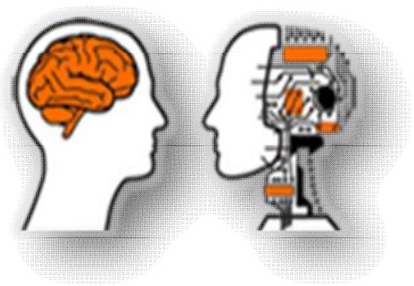
**Перечень профессий, чьи представители успешно прошли тренинги и их процентное соотношение**

**42,7%** акушеров-гинекологов
**23,5%** анестезиологов
**23,1%** акушерок
**9%** анестезистов
**1,6%** другие




## Кратность посещения центра

**82,8%** однократно **14%** двукратно **3,2%** трехкратно и более



**По завершению симуляционного тренинга (7 часов) выдается сертификат на 2 бала для учета их при аттестации на присвоение / подтверждение врачебной категории**

Департамент охорони здоров'я та курортів
Вінницької обласної державної адміністрації

СЕРТИФІКАТ

ЗАСВІДЧУЄ, ЩО

_____

*успішно пройшов/пройшла Тренінг на тему:*

*на базі симуляційного тренінгового центру «МедВінСім»*

«_____»_____ 20____ р. м. Вінниця

тривалістю _____навчальних год.

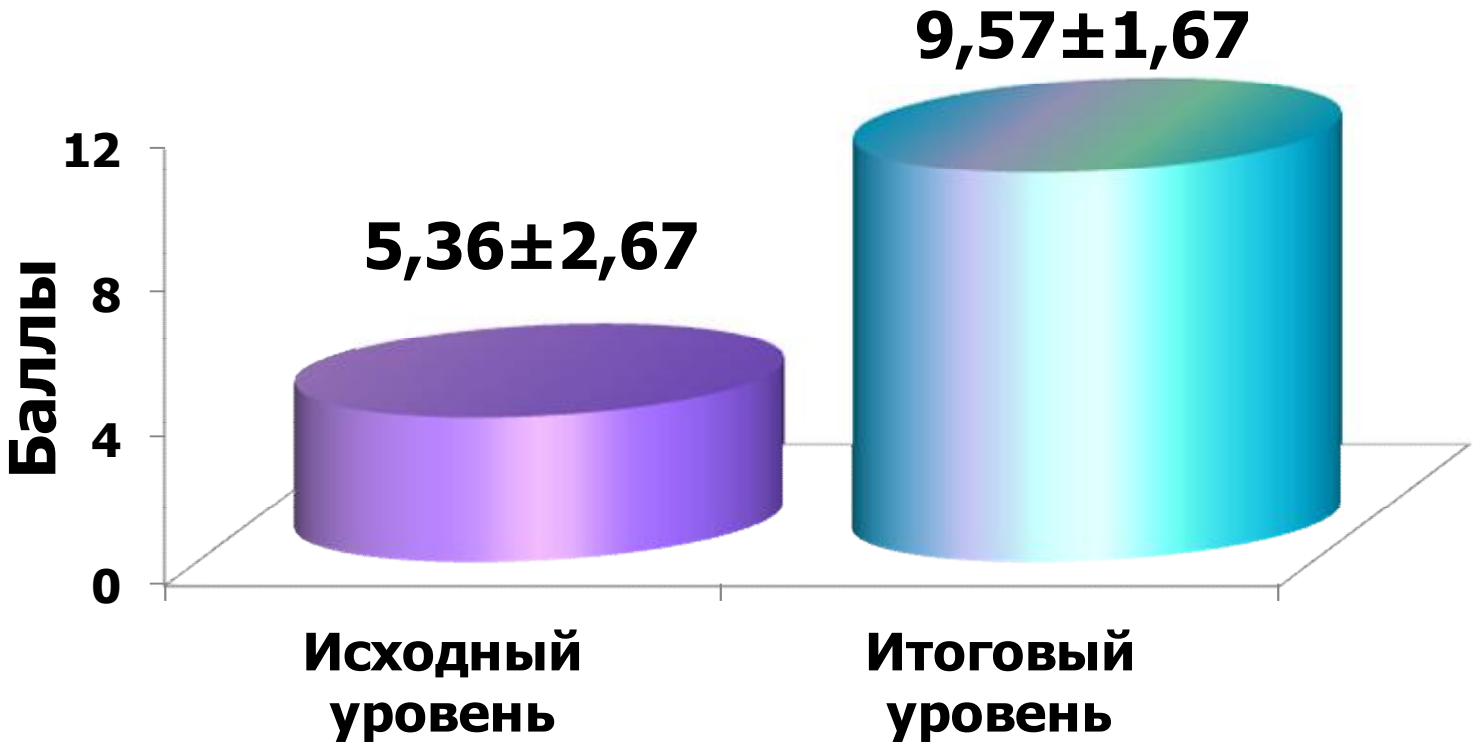
Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

