

Проекты ЦИК и ЛУНЗ 2010–2012 г.:

путешествие по Шёлковому пути к более безопасному
и современному здравоохранению



Проекты ЛУНЗ – ЦИК в 2010–2012 г.



Президенты

Литовский университет наук здоровья (ЛУНЗ) – самое большое высшее учебное заведение биомедицинских наук страны.

ЛУНЗ состоит из двух Медицинской и Ветеринарной академий:

- Университет предлагает 22 программы обучения.
- В университете учатся 7031 студент, 377 из них – представители более 30 стран мира.

<http://www.lsmuni.lt>

«Первые группы специалистов из Казахстана в клиниках университета наук здоровья Литвы начали принимать в 2008 году. До этого в Казахстане уже работали коллеги-посланцы ВОЗ, UNICEF, UNFPA и других международных организаций. Отрадно, что наши совместные усилия начали выражаться улучшающимися показателями материнской и младенческой смертности.

В нашей истории много общих фактов, к сожалению, не всегда позитивных. В середине XX века самые образованные представители Литвы были сосланы в степи Казахстана. Часть из них погибла, другие выжили, работали, учились и воспитывали детей.

На этот раз всё по – другому, на этот раз мы приезжаем по своей воле. Приезжаем и принимаем у себя коллег, искренне стараясь поделиться своим опытом: как пройти нелёгкий процесс реформ, как поскорее «приручить» новые технологии, чтобы они служили нашим пациентам.

Во время встречи с Президентом Казахстана господином Нурсултаном Назарбаевым Президент Литвы госпожа Даля Грибаускайте сказала: «Мы можем стать надёжными и партнёрами». Думаю, что в области охраны здоровья матери и ребёнка, организации неотложной помощи – мы уже стали надёжными партнёрами, работа рука об руку, стараясь, чтобы наши пациенты могли радоваться дарами здоровья и жизни. В этом заключается самая прочная и долговечная политика».

*Проф. Рута Надишаускене,
заведующая клиникой Акушерства и гинекологии
Университета Наук Здоровья Литвы (ЛУНЗ)*

«С целью снижения смертности новорожденных и материнской смертности в республике Казахстан в 2010 году по инициативе южного Казахстана был начат объединённый проект, в котором участвовали Литовский университет наук здоровья, ЗАО «Центр исследования кризисов», ГУ «Управление здравоохранения Южно-Казахстанской области», КГУ «Управле-

ние здравоохранения г. Алматы» и ТОО «Учебно-клинический центр» Управления здравоохранения г. Астаны. После присоединения в 2011 году КГУ «Управление здравоохранения г. Алматы» проект получил ещё более значительное ускорение, определены дополнительные цели – снизить смертность детей и взрослых вследствие травм, улучшить качество работы СМП и сделать её более доступной.

Предусмотрены три основных стратегических направления данного проекта:

- провести стандартизированные в Европе и признанные в мире курсы практического обучения акушерской и неонатологической помощи, а также срочной медицинской помощи детям и взрослым,
- отработанные при обучении протоколы внедрить в ежедневную практику,
- внедрить систему мониторинга использования протоколов в ежедневной практике.

Вместе с коллегами из Казахстана работали инструкторы ЛУНЗ и ЦИК, которые являются профессиональными медиками, имеющими сертификаты, подтверждённые Американской Сердечной Ассоциацией (АНА), Европейским реанимационным советом (ERC), Американским хирургическим колледжем (ACS), Американской ассоциацией семейных врачей (АФРА). Во время проекта применялись современные технологии (компьютеризированные манекены, симуляционные ситуации) и признанные в большинстве стран мира алгоритмы, предназначенные для оптимального планирования лечения пациента в зависимости от характера заболевания. Внедрённая во время практических занятий методика позволяет медикам, работающим во всех отделениях лечебного учреждения (приёмном отделении, стационаре, операционной, реанимации) в любое время суток стандартизированно оказывать помощь пациенту. Во время проекта применялись основанные на доказательствах принципы медицинской практики, которые опираются на клинические данные, подтверждённые рекомендации и алгоритмы лечения, оценку состояния пациента и имеющиеся ресурсы, что даёт возможность координации действий всех специалистов для достижения основной цели – сохранить жизнь и здоровье пациента. При наличии общей цели и объективных критериев оценки работа отдельных специалистов становится командной, вследствие чего значительно более эффективной и требующей меньших ресурсов.

Успешное осуществление данного проекта даёт возможность развивать и улучшать следующие параметры в системе здравоохранения:

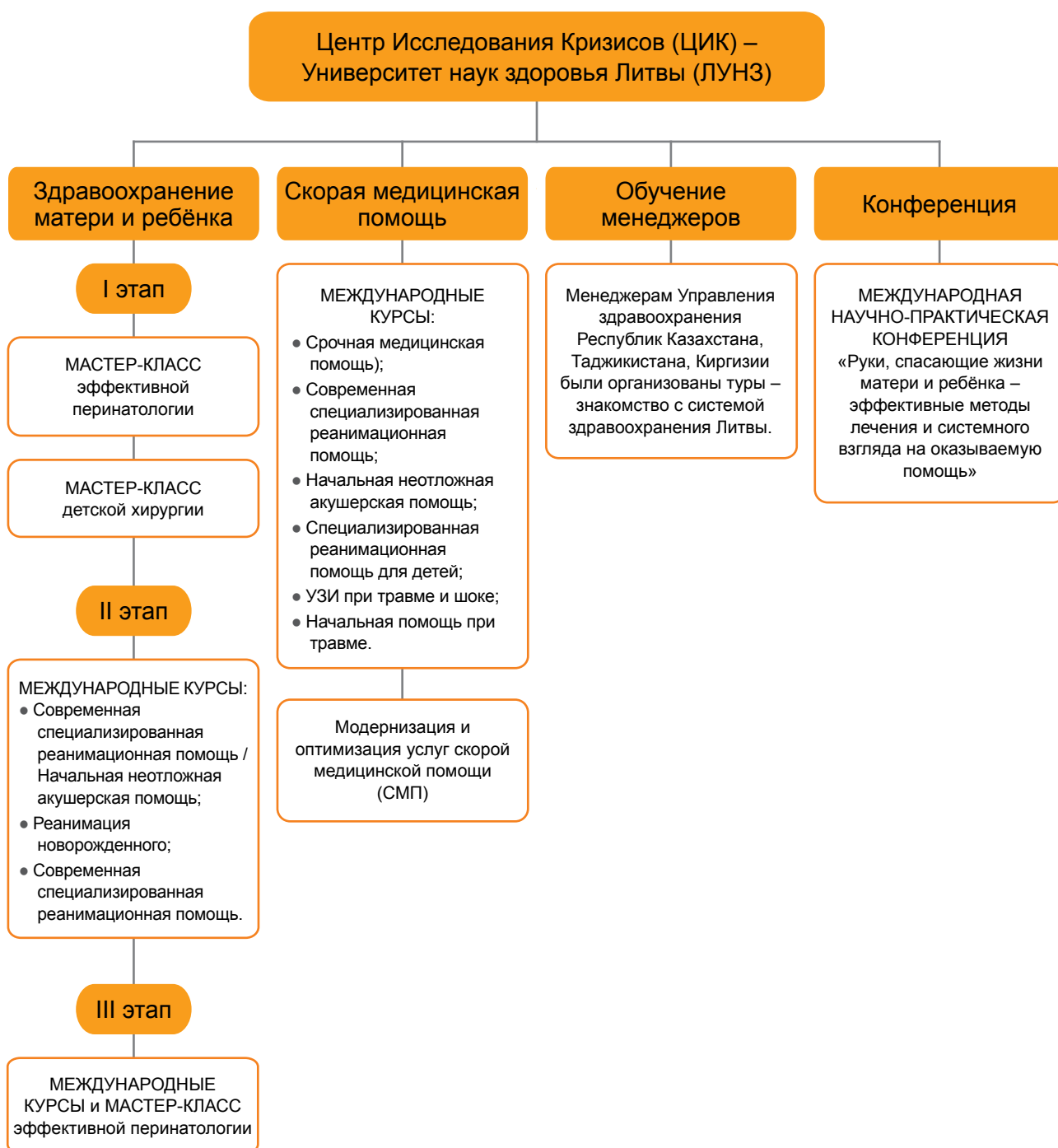
- интегрировать клинические процессы в здравоохранении;
- наблюдать и стандартизировать процессы в здравоохранении;
- мониторировать клинические и административные данные и процессы;
- упростить управление и администрирование процессов;
- обеспечить эффективную коммуникацию между специалистами здравоохранения;
- обеспечить последовательность и координацию исследования и лечения;
- улучшить эффективность системы здравоохранения;
- сравнить эффективность различных учреждений здравоохранения;
- обеспечить сотрудничество и обмен информацией между различными специалистами.

Надеемся на совместную работу в будущем, обучаясь друг у друга, стремясь к улучшению качества здравоохранения, а также к большей безопасности пациентов и медиков в Казахстане и Литве.»

П. Добожинскас
Директор проектов

Центр исследования кризисов (ЦИК) организует и проводит обучение в области неотложной медицинской помощи. В ЦИК проводятся самые популярные, признанные во всём мире курсы, а их участники получают знания и навыки, которые, работая в области срочной медицины, эффективно применяют в каждодневной практике. Исключительный признак курсов – особое внимание к практическим навыкам. Хорошо отработанные навыки, точные действия и манипуляции определяют успех медика в борьбе за жизнь пациента. <http://www.smp.lt>

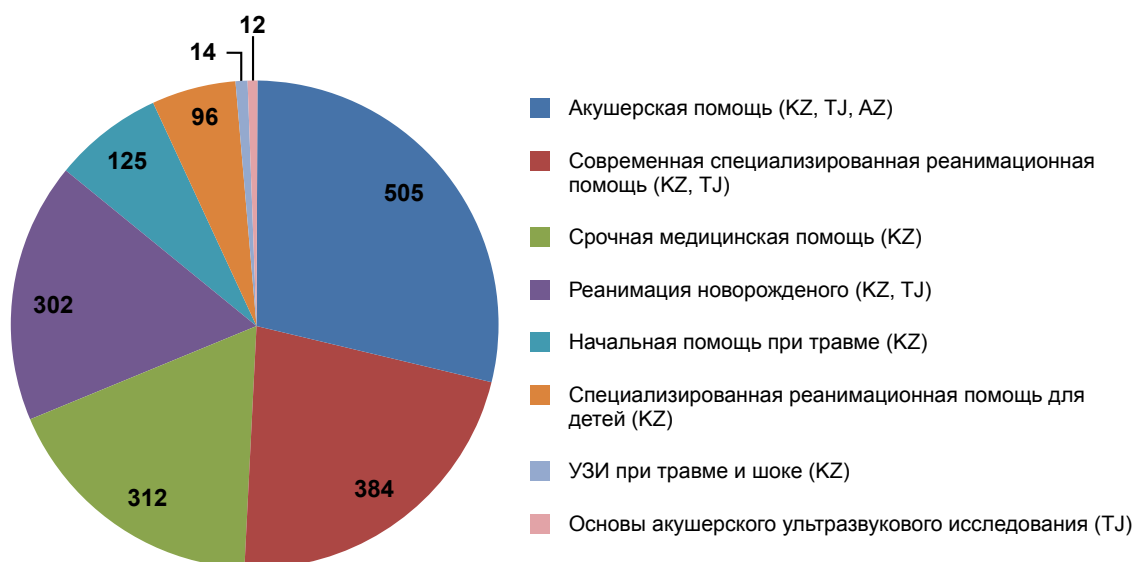
На последующих схемах показаны разные программы обучения и число обученных специалистов во время мастер-классов и специализированных курсов.



Число обученных специалистов МАСТЕР-КЛАСС 2010–2012 г.



Число обученных специалистов МЕЖДУНАРОДНЫЕ КУРСЫ 2011–2012 г.



Подготавливая это издание, мы хотели сами осознать масштаб проделанной за три года работы, поделиться накопленным опытом сотрудничества, оставить для истории страницы о дружбе, взаимопонимании, доверии, стремлении к улучшению здравоохранения в наших странах.

Проекты по улучшению здравоохранения материнства и детства



Президент Республики Казахстан Н. Назарбаев встречается с медиками, первый с права врач-неонатолог А. Пужас

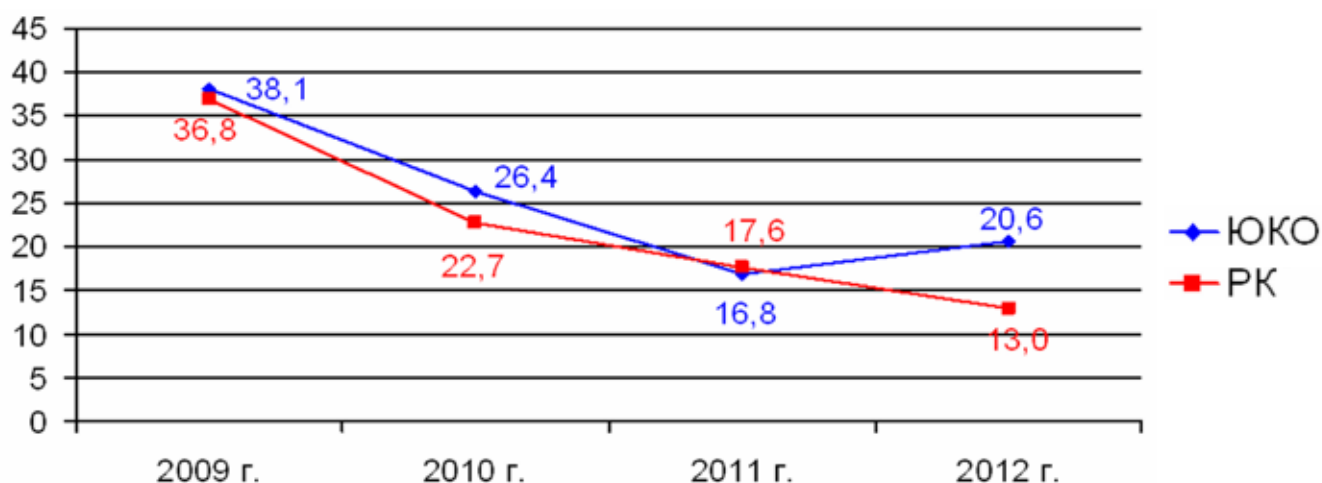
«Ценность материнства и детства безусловна на всех континентах. Только объединив интеллектуальные усилия элиты и личный опыт врачей, учёных, общественных деятелей, мы сможем значительно продвинуться к достижению Целей Развития Тысячелетия. Целей, гарантирующих здоровье будущих поколений и устойчивое развитие нашей цивилизации.»

Н. Назарбаев
Президент Республики Казахстан

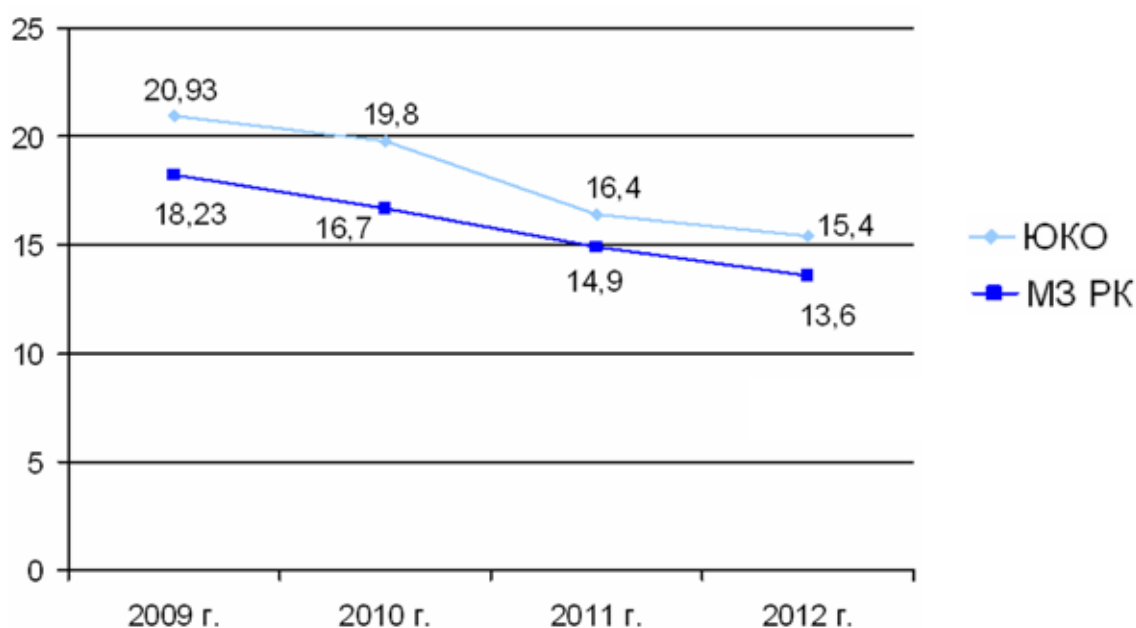
Целевые индикаторы в рамках Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы:

- снижение материнской смертности к 2013 году до 28,1, к 2015 году до 24,5 на 100 тыс. родившихся живыми. В соответствии с Целями развития тысячелетия, Казахстану предстоит достичь показателя материнской смертности **18,9** на 100 тыс. родившихся живыми (т. е. снизить показатель на $\frac{3}{4}$ по сравнению с 1990 г.) и добиться всеобщего доступа к службам и услугам репродуктивного здоровья;
- снижение младенческой смертности к 2013 году до **14,1**, к 2015 году до **12,3** на 1000 родившихся живыми.

Динамика материнской смертности



Динамика младенческой смертности



Проф. Измаилов Ж. К.

«Государственная политика в области материнства и детства призвана обеспечить полноценное физическое, интеллектуальное, духовное, нравственное и социальное развитие. Вместе с этим надо признать, что женщины и дети являются самой незащищённой частью населения, многие негативные явления порождены экономическими, социальными и законодательными причинами. <...> От качества работы системы здравоохранения здоровье матери и ребёнка зависит на 10 %. Остальное определяется социально-экономическим положением семьи, влиянием экологии, наследственности, образа жизни. Улучшение здоровья населения, <...> укрепление здоровья матери и ребёнка, улучшение демографической ситуации возможно только при эффективном межсекторном и межведомственном сотрудничестве.»

*Проф. Измаилов Ж. К.,
начальник управления здравоохранения Южно-Казахстанской области*

Начиная с 2008 г. на базе клиник Акушерства-гинекологии и Неонатологии Университета наук здоровья Литвы проведены курсы лекций, семинаров и практических занятий для нескольких групп акушеров-гинекологов и неонатологов Казахстана, которые при этом имели возможность познакомиться с организацией перинатальной службы Литвы и повседневной работой литовских коллег.

Свою работу в Южно-Казахстанской области, где рождается каждый четвёртый ребёнок Казахстана, начали от мастер-классов в 1 Областном Перинатальном центре (1ОПЦ). Оценивая пройденный путь – это время и этот метод работы мы можем называть **первым этапом** нашего сотрудничества. Во время первых мастер-классов было обращено внимание на то, что в акушерстве пока не всегда достаточно обращается внимание на оценку состояния плода, некоторые национальные протоколы, регламентирующие клиническую практику, не используются или используются не совсем правильно, некоторые национальные протоколы уже требуют системных коррекций, опираясь на факты доказательной медицины или рекомендации современной клинической практики.