*Симуляційний тренінговий центр створено за підтримки Швейцарської Конфедерації*

# ЧТО МЫ УЗНАЛИ НОВОГО?

## симуляционный тренинг способствует форсированному приобретению знаний

**на 78,5 %, p < 0,001**




**Средний балл тестирования по СЛР**

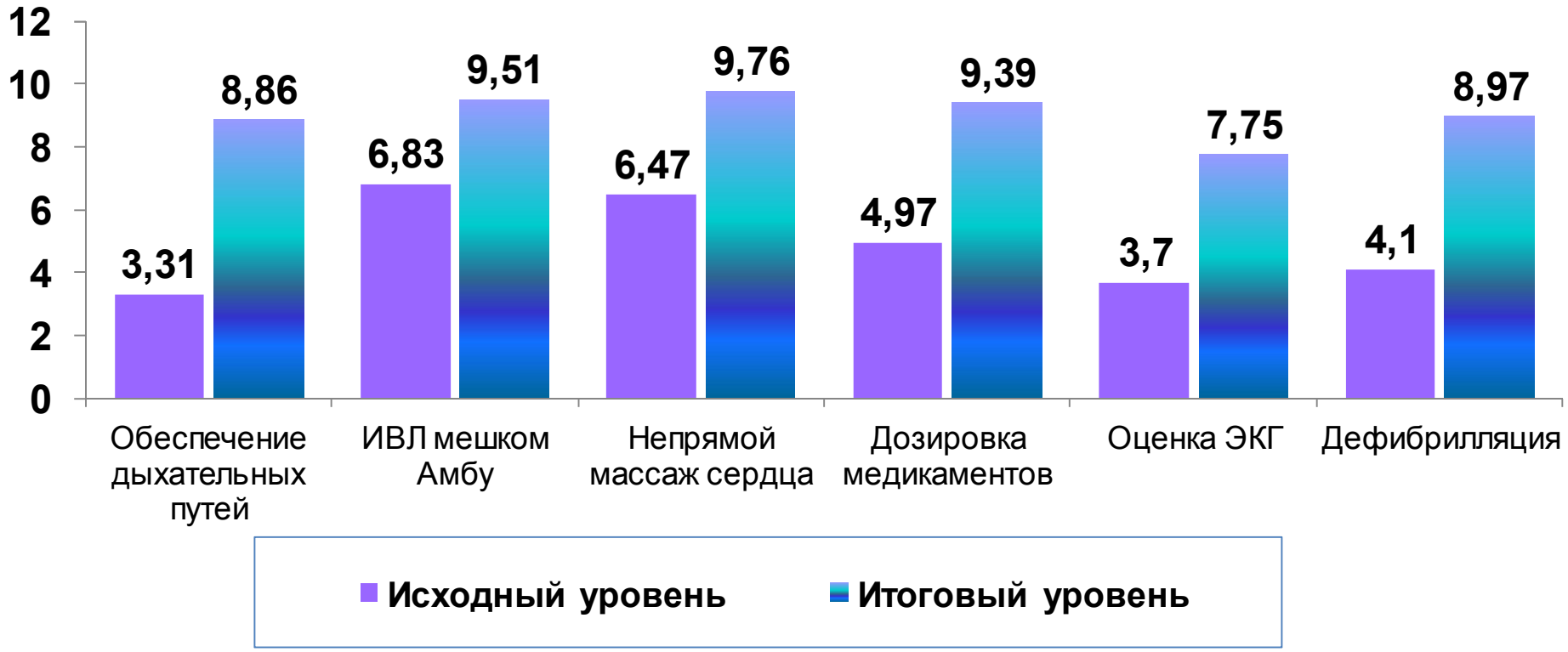
**(n = 126)**

# ЧТО МЫ УЗНАЛИ НОВОГО?

**симуляционный тренинг способствует форсированному приобретению и практических навыков**

## Самооценка практических навыков курсантами (n = 38)

***Каждый навык оценивался от 1 до 10 баллов***

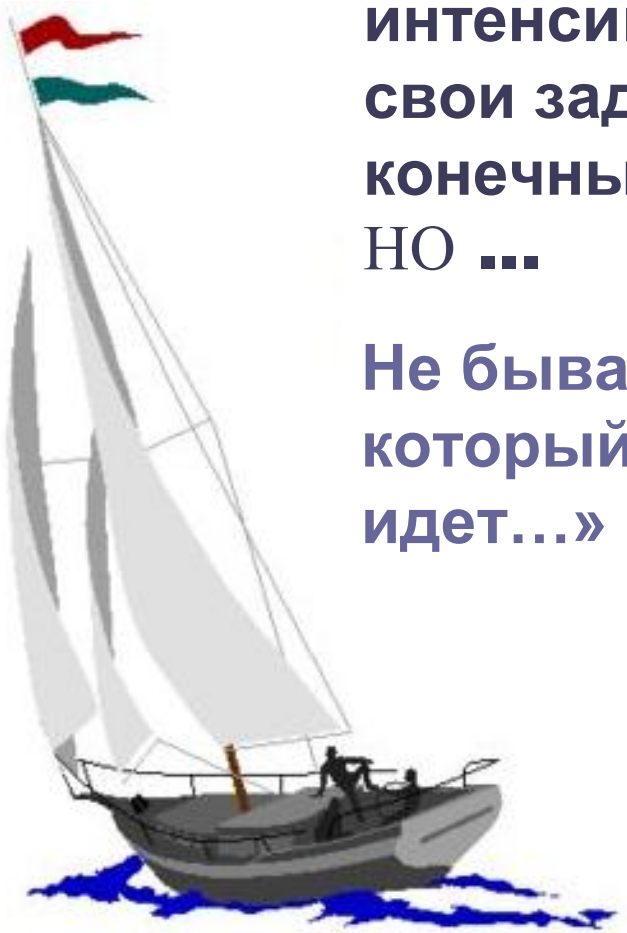


# ЧТО ДАЛЬШЕ?

## план мероприятий на 2017 г.

| | |
|---|---|
| 26.01.17 | «Акушерські кровотечі» |
| 2.02.17 | «Серцево-легенева реанімація» |
| 9.02.17 | «Емболії в акушерстві» |
| 16.02.17 | «Акушерські кровотечі» |
| 23.02.17 | «Сепсис, анафілаксія» |
| 2.03.17 | «Серцево-легенева реанімація» |
| 16.03.17 | «Емболії в акушерстві» |
| 23.03.17 | «Акушерські кровотечі» |
| 30.03.17 | «Сепсис, анафілаксія» |
| 6.04.17 | «Серцево-легенева реанімація» |
| 13.04.17 | «Емболії в акушерстві» |
| 20.04.17 | «Акушерські кровотечі» |
| 27.04.17 | «Сепсис, анафілаксія» |
| 4.05.17 | «Серцево-легенева реанімація» |
| 11.05.17 | «Емболії в акушерстві» |
| 18.05.17 | «Акушерські кровотечі» |
| 25.05.17 | «Сепсис, анафілаксія» |
| 1.06.17 | «Серцево-легенева реанімація» |
| 8.06.17 | «Емболії в акушерств» |
| 14.06.17 | «Акушерські кровотечі» |
| 22.06.17 | «Сепсис, анафілаксія» |
| 7.09.17 | «Серцево-легенева реанімація» |
| 14.09.17 | «Емболії в акушерстві» |