Доц. В. Гинтаутас с коллегами из 1ОПЦ

«Быть первым, конечно, всегда трудней и ответственной. И хотя ещё до отъезда в г. Шымкент мы имели некоторые сведения об успешной работе в Казахстане литовских кардиохирургов, наши представления о будущей работе было довольно скудными. Так что в первую миссию мы отправлялись с некоторым волнением. Но нашим волнениям пришлось быстро рассеяться, так как сразу после прибытия мы почувствовали сердечное гостеприимство казахских коллег и большое желание поделиться опытом с нами. По правде говоря, вскоре мы почувствовали себя почти как дома.

В день прибытия была проведена встреча с руководством Управления здравоохранения Южно-Казахстанской области. Во время продолжительной беседы с начальником управления

проф. Ж. К. Исмаиловым, мы были поставлены в известность о главных проблемах по акушерству и неонатологии области, возникающих трудностях их преодоления, обсудили наши главные цели и методы работы.

А работать пришлось в самой горячей точке родовспоможения ЮКО, или даже всего Казахстана – в перинатальном центре № 1 города Шымкент, в который поступают беременные и роженицы из районных центров и сельской местности и в котором концентрируются больные с тяжелейшей патологией.

Каждый из членов нашей команды больше всего времени проводил непосредственно на своём рабочем участке: врач акушер-гинеколог и акушерка – в родильных палатах и отделении патологии беременности, иногда – в операционной; неонатолог и неонатальная сестра – в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, а по надобности – и в родильном отделении; анестезиолог-реаниматолог – в отделении реанимации, операционной, или в родильном отделении. Очень часто возникающие проблемы приходилось решать всем вместе, совместно с казахскими коллегами. Каждый день обсуждали разные клинические ситуации, а с руководителями ОПЦ обсуждения и обмен мнениями продолжались даже во время обеденного перерыва. Вернувшись после рабочего дня в гостиницу, мы часто не расходились по номерам, а продолжали делиться впечатлениями и обсуждать, как извлечь наибольшую пользу из нашего присутствия.

Работая бок о бок с казахскими коллегами, мы имели возможность увидеть с каким большим объёмом работы они способны справляться, какие тяжелейшие клинические проблемы они решают с ограниченными людскими и материально – техническими ресурсами. Низкий поклон их преданности своему делу.

Наша команда была так вовлечена в повседневную работу, что даже не заметили, как пролетел жаркий июль месяц в Южном Казахстане, и надо уже собираться домой. Время так быстро прошло конечно и из-за того, что мы чувствовали постоянную заботу о нас руководства Управления здравоохранения Южно-Казахстанской области, сотрудниками ОПЦ № 1 и даже медиками перинатального центра Туркестана – в свободное время и в выходные дни не приходилось нам скучать. Полюбили мы эту Страну, ее просторы и горы, и конечно – умеющих радоваться и гордиться своей отчизной дружелюбных людей. Ну и конечно казахских женщин, кокорые так терпеливы в родах.

Уверены, что из обмена опытом и совместной работы извлекли пользу обе стороны, как мы, так и наши казахские коллеги. Надеемся на дальнейшее сотрудничество.

Руководитель группы Владас Гинтаутас

*Доцент клиники Акушерства и гинекологии Университета наук здоровья Литвы,
Заведующий Акушерским отделением Больницы ЛУНЗ,
внештатный консультант Министерства Здравоохранения Литовской Республики*

Последующий – **второй этап** – обучение специалистов акушеров – гинекологов, неонатологов, акушерок, неонатальных сестёр, анестезиологов – реаниматологов и т. д. Цель курсов – научиться работать в команде, чётко распределяя обязанности, употребляя стандартизированные методики действий, приобретая практические навыки на манекенах и используя мнемоники для более лёгкого, особенно в экстренной ситуации, вспоминания поэтапных действий.



Занятия курса по специализированной реанимационной помощи



Занятия курса по специализированной акушерской помощи



Занятия курса по реанимации новорожденного

Третий этап – это совмещение методик первого и второго этапов. После оценки результатов предыдущих обучений, клинических мастер-классов, было решено – обучение начинать от стандартных курсов с последующим мастер-классом. Такой метод работы помог более эффективно внедрить в клиническую практику то, чему специалисты учатся во время специализированных курсов – командному методу работы, использованию удобных для клинической практики контрольных листов и т. д.

Очень важной составной частью мастер-классов стали имитации экстренных клинических случаев на месте работы. Имитации помогли руководителям и персоналу учреждений увидеть систематические недостатки организационного и клинического плана.

Они дали возможность в спокойной обстановке обсуждать и принимать необходимые решения для более качественной, более безопасной для пациентов и персонала работы всей команды. По такому плану мы начали работать в Алматы в 2012 г., в Таразе и в Душанбе.



Главный врач 1ОПЦ Шымкента М. Кокенова и директор проектов П. Добожинскас оценивает имитацию случая послеродового кровотечения

Необходимо отметить, что совместная работа с коллегами дала и нам уникальную возможность критически оценить преимущества и недостатки организации работы в нашем учреждении и в стране в целом.

Первый мастер-класс по циклам «Эффективные перинатальные технологии: внедрение эффективной акушерской, современной акушерской анестезиологической и реанимационной помощи, эффективной помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и программы по неонатальному уходу» был проведен по заказу Управления здравоохранения Южно-Казахстанской области (ЮКО) с 03 июля по 03 августа 2010 года в Областном перинатальном центре № 1 (1ОПЦ) города Шымкента.

Первая группа консультантов состояла из 5 опытных, руководящих соответствующими службами медиков Каунасского перинатального центра, функционирующего на базе многопрофильной Больницы ЛУНЗ Каунасской больницы Университета.: доц. В. Гинтаутас (акушер – гинеколог, руководитель группы), А. Пужас (неонатолог), доц. К. Римайтис (анестезиолог – реаниматолог), В. Станкявичюте (акушерка), Н. Скоробогатова (неонатальная сестра). В обучении участвовали слушатели из родовспомогательных учреждений Шымкента и Туркестана.



После занятий

Айгерим, 28 лет.

По профессии – учительница, муж – сотрудник таможни, в семье имеют трёх дочек, 7, 6 и 4 лет. Поступила в перинатальный центр со схватками. Через 3 часа она родила девочку весом 3420,0 граммов. Сразу после рождения ребенка началось кровотечение. Несмотря на проводимые мероприятия по остановке кровотечения: катетеризации мочевого пузыря, массажа матки, катетеризации 2 периферических вен, физ. раствор 0,9 %-1000,0 мл в/венно струйно, окситоцина 10 ЕД одномоментно в/венно и инфузии окситоцина 20 ЕД в/венно струйно, мизопростол 1000 мг в прямую кишку, кровотечение продолжалось. В связи с отсутствием эффекта решено перейти на оперативный метод остановки кровотечения. Во время лапаротомии наложены гемостатические швы на матку, после чего кровотечение остановлено.

На 7 сутки Айгерим вместе с дочкой выписалась домой. Муж Айдос и Айгерим были чрезвычайно рады и благодарны врачам, что имеют возможность в будущем родить сына!

Второй мастер-класс по циклу проведён с 28 августа по 28 сентября 2010 г. в 1ОПЦ г. Шымкента.

Вторая группа экспертов: О. Блаузджюнене (акушер-гинеколог, руководитель группы), Р. Ясинаускас (неонатолог), Л. Й. Велекене (анестезиолог-реаниматолог), А. Дагелене (акушерка), Я. Старик (неонатальная сестра).



Вторая группа экспертов с главным врачом 1ОПЦ Задиной Ф. Ж.

«В 2010–2012 году, работая в Казахстане (в Алматы и в Шымкенте), а также в Таджикистане (в Душанбе) нам посчастливилось встретить очень много людей, которые жаждали новых знаний в неонатологии. Не смотря на то, что у них в больницах очень не хватает медицинской аппаратуры, медикаментов, одноразовых средств для ухода за больными, медицинского персонала, достигнутые результаты заставляют нас ими восхищаться. Поэтому наша цель – помочь им достигнуть как можно лучших результатов.

Когда прибыли в намеченные больницы, изначально ознакомились с организацией работы в отделениях реанимации и интенсивной терапии, какие используются методики диагностики и лечения, какие возможности лабораторной службы. Удивили хорошие теоретические знания местных врачей, но в практике им их применять удавалось тяжело. Учитывая такую ситуацию, мы старались передать им наши на практике проверенные методики, протоколы диагностики и лечения. Прочитанные лекции по асфиксии новорожденных, синдроме дыхательных расстройств, мекониевой аспирации, ранний и поздний сепсис новорожденных должны улучшить их теоретические знания, а проведённые практические семинары – помочь лучше применять полученные знания в практике.

Кроме теоретических и практических занятий было проконсультировано много тяжёлых больных, которые, надеемся, благополучно выздоровели.

Старались помочь изменить организацию перераспределения потоков больных так, чтобы больной очутился в нужное время в нужном месте, тем самым не перегружая того или другого отделения, так как в перегруженном отделении автоматически начинает не хватать



Врач неонатолог Р. Ясинаускас с коллегами

мед. персонала (а его и так не хватает), персонал не успевает вовремя исполнить намеченные назначения, их исполняют неточно, не успевают придерживаться правил асептики, из-за чего увеличивается риск возникновения госпитальной инфекции. Таким образом результаты ухудшаются, а наша общая цель – чтобы результаты улучшались.»

Р. Ясинаускас
Врач неонатолог

Третий мастер-класс по циклу проведён с 07 ноября по 22 ноября 2011 г. в 1ОПЦ г. Шымкента.

Группа экспертов: доц. В. Гинтаутас (акушер-гинеколог, руководитель группы), А. Пу- жас (неонатолог), доц. К. Римайтис (анестезиолог-реаниматолог), А. Дагелене (акушерка), Н. Скоробогатова (неонатальная сестра).

«В 2010 – 2012 году я работал кон- сультантом в Казахстане в перинатальных центрах и в детских больницах. Мы ра- ботали в команде с местными врачами- неонатологами, обсуждали больных новорожденных, старались решать ор- ганизационные и лечебные проблемы. Местные врачи делают большую и труд- ную работу, так как в каждом стационаре рождаются очень много новорожденных. Врачи неонатологи в Казахстане стал- киваются с проблемами кадров и снаб- жения аппаратурой. Мы акцентировали командную работу вместе с акушерами- гинекологами, анестезиологами и мед. сёстрами. Работая вместе мы обмени- вались опытом с нашими коллегами в Казахстане.»

А. Пужас
Врач-неонатолог



Неонатологи

Четвёртый Мастер-класс по циклу «Стандарты оказания реанимационной и ин- тенсивной помощи в акушерстве и неонатологии» с 5 марта по 10 марта 2012 г. в 1ОПЦ г. Шымкента.

Группа экспертов: доц. К. Римайтис (анестезиолог-реаниматолог, руководитель группы), Т. Биржетис (акушер-гинеколог), Р. Ясинаускас (неонатолог), А. Дагелене (акушерка), Ю. Ста- рик (неонатальная медсестра).

«Экспертиза и анализ качества оказания стационарной помощи матерям и новорожденным»

13–17 февраля мероприятие проведено в ЗОПЦ города Туркестан,
а 15–17 февраля 2012 г. в 1ОПЦ города Шымкент.

Экспертизу провели: Г. Шюпшинскас (акушер-гинеколог),
А. Мачюлявичюс (неонатолог), И. Пошкене (акушерка).

«Оценка показала, что качество акушерской и неонатальной помощи значительно улучшилось, что является результатом существенных финансовых вложений со стороны государства и областного руководства, а также сотрудничества в рамках программы ЮКО-Каунас.

Наиболее продвинулись следующие компоненты: доступ к квалифицированной помощи, ургентная помощь женщинам, кесарево сечение, руководства / протоколы и инфраструктура учреждений.

В то же время, интенсивная терапия в неонатологии и инфекционный контроль требует существенного и безотлагательного улучшения в приведении их в соответствие с международными стандартами.

Так же дальнейшее улучшение необходимо в помощи при нормальных родах, в ведении осложнений у женщин, в рутинном уходе за здоровым и больным новорожденным, а также в мониторинге пациента.

Оценка показала, что целевое обучение профессионалов клиницистами даёт несомненный и быстрый результат, уровень которого, в свою очередь, зависит от системных изменений в принципах управления и финансирования».

Г. Шюпшинскас д.м.н.
руководитель группы экспертов



Палата в 1ОПЦ г. Шымкента подготовлена к родам



После родов

В Астане в 1 и 2 Перинатальных центрах и Родильном доме по программе мастер-класса команда специалистов работала два раза в 2012 г.

Группа экспертов: доц. К. Римайтис (анестезиолог-реаниматолог, руководитель группы), М. Яржемскене (акушер-гинеколог), А. Пужас (неонатолог), А. Дагелене (акушерка), Н. Скоробогатова и Ю. Старик (неонатальные сестры).

Первый мастер-класс по циклу «Современная хирургическая, анестезиологическая помощь и послеоперационный уход за новорожденным с врождёнными пороками развития»

проведён с 09 марта по 15 марта 2011 г. в Областной детской больнице города Шымкента.

Работала команда специалистов Др. Д. Малцюс (детский хирург, руководитель группы), Л. Лукошене (анестезиолог-реаниматолог), А. Пужас (неонатолог), Н. Скоробогатова (неонатальная сестра). Обучалось 30 слушателей. В это время была открыта Областная детская больница и 4 Перинатальный центр г. Шымкента. Оба объекта открыл Президент Республики Казахстан Н. Назарбаев.

Каунасские коллеги консультировали и оперировали больных. В то время был организован телемост с Каунасом, больных консультировал детский хирург Проф.В. Бараускас.

Второй **мастер-класс** по вышеупомянутому циклу проведён с **17 ноября по 22 ноября 2011 г.** в **Областной детской больнице города Шымкента.**

В команде работали проф. В. Бараускас (детский хирург, руководитель группы), А. Килда (детский хирург), Л. Лукошене (анестезиолог-реаниматолог), Р. Ясинаускас (неонатолог), Ю. Старик (неонатальная сестра).

Целями как первого, так и второго мастер-класса было:

- внедрение метода командной работы, решая сложнейшие вопросы детской и неонатологической хирургии,
- внедрение новых операций, ознакомление с новейшими технологиями детской хирургии,
- внедрение современных методов детской анестезиологии,
- внедрение современных эффективных методов предоперационной подготовки и послеоперационного ухода за новорожденными.

Во время этого визита были оперированы 5 новорожденных с врождёнными аномалиями (проф. В. Бараускас), произведено более 10 лапароскопических и торакоскопических операций (доц. А. Килда), консультировано десятки других пациентов. Впервые в истории Казахстана сделана торакоскопическая операция по модификации NUSS ребенку с воронкообразной грудной клеткой (проф.В.Бараускас).



Д.м.н. Д. Малцюс во время операции



Доц. А. Килда и пациентка



Проф. В. Бараускас и врач анестезиолог-реаниматолог Л. Лукошене во время операции



Проф. В.Бараускас работает с коллегами



Во время операции



Врач анестезиолог-реаниматолог Л. Лукошене

В ноябре 2012 г. Проф. В.Бараускас читал лекцию «Организация хирургии новорожденных» во время телеконференции с Шымкентом.

Курс «Современная специализированная акушерская помощь»

предназначен для врачей акушеров-гинекологов и акушеров, ответственных за неотложную акушерскую помощь в акушерских стационарах.

Курс проводился в Азербайджане (Баку), Казахстане (Шымкенте, Алматы, Таразе) и Таджикистане (Душанбе).

Продолжительность курса – два дня.

С 5 сентября по 10 сентября 2011 г. Областной перинатальный центр № 4 (4ОПЦ) г. Шымкента стал «полигоном» обучения по циклу курсов «Современные специализированные курсы интенсивной и реанимационной помощи». Всего обучено 250 слушателей в курсах «Современной специализированной акушерской помощи», «Реанимации новорожденных» и «Современная специализированная реанимационная помощь».

Повторно такой же цикл обучения в 4ОПЦ был организован с **9 ноября по 22 ноября 2011 г.** Обученно 450 специалистов.



Организаторы П. Дობожинскас, М. Кокенова, И. Глазбная, Р. Надишаускене, Л. Укибаева



Директор программ П. Добожинскас с начальником управления Здравоохранения ЮКО проф. Исмаиловым Ж. К.



Главный врач 4ОПЦ. Укибаева Л. Е.



Д.м.н. Т. Биржетис во время занятия

Цель курса

Научить акушеров и врачей акушеров-гинекологов командной специализированной неотложной акушерской помощи, представляя теоретические знания, практические навыки на манекенах и как употреблять мнемоники (позапное выполнение действий).

Задачи курса

1. Выучить принципы безопасного материнства и как организовать единую систему специализированной неотложной акушерской помощи в акушерском стационаре, работая в команде.
2. Выучить стандартизированно диагностировать и лечить неотложные патологические акушерские состояния (гипертензивные состояния, дисточия родов, преждевременные роды, кровотечение во время беременности и др.), опираясь на доказательную медицину.

3. Выучить необходимые навыки неотложной акушерской помощи (вакуумэкстракция плода, применение щипцов, действия при дистоции плечиков плода, ручная помощь рожая в тазовом предлежании, помощь при выпадении пуповины, командный подход при послеродовом кровотечении, реанимация беременной и др.).
4. Выучить стандартизированно следить и оценивать состояние плода во время родов и своевременно принимать правильные решения.
5. Оценить теоретические знания и практические навыки курсантов после курса.

Методика работы

Программа обучения состоит из короткой теоретической части и практической части. Во время курса самое большое внимание обращается на формирование практических навыков и командную работу, работая с манекенами, решая клинические ситуации.

Инструкторы-тренеры

Доц. д.м.н. М. Ключинскас (директор курса), Э. Махтеявене, д.м.н. Т. Биржетис, д.м.н. И. Моцкute, Р. Балтрушайтене, ак. Д. Качкаускене, ак. Б. Пятрошене, ак. А. Дагялене.



Акушерка Д. Качкаускене объясняет принципы оценки КТГ

Курс «Начальная неотложная акушерская помощь»

предназначен для акушеров, акушеров-гинекологов амбулаторной помощи и медиков (парамедиков, фельдшеров, врачей) скорой неотложной помощи.

Курс представлен в Казахстане (Шымкенте).

Продолжительность курса – два дня.

Цель курса

Научить акушеров, врачей акушеров-гинекологов амбулаторной помощи и медиков скорой помощи начальной неотложной акушерской помощи, представляя теоретические знания, практические навыки на манекенах и как употреблять мнемоники (позаэтапное выполнение действий), работая в команде.

Задачи курса

1. Выучить принципы безопасного материнства и как организовать догоспитальную начальную неотложную акушерскую помощь, работая в команде, принципы своевременной транспортировки.
2. Выучить стандартизированно диагностировать и начать лечение неотложных патологических акушерских состояний (гипертензивные состояния, преждевременные роды, кровотечение во время беременности и др.), опираясь на доказательную медицину.
3. Выучить начальные необходимые навыки неотложной акушерской помощи (уход во время беременности, помощь принимая роды, действия при дистоции плечиков плода, ручная помощь рожая в тазовом предлежании, помощь при выпадении пуповины, начальная помощь при послеродовом кровотечении, реанимации беременной и др.).
4. Выучить стандартизированно оценивать состояние плода во время родов и реанимировать новорожденного.
5. Оценить теоретические знания и практические навыки курсантов после курса.

Методика работы

Программа обучения состоит из короткой теоретической части и практической части. Во время курса самое большое внимание обращается на формирование практических навыков и командную работу, работая с манекенами, решая клинические ситуации.

Инструкторы-тренеры

Доц. д.м.н. М. Ключинскас (директор курса), Э. Махтеявене, д.м.н. Т. Биржетис, д.м.н. И. Моцкute, Р. Балтрушайтене, ак. Д. Качкаускене, ак. Б. Пятрошене, ак. А. Дагялене.