| 21.09.17 | «Акушерські кровотечі» |
| 28.09.17 | «Сепсис, анафілаксія» |
| 5.10.17 | «Серцево-легенева реанімація» |
| 12.10.17 | «Емболії в акушерстві» |
| 19.10.17 | «Акушерські кровотечі» |
| 26.10.17 | «Сепсис, анафілаксія» |
| 2.11.17 | «Серцево-легенева реанімація» |
| 9.11.17 | «Емболії в акушерстві» |
| 16.11.17 | «Акушерські кровотечі» |
| 23.11.17 | «Сепсис, анафілаксія» |
| 7.12.17 | «Серцево-легенева реанімація» |
| 14.12.17 | «Сепсис, анафілаксія» |
| 21.12.17 | «Акушерські кровотечі» |

# Резюме



**Служба акушерской анестезиологии и интенсивной терапии в целом выполнила свои задачи в соответствии с моделями конечных результатов.**

НО **...**

**Не бывает попутного ветра у корабля, который не знает, в какую гавань идет…»**

***Сенека***

# Таким образом, что необходимо для движения вперед?

- **Законодательная и протокольная базы, внедрение жестких стандартов действий медицинского персонала в случае развития критических состояний и осложнений – быстрый эфект**
- **Внедрение новых медицинских технологий в соответствии с действующими европейскими и мировыми практиками – быстрый эфект**
- **Полноценное медикаментозное и техническое обеспечение**
- **Широкое привлечение профильных высококвалифицированных специалистов в консультации и лечение беременных группы высокого риска развития материнской патологии**
- **Постоянная тренировка и поддержка персонала (симуляционные тренинги) – долгосрочный эфект**

# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

# ВОПРОСЫ?

andriykostyuchenko@gmail.com

тел. 097-584-79-82