С начала 2012 г., по заказу Управления Здравоохранения г. Алматы, благодаря организаторскому таланту, стратегическому мышлению начальника этой службы проф. Р. Куанышбековой началась большая программа по обучению специалистов здравоохранения матери и ребёнка, а также специалистов скорой помощи, началась системная реорганизация работы станции скорой помощи.

В «Центре перинатологии и детской кардиохирургии», города Алматы обучение по циклам «Современная специализированная реанимационная помощь», «Современная специализированная акушерская помощь», «Реанимация новорожденного» с последующими мастер-классами было организовано с 26 февраля по 4 марта и 11–23 сентября 2012 г.

В области перинатологии, был начат как бы **третий этап** передачи опыта командной работы, используя современные методы обучения, систематически внедряя теоретические знания в клиническую практику. На этом этапе были интегрированы стандартные курсы обучения по современной специализированной акушерской и реанимационной помощи, реанимации новорожденных и последующий мастер-класс с внедрением клинических протоколов и контрольных листов по неотложной акушерской помощи в Перинатальных центрах (в Центре перинатологии и детской кардиохирургии и Областном перинатальном центре г. Алматы, в Перинатальном центре г. Тараза а позже и в Институте Акушерства, перинатологии и гинекологии Таджикистана)



Проф. Куанышбекова Р. Т.

«Специализированные курсы с последующим мастер-классом» – третий этап сотрудничества

Цель:

Помочь внедрить и/или адаптировать приобретённые во время обучения необходимые теоретические знания, практические навыки и принципы оптимальной организации работы (на основе мнемоники) при оказании неотложной специализированной акушерской помощи в стационаре, подчёркивая преимущества командной работы акушерского, неонатологического и анестезиологического звеньев.

Задачи:

1. Перед началом мастер-класса провести двухдневный курс **«Современная специализированная акушерская помощь»** для врачей акушеров-гинекологов и акушеров, ответственных за неотложную акушерскую помощь в стационарах;
2. Оценить объём и возможности оказываемой акушерской помощи, потенциал персонала и медицинского оборудования в лечебном учреждении, в котором будет проходить практическая работа;
3. Выполнить первую совместную симуляцию (включая акушерское, неонатологическое и анестезиологическое звено), охватывающую наиболее часто встречающиеся патологические состояния во время беременности, родов и в послеродовом периоде (оценка риска, острое ухудшение состояния плода, возможности инструментальной помощи при родоразрешении, помощь в случае дисточии плечиков, оказание помощи и командная работа в случае послеродового кровотечения). С помощью этого задания стремимся выяснить и оценить области оказания помощи, которые необходимо

усиливать, и какие протоколы нужно помочь внедрить в течение запланированного времени в конкретном лечебном учреждении:

- Внедрение принципов командной работы (демонстрируя преимущества сотрудничества акушерского, неонатологического и анестезиологического звеньев);
 - Оценка состояния плода во время родов (прочтение кардиотокограммы и её оценка при помощи мнемоники *DR C BRAVADO*). Внедрение контрольного листа;
 - Помощь в случае дистонии плечиков (при помощи мнемоники *HELPERR*). Внедрение контрольного листа;
 - Инструментальная помощь в случае срочного родоразрешения (вакуумэкстракция, наложение акушерских щипцов). Внедрение контрольного листа;
 - Принципы оказания помощи в случае послеродового кровотечения и их внедрение. Внедрение контрольного листа;
 - Внедрение критериев диагностики, плана исследования и принципов лечения гипертензивных состояний;
 - Рекомендации по вопросам организации работы, перераспределения средств с целью наиболее оптимального использования имеющихся человеческих и материальных ресурсов.
4. Работать в конкретном лечебном учреждении практически, помогая решать клинические ситуации, демонстрируя и обучая навыкам во время практической работы и семинаров. Стремиться реализовать пункты, указанные в третьем задании.
 5. Выполнить вторую симуляцию (аналогичную первой). С помощью этого задания стремимся показать изменения в работе и выявить области оказания помощи, которые необходимо усиливать самостоятельно, постоянно выполняя аудит.
 6. Представить письменный отчёт (ситуация по прибытии, выполненные работы, изменения во время работы и рекомендации на будущее, в соответствии с важностью и срочностью – организаторам регионального здравоохранения, руководителям лечебного учреждения и заведующим отделений, медикам-специалистам).

Требования с целью успешной реализации данной модели

1. Параллельно в соответствующих курсах должны участвовать представители неонатологической и анестезиологической команды того же лечебного учреждения:
 - Реанимация новорожденного медсёстрам и врачам-неонатологам;
 - Современная специализированная реанимационная помощь медсёстрам и анестезиологам-реаниматологам;
2. Участниками мастер-класса на рабочем месте должны быть только окончившие курсы специалисты, которые хотят и стремятся к изменениям в клинической работе, а также в организации стационарной помощи. Не прошедшие курсов специалисты могут быть только свободными слушателями, которым не выдаются сертификаты;
3. В лечебном учреждении, в котором реализуется модель мастер-класса, должно быть хотя бы минимальное количество медицинского оборудования и медикаментов, необходимых для реализации поставленных задач (вакуумэкстрактор, кардиотокограф, инфузомат, функциональная кровать для родов);
4. Было бы идеально, чтобы при реализации данной модели в конкретном лечебном учреждении участвовали специалисты только из этого лечебного учреждения. Продолжительность модели – 6–10 дней;

5. В конце каждого рабочего дня происходит обсуждение проделанной работы, формулируя задачи на следующий день.

В Казахстане (в Алматы и Таразе) и в Таджикистане (Душанбе) уже имеем опыт реализации данной или очень близкой к ней модели.



Обсуждение протокола послеродового кровотечения

*Беременная **Камшат**, 26 лет, домохозяйка, регулярно наблюдалась в женской консультации, беременность протекала без осложнений, однако в последние 2 недели перед родами отмечала появление отёков и периодическое повышение давления. Поступила в родильный дом со схватками, была госпитализирована в родильное отделение. В родах отмечалось повышение артериального давления, поэтому была сделана эпидуральная анестезия. Учитывая, что у Камшат предполагалось рождение крупного ребенка, она была отнесена к средней группе риска по развитию кровотечения и медицинский персонал родильного дома был готов к борьбе с ним. Родилась здоровая девочка с крупной массой (4200 гр). После родов началось кровотечение. Была собрана команда по борьбе с кровотечением, начаты мероприятия по его остановке, в состав команды вошли и специалисты из больницы Университета наук здоровья Литвы: акушер гинеколог Миндаугас Ключинскас, акушерка Аудра Дагелене, анестезиолог Сергей Истигечев, которые в то время находились в родильном доме по обмену опытом. Меры по остановке кровотечения, предпринятые командой были безуспешны и кровотечение приняло массивный характер, в связи с чем, было сделано переливание крови. Командой было принято решение об оперативном методе остановки кровотечения. Операция прошла успешно, кровотечение остановлено, общая кровопотеря составила 2880 мл.*

Благодаря слаженной работе команды, удалось не только спасти жизнь женщины, но и сохранить возможность иметь детей в будущем.

В Перинатальном центре г. Тараза с 15 ноября по 27 ноября 2012 г. после специализированных циклов мастер-класс проводила команда специалистов: М. Яржемскене (акушер – гинеколог, руководитель группы), С. Истигечев (анестезиолог – реаниматолог), А. Пужас (неонатолог), Д. Качкаускене (акушерка), Ю. Старик (неонатальная сестра).

«Во время визита и работы мастер-класс в Казахстане мы старались дать советы по организации акушерской помощи, рекомендации как распределить имеющуюся мед. аппаратуру, а также – что необходимо приобрести для оказания современной помощи роженицам и новорожденным.

Мне очень понравилась хорошая дружеская атмосфера в коллективах, хороший микроклимат. Несмотря на некоторые недостатки оборудования, персонал акушерских отделений оказывает большое внимание и заботу роженицам, старается создать условия, чтобы во время родов могли участвовать и родственники роженицы.

Одной из главных нашей целью было внедрить принципы командной работы между акушерской, неонатологической и анестезиологической службами. Также – повысить роль акушерки в родзале. Надо отметить, что персонал в роддомах работает очень много и трудно из-за большого количества родов (~ 6000 за год) и недостатка мед. персонала. Очень важно пересмотреть штатную структуру в родзалах.

Несмотря на большие нагрузки, мед. персонал (и врачи, и акушерки) стремится к знаниям и к укреплению навыков. Очевидны хорошие перемены в тех роддомах, где работает персонал побывавший на стажировке у нас. Радует и то, что вернувшись из Литвы, они передают полученные знания в своих коллективах, проводят обучение по экстренным акушерским ситуациям.

Хочу верить, что наше сотрудничество с казахскими медиками даст пользу по оказанию современной помощи роженицам. Во время прибытия и нашей работы мы чувствовали дружеское отношение казахских медиков. Нам казалось, что им нужны наши рекомендации и советы. Особенно это чувствовали в г. Таразе.»



Счастливые после родов

М. Яржемскене
Врач акушер-гинеколог



Коллеги

Беременная **Раушан, 27 лет**, работает на заводе инженером.

Беременность у нее первая, желанная, поэтому всю беременность переживала и очень боялась процесса родов. Посещала женскую консультацию, ходила на занятия по подготовке к родам. Поступила в родильный дом со схватками.

Роды протекали без осложнений, родился здоровый мальчик с массой 3100 г. Раушан после родов и малыш чувствовали себя хорошо, но через 2 часа после родов началось кровотечение. Была собрана команда, которая начала оказывать медицинскую помощь по его остановке.

На фоне продолжающегося кровотечения у Раушан отмечалось падение давления, учащение пульса, поэтому произвели переливание крови. После всех мероприятий кровотечение было остановлено. Объем кровопотери составил 1600 мл.

Благодаря адекватной оценке ситуации и принятия своевременных и правильных решений, слаженных и четких действий команды, несмотря на массивный объем кровопотери, кровотечение удалось остановить без оперативного вмешательства.

Имитация послеродового кровотечения в Центре перинатологии и детской кардиохирургии г. Алматы



Повторный осмотр
последа после
родов на предмет
целостности



Метод временной
остановки
кровотечения –
наружная
компрессия аорты





Осмотр родовых путей



Повторная оценка тонуса матки



Согревание женщины





*Назначение
мизопростола*



*Оценка
кровопотери
путем измерения
мерной кружкой*



*Оценка жизненных
показателей*



Оценка кровопотери
путем взвешивания
пелёнок



Успех команды –
кровотечение
остановлено

Беременная **Раушан, 39 лет**, доставлена в Перинатальный центр с регулярной родовой деятельностью. Пациентка постоянной городской прописки не имеет и на учёте по поводу данной беременности в женской консультации не состояла. Занимается торговлей овощами на одном из городских рынков, где у неё и отошли околоплодные воды и начались схватки.

Эта беременность по счету девятая, роды предстоящие шестые. Предыдущие беременности в 1999, 2001, 2003, 2005 годах закончились родами в срок. В 2008 году беременность закончилась преждевременными родами при сроке 34 недели, ребенок умер в возрасте 5 дней, со слов женщины причина смерти – пневмония. Следующая шестая беременность в 2009 году – замершая при сроке 11 недель, производилось выскабливание полости матки, после чего находилась в гинекологическом отделении в течение 10 дней, вспоминает, что на второй день после выскабливания поднималась температура тела и были ознобы, которые продолжались в течение 3 последующих дней лечилась антибиотиками. В 2010 году был самопроизвольный выкидыш в сроке 6 недель беременности,

также проводилось выскабливание полости матки. В 2011 году – медицинский аборт при сроке беременности 8 недель, без осложнений. Согласно критериев определения риска послеродового кровотечения пациентка отнесена к группе среднего риска. Определены группа крови и резус фактор, подтверждены врачом лаборатории.

Хронических заболеваний в течение жизни вспомнить не может, отмечает, что после пятой беременности у нее постоянно «малокровие», регулярного лечения по этому поводу не получала, в женскую консультацию не обращалась из-за её удалённости от места жительства. Проживает с супругом и четырьмя детьми в частном доме, временно снятом в аренду с минимальными бытовыми удобствами (нет горячей воды, туалет на улице, отопление печное на твёрдом топливе). Вся семья занимается сезонной торговлей овощами на базаре.

При поступлении в общий анализ крови подтверждена хроническая железодефицитная анемия: гемоглобин 68 г/л, эритроциты $2,0 \cdot 10^{12}/л$

Активная фаза родов длилась 5 часов, второй период родов продолжался 20 минут. Пациентка родила через естественные родовые пути живую доношенную девочку массой 3560 кг, ростом 51 см. При ведении третьего периода родов применялась тактика активного ведения.

После рождения плаценты началось атоническое кровотечение, которое в течение 5 минут уже составило около 800 мл (оценка кровопотери путём сбора крови в градуированную ёмкость). АД – 80/60 мм рт. ст., пульс 120 ударов в 1 минуту, сатурация 94 %. Активирован протокол и контрольный лист акушерского кровотечения. Акушеркой был выполнен наружный массаж матки, на фоне чего выделилось дополнительно еще около 200 мл крови. В мочевого пузырь она же ввела катетер Фоллея, через лицевую маску подключила к пациентке кислород и начала заниматься пункцией и катетеризацией локтевой вены, куда установила периферический катетер с серой маркировкой (16 G). Далее она начала струйную инфузию физиологического раствора хлорида натрия, добавила во флакон 10 ЕД окситоцина. Тем временем, в родовую палату подошёл дежурный врач акушер-гинеколог и принял решение произвести ручное обследование полости матки, через минуту прибывшим анестезиологом была обеспечена кратковременная внутривенная анестезия, на мониторе были следующие показатели – АД 80/50 мм рт. ст., пульс – 160 ударов в минуту, сатурация 95 %, у пациентки наблюдались явные озноб и дрожь. Время по факту 4 часа 20 минут утра. Анестезистка, которая зашла в родовую палату вместе с врачом анестезиологом тем временем уже успела поставить еще один периферический катетер во вторую локтевую вену, куда струйно начала вливать раствор Рингера 500 мл. После ручного обследования полости матки было удалено небольшое количество тканей, а кровотечение усилилось еще больше. Родовые пути были осмотрены на зеркалах и было объявлено об их целостности.

Начат конвекционный обогрев пациентки устройством «Экватор», а все дальнейшие инфузии были переключены в устройство для обогрева растворов «Хот Лайн». Вызванная акушеркой лаборантка взяла общий анализ крови, второй дежурный акушер-гинеколог начал совмещать две дозы эритроцитарной массы, принесенной им из приёмного покоя. Прибывшая медицинская сестра из второй акушерской патологии регистрировала всё происходящее на бумаге. Несмотря на всё это, кровотечение остановить не удавалось, оно продолжалось постоянно порциями по 50–100 мл или постоянной тонкой струйкой. Между тем, на фоне интенсивной инфузии кристаллоидов в обе вены на мониторе зарегистрировано снижение АД до 70/40 мм рт. ст., ЧСС – 149 уд/мин, сатурация 93%. Эта клиническая ситуация была оценена как геморрагический шок и поскольку кровь уже была без сгустков, был взят анализ крови на коагулограмму, а родильницу решили переводить в операционную и продолжать бороться с кровотечением. В это же время акушером-гинекологом выполнялся бимануальный массаж матки, начата трансфузия двух доз эритроцитарной массы, активно размораживалась свежемороженая плазма в количестве 960 мл, продолжали вводить физиологический раствор с утеротониками. На этот момент кровопотеря приблизительно со-

ставляла 1200 мл. Жизненные функции пациентки оставались нестабильными (постоянная тенденция к гипотензии, пониженная сатурация и тахикардия свыше 140 уд/мин).

Муж, присутствовавший во время родов, вел себя крайне возбуждённо и постоянно пытался зайти в родильную палату, в которой рождает его жена, пока второй дежурный не объяснил ему сложившуюся ситуацию, он вёл себя крайне непредсказуемо.

За это время общий объём внутривенно вливаемой жидкости достиг 3180 мл, а кровопотеря составила около 1500 мл. Доза окситоцина 40 Ед. Мочи по катетеру выделилось около 30 мл, насыщенной.

Учитывая, что кровотечение из родовых путей продолжалось, было решено перевезти больную в операционную, где продолжать дальнейшие мероприятия. В приёмный покой были доставлены ещё 6 доз эритроцитарной массы и 2 литра свежезамороженной плазмы, получена коагулограмма, по данной которой у пациентки развился ДВС синдром в фазе гипокоагуляции (Фибриноген 1,1 г/л, АЧТВ – 55 сек, ПТИ – 66 %, МНО 1,6, ПВ 15 сек, ТТ-26 сек). После совмещения начато переливание ещё четырёх доз эритроцитарной массы и дополнительно переливается СЗП в количестве 1000 мл, продолжено введение раствора Рингера с окситоцином. Выполнены бимануальная компрессия матки и пережатие брюшной аорты. На фоне проводимой терапии интенсивность кровотечения уменьшилась, при массаже матка плотная, витальные функции пациентки стабилизировались АД 90/60 мм рт.ст., пульс 110 уд в минуту, сатурация 97%. После окончания трансфузии взят контрольный анализ крови – эр-2,1·10¹²/л, Нв – 88 г/л, Нт – 27 %. АЧТВ – 38 сек.

Решение о возможной лапаротомии было отложено, так как кровотечение полностью прекратилось и витальные функции пациентки оставались стабильными. Общий объём кровопотери был оценён в 2000 мл, это сопровождалось развитием геморрагического шока 2 степени. Инфузионно-трансфузионная терапия составила 1000 мл физиологического раствора хлорида натрия, 2000 мл раствора Рингера, доза окситоцина 60 Ед, эритроцитарная масса – 1800 мл, СЗП – 2000 мл. Таким образом, общий объём инфузии – 6800 мл. Мочи по катетеру выделилось 150 мл за 1 час.

Спустя 1 час после остановки кровотечения пациентка ещё находилась в операционной и акушерка каждые 15 минут делала массаж матки, анестезиологами продолжалась инфузия и трансфузия, проводился мониторинг витальных функций, конвекционный обогрев пациентки. Затем больную перевели в отделение реанимации, где продолжали интенсивное наблюдение за ней. Через 12 часов после остановки кровотечения, она была переведена в послеродовое акушерское отделение. На 6 сутки пребывания в нашем стационаре была выписана в удовлетворительном состоянии, состояние при выписке ребёнка также удовлетворительное.

Муж и родственники были полностью информированы о случившемся и были очень благодарны коллективу Перинатального центра за заботу о здоровье их родственницы. Спустя месяц после выписки эта семья навещала наш стационар вместе с ребёнком с большой благодарностью и уважением к коллективу. Чуть позже на официальном сайте Акима города появилось благодарственное письмо, которое было зачитано на общебольничной утренней конференции.

Курс «Реанимация новорожденного»

предназначен для медицинских работников, которые оказывают неотложную помощь новорожденному: неонатологам, педиатрам, акушерам-гинекологам, анестезиологам-реаниматологам, неонатальным и детским медсёстрам, акушеркам.

Цель курса

Подготовить неонатологов и медсестёр, знающих и умеющих правильно, по новейшим рекомендациям Международного Объединённого комитета по реанимации 2010 года реанимировать новорожденного.

Задачи курса

Научить организовать единую систему неотложной помощи новорожденному в лечебном учреждении:

- подготовить место для реанимации новорожденного со всеми нужными средствами и оборудованием;
- подготовить команду врачей и медсестёр, умеющих квалифицированно, опираясь на доказательную медицину реанимировать новорожденного;
- научить работать в команде, реанимируя новорожденного.



Др. А. Кудрявичене во время занятий

Методика работы

Программа обучения (два дня) состоит из короткой теоретической части (4 часа) и практической части (10 часов). Во время курса самое большое внимание обращается на формирование практических навыков и командную работу, работая с манекенами, решая клинические ситуации.

Первый день: подготовка всех средств и оборудования, которые нужны для реанимации новорожденного; начальные шаги реанимации; искусственная вентиляция лёгких через лицевую маску, эндотрахеальную трубку, ларингеальную маску; надавливания на грудную клетку.

Второй день: катетеризация пупочной вены, введение медикаментов в пупочную вену, реанимация больших объёмов, работа в команде.

Инструкторы-тренеры

Д.м.н. А. Кудрявичене (директор курса реанимации новорожденных), Р. Ясинаускас, З. Пятрушкевичене, Р. Крягжде, В. Симонавичене, С. Сюдикене (неонатальная мед. сестра).



Интубация новорожденного



Вентиляция новорожденного

Мастер-класс «Организация неотложной помощи новорожденным и создание команды реанимации новорожденных»

Цели мастер-класса

Подготовить команды реанимации новорожденных, оказывающих неотложную помощь новорожденным, в соответствии с принципами современного оказания медицинской помощи по рекомендациям Международного Объединённого комитета по реанимации, как это рекомендовано Американской академией педиатров и Европейским комитетом реанимации. Подтвердить в перинатальных центрах протокол реанимации новорожденных, внутренние приказы, регламентирующие неотложную помощь новорожденным. Внедрить систему неотложной помощи новорожденным, стремясь обеспечить качественную, своевременную и квалифицированную реанимационную помощь новорожденным.

Методика работы

Во время **мастер-класса по неонатологии** – в ОПЦ № 3 и в Неонатальном и Кардиохирургическом центре. Обучено 65 специалистов неонатологов, акушеров – гинекологов, анестезиологов-реаниматологов.

Первый день: симуляция реанимации новорожденного и анализ организации неотложной помощи новорожденному, реанимационных действий в родильном зале и послереанимационное лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных в одном из перинатальных центров, формулировка целей и задач мастер-класса.

Второй день: представление и внедрение протокола подготовки всех средств, которые необходимы для реанимации новорожденного. Формирование реанимационных команд, обсуждены их обязанности.

Третий день: акушеркам родильного отделения проведены семинары и практические занятия (подготовка к реанимации новорожденного). Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар. Начальные шаги реанимации, ИВЛ и надавливания на грудную клетку) с манекеном и во время родов. Анализ практической работы.

Четвёртый день: сессия лекций для неонатологов (специализированная реанимация новорожденного; интубация трахеи; действия, когда околоплодные воды с меконием). Практическая работа в родзале и внедрение навыков интубации трахеи и правильных действий, когда новорожденный рождается из околоплодных вод с меконием. Анализ практической работы.

Пятый день: сессия лекций для неонатологов (катетеризация пупочной вены и введение медикаментов в пупочную вену; этические аспекты реанимации новорожденного; правильная транспортировка новорожденного после реанимации в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных). Практическая работа в родзале и внедрение навыков катетеризации пупочной вены и введения медикаментов в пупочную вену, правильной транспортировки новорожденного. Анализ практической работы.

Шестой день: симуляция реанимации новорожденного в родзале, обсуждение результатов, представление отчёта и впечатления участников. Подготовка адаптированных для учреждения протоколов.

В течение всего мастер-класса в послеобеденное время проводилась работа с пациентами, проходящими лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных, в отделении новорожденных ранней патологии и в отделении новорожденных второго этапа. Принималось участие в родах, когда был риск асфиксии новорожденного и когда проводилось реанимация новорожденного.

Результаты

При выполнении симуляций и во время клинической работы оценивались следующие компоненты системы неотложной помощи новорожденному: организация, персонал, оборудование. Скомплектованы все средства, необходимые для реанимации новорожденного. Подготовлены команды работников, оказывающих неотложную помощь новорожденному. Ясно определена ответственность и их функции. Углублены реанимационные навыки. Внедрена система правильной транспортировки новорожденного после реанимации в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных.



В реанимации новорожденных



Коллеги

Айгуль во время беременности болела тяжелой преэклампсией.

В 30 недель беременности родила недоношенного новорожденного.

Во время родов участвовала команда реанимации новорожденного.

Она заранее подготовила все средства для реанимации новорожденного.

Родилась девочка Сауле (вес – 1200 г).

Она сразу после рождения была вялой, были единичные вдохи.

Была начата искусственная вентиляция лёгких через лицевую маску.

Так как искусственная вентиляция лёгких через лицевую маску была неэффективной, команда реанимации немедленно интубировали трахею и начали искусственную вентиляцию лёгких через интубационную трубку.

Сердечная деятельность была хорошая.

Транспортным кювезом, продолжая искусственную вентиляцию лёгких через интубационную трубку с кислородом, измеряя оксигенацию, новорожденного перевезли в отделение реанимации и интенсивной терапии. Во время транспортировки Сауле начала самостоятельно дышать.

В отделении реанимации и интенсивной терапии был назначен сурфактант и СРАР оксигенотерапия, инфузотерапия.

Состояние Сауле быстро улучшилось и на следующий день врачи перевели её в отделение новорожденных второго этапа.

Постепенно было начато кормление грудью, рос Сауле вес, и в 35 недель скорректированного возраста она с мамой уехала домой.

В рамках сотрудничества и обмена опытом мы работали со средним медицинским персоналом в Казахстане и Таджикистане на протяжении 3 лет. Важно отметить большое стремление медицинских сестёр к новейшим знаниям в области ухода за новорожденными основанными на научных доказательствах и мировом опыте. Мы видели с каким энтузиазмом они впитывали эти знания и старались сразу их применять на практике. Отрадно отметить изменившийся взгляд врачей на сестёр как на членов команды.

Во время всех визитов при оценке ситуации в уходе проводилась оценка по следующим критериям:

1. *Наличие ставок среднего мед. персонала и соответствие их числу пациентов* – внесены предложения по их распределению следующим образом: 1–2 пациента для одной медицинской сестры в отделении реанимации, 4–6 пациентов в отделении второго этапа
2. *Возможность медицинских сестёр совершенствовать свои знания и практические навыки* – предложено проводить занятия по актуальным темам вместе с врачами.
3. *Наличие в больнице сестринских стандартов по выполняемым процедурам и манипуляциям* – предложено создать чёткие руководства по выполнению процедур, основанные на научно обоснованных доказательствах.
4. *Выполнение научно обоснованных санитарно-эпидемиологических требований при выполнении процедур* – предложено пересмотреть требования к каждой выполняемой процедуре, основываясь на научных доказательствах.
5. *Наличие сестринской документации в отделениях* – предложены к внедрению формы сестринской документации, с возможностью делать пометки обо всех выполняемых процедурах и манипуляциях, а так же вести наблюдение за пациентом.
6. *Обращается ли достаточное внимание на комфорт новорожденного* – предложено условия новорождённому приблизить к внутриутробным: кюветы прикрывать от яркого света, использовать «гнездышки» из пелёнок для придания положения тела, для тяжело больных новорожденных использовать подручные средства для профилактики пролежней (заполненные водой диагностические перчатки и т. п.).
7. *Достаточное ли внимание в отделениях уделяется контакту новорожденного с родителями* – предложено активно вовлекать в процесс ухода за новорожденными родителей, широко использовать метод «Кенгуру» для больных и недоношенных новорожденных.

Проведены семинары для сестёр по следующим темам:

1. Правила гигиены рук в отделениях новорожденных.
2. Требования асептики и антисептики при выполнении процедур, требующих стерильности.
3. Гигиенические требования к аппаратуре и средствам ухода за новорожденными, правила дезинфекции.
4. Принципы обеспечения комфортных условий новорожденному.
5. Принципы изменения положения тела новорожденным, использование подручных средств для профилактики пролежней у тяжело больных новорожденных.
6. Принципы терморегуляции у новорожденных, использование различных методов предохраняющих новорожденного от потери тепла, различия между перегревом и лихорадкой.
7. Техника введения зонда для кормления, методы фиксации, принципы кормления доношенных и недоношенных новорожденных, рекомендации по взвешиванию новорожденных.
8. Техника введения различных внутривенных катетеров и принципы ухода за ними.
9. Принципы санации интубационной трубки и носоглотки новорожденного.
10. Техника забора крови у новорожденного для различных лабораторных исследований.
11. Психологическая связь между матерью и ребёнком, применение метода «Кенгуру».
12. Подготовка места для приёма нового пациента в отделении реанимации.

Один из успешных случаев применения непосредственного контакта тела к телу между мамой и новорожденным.



На груди матери

Новорожденный родился в возрасте 30 недель гестации и весил около 1700 граммов. В отделение Реанимации новорожденных поступил с нарушением дыхательной функции, вызванной недоношенностью. После того, как состояние новорожденного было стабилизировано, на второй неделе жизни начато применение метода «Кенгуру». В дальнейшем наблюдалось положительное действие этого метода на состояние новорожденного: его дыхательная функция стабилизировалась, эпизоды остановки

дыхания были реже, он хорошо усваивал пищу, прибавлял в весе. Так же наблюдалось положительное действие этого метода на маму новорожденного: у мамы улучшилось настроение, она отмечала у себя чувство необходимости своему новорожденному, у неё было достаточно молока для кормления новорожденного. Состояние новорожденного продолжало улучшаться и далее и ещё через одну неделю он был переведён в отделение Второго этапа выхаживания.

Надеемся, что у наших коллег в Казахстане и Таджикистане результаты в выхаживании недоношенных и тяжело больных новорожденных будут непрерывно улучшаться. Уверены, что врачи и дальше будут считать медицинских сестёр не только своими помощниками, но и непосредственными коллегами. Потому начнут обсуждать не только план ухода за новорожденными, но и цель исследований и назначенное лечение. Таким образом вырастет квалификация и самооценка у медицинских сестёр, это облегчит работу самих врачей, и они смогут часть выполняемых функций делегировать сёстрам.

Ю. Старик

*Неонатальная сестра отделения реанимации новорожденных,
магистр клинического ухода*

Н. Скоробогатова

*Координатор по уходу за новорожденными,
магистр клинического ухода*

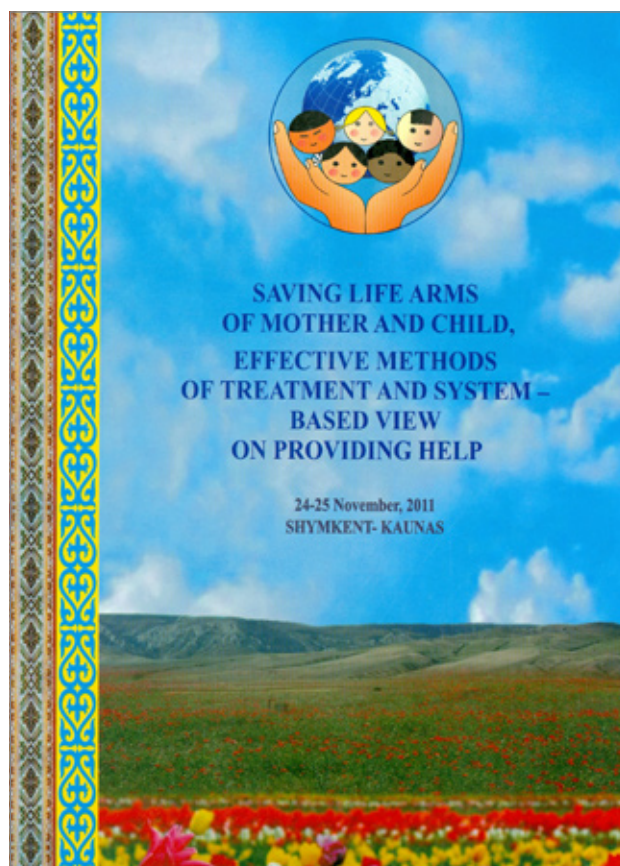
Международная научно-практическая конференция «Руки, спасающие жизни матери и ребёнка – эффективные методы лечения и системного взгляда на оказываемую помощь»

24–25 ноября 2011 г. Приняло участие 900 участников.

«Конференция стала своеобразным подведением итогов трёхлетнего сотрудничества южноказахстанских и литовских врачей».



Председатели Проф. Р. Надишаускене и
Проф. Ж. Измаилов



Сборник трудов конференции



Неонатальная сестра Ю. Старик и Проф. В. Бараускас



Р. Ясинаускас во время конференции

Конгресс «Социально – ориентированная ПМСП – основа государственной политики в сфере здравоохранения, 26–27 апреля 2012 г. г. Алматы. Организатор конгресса Алма-тинский государственный институт Усовершенствования врачей. Доклады представили: доц. М. Ключинскас «Эффективная помощь при послеродовом кровотечении», доц. К. Римайтис «HELLP синдром – тяжёлое испытание перинатальной команде», д.м.н. А. Кудрявичене «Новый взгляд на перинатальную асфиксию».



Д.м.н. А. Кудрявичене, доц. М. Ключинскас, доц. К. Римайтис

Проект в Азербайджане

В июле 2010 г. организация «Abt Associates» пригласила 4 литовских ALSO® инструкторов провести первый ALSO® курс в столице Азербайджана Баку, чтобы подготовить местных инструкторов Азербайджану. 24 курсанта закончили двухдневный курс, 10 из них были выбраны и на следующий день участвовали в курсе подготовки инструкторов. После этого 10 новых инструкторов под тщательным присмотром, с помощью литовских коллег провели второй двухдневный курс другим 24 специалистам здравоохранения материнства из Баку. За следующие 8 месяцев, до февраля 2011 года, эти инструкторы провели пять ALSO® курсов по всей стране, обучено 95 специалистов. Abt Associates / USAID поддерживает эти курсы, стараясь выдерживать самостоятельные ALSO® курсы.



Директор курса ALSO доц. М. Ключинскас с группой специалистов



Практические занятия

Проекты в Таджикистане

С 1 по 12 октября 2012 г. в Литве обучено 20 менеджеров больниц.

С 5 ноября по 13 ноября 2012 г. в Институте Акушерства, перинатологии и гинекологии обучено 62 слушателя на курсах специализированной акушерской помощи и реанимации новорожденных с последующим мастер-классом, внедрением протоколов и контрольных листов, проведением имитации клинического случая.



Магистр клинического ухода Н. Скоробогатова с коллегами



Во время занятий



Др. А. Кудрявичене с курсантами

Практический семинар «Основы ультразвукового исследования в акушерстве и гинекологии»

В двухдневном практическом семинаре участвовали акушеры – гинекологи уже знакомые с методами ультразвукового исследования (УЗИ) или намеряющие приобрести некоторые навыки этого исследования. Во время семинара были прочитаны лекции на темы безопасности, настройки параметров и клинического применения УЗИ, акцентировалось изучение практических навыков.

Число участников семинара ограничено с целью обеспечения оптимального процесса обучения в маленьких группах.

Программа семинара состоит из основных модулей УЗИ в акушерстве и гинекологии: основы практической физики, настройка параметров и безопасности УЗИ, ультразвуковая анатомия таза женщины, ультразвуковая диагностика на ранних сроках беременности, фетометрия, оценка амниотической жидкости и плаценты, а также исследование нормальной анатомии плода, диагностика осложнений на ранних сроках беременности. Цель – предоставить участникам достаточно теоретических знаний для начала практического применения ультразвукового метода исследования и интерпретации полученных данных.

Д.м.н. А. Гаурилчикас
Руководитель курса



Д.м.н. А. Гаурилчикас



Доц. М. Ключинскас, д.м.н. А. Кудрявичене

Курс «Срочная медицинская помощь» для работников СМП городов Алматы и Шымкента

Цель

Усовершенствование квалификации работников Скорой медицинской помощи (СМП) г. Алматы и Шымкента во время практических занятий.

Задачи

Обучить работников СМП основным практическим навыкам оказания срочной медицинской помощи.

Подготовить местных инструкторов, которые в дальнейшем продолжают обучение персонала в своих учреждениях.

Обучить работников СМП, как заполнять карточку вызова СМП и внедрить её в практическую работу.

Методика

Обучение проводилось в три этапа:

Пятидневный курс «Срочная медицинская помощь» для работников СМП, во время которого были отобраны кандидаты в инструкторы из местных станций СМП.

Двухдневный «Курс подготовки инструктора» для кандидатов в инструкторы.

Работа с кандидатами в инструкторы в течение двух курсов «Срочная медицинская помощь», их консультация с целью закрепления приобретённых навыков обучения и сохранения стандарта курсов, а также с целью их становления, как самостоятельных инструкторов.

Навыки, приобретаемые на курсе «Срочная медицинская помощь».

I день. Начальная реанимация и автоматическая дефибрилляция: навыки открытия и поддержания свободных дыхательных путей, искусственное дыхание рот-в-рот и с применением дыхательного мешка с маской, техника качественных компрессий грудной клетки, работа с автоматическим внешним дефибриллятором, первая помощь в случае, если подавился младенец, ребёнок или взрослый, в случае электротравмы, утопления.



Подготовка к дню первичной реанимации

- II день.** **Навыки иммобилизации позвоночника:** поддержание нейтрального положения шеи у сидящего и лежащего пациента, определение размера и наложение твёрдого шейного фиксатора сидящему и лежащему пациенту, иммобилизация пациента на длинной спинальной доске, иммобилизация при помощи KED и вакуумных носилок, переноска пациента при помощи носилок «scoor», техника снятия шлема в случае предполагаемой травмы позвоночника, быстрое извлечение пострадавшего из автомобиля.
- III день.** **ЭКГ диагностика критических состояний** (для медиков СМП): опасные для жизни нарушения сердечного ритма и проводимости, диагностика острого коронарного синдрома.
- III день.** **Основы транспортировки пациентов** (для водителей СМП): принципы безопасного поднятия и переноски пациента, работа с носилками различных типов, создание плана транспортировки, быстрое извлечение пострадавшего из автомобиля.
- IV–V день.** **Первая помощь в случае травмы:** первичный и вторичный осмотр перенёсшего травму пациента, руководствуясь концепцией ABCDE, методы и средства остановки кровотечения, обработка ран, десмургия, переломы костей и принципы иммобилизации, первая помощь в случае комбинированных травм.



Перевязка при помощи косыночек

Знания и навыки, приобретаемые во время курса подготовки инструктора.

- Принципы обучения взрослых
- Создание благоприятных для обучения взрослых условий
- Методы получения обратной связи
- Принципы подготовки эффективной презентации
- Методика 4 шагов при обучении практическим навыкам
- Принципы ведения закрытой и открытой дискуссии
- Принципы оценки знаний и принятия экзамена



И снова перевязка

Результаты

Курс СМП успешно закончили 284 работника СМП. Впервые в истории в г. Алматы вместе с медицинскими работниками были обучены 24 водителя СМП, которые приобрели основные навыки оказания срочной медицинской помощи и успешно выдержали практические экзамены. Из обученных работников сформированы новые экспериментальные бригады СМП, которые обеспечены современной аппаратурой. В то же время на станции СМП г. Алматы внедрена новая карточка вызова СМП, соответствующая мировым стандартам. Подготовлены 4 местных инструктора, которые прошли процедуру подготовки инструктора и уже самостоятельно проводят курсы срочной медицинской помощи на станции СМП г. Алматы для работников СМП и других спецслужб. В г. Алматы после прошедших курсов организован новый учебный центр, выделены помещения, закуплена аппаратура, необходимая для дальнейшего обучения.

1 таблица. Число обученных работников СМП

	I этап (курс СМП)	II этап (курс подготовки инструктора)	III этап (курс СМП, работает ИК)	Подготовлено местных инструкторов	Всего обучено работников СМП
Алматы 2012 05 19–05 23	49 чел.	8 чел.	48 чел.	4 чел.	97 чел.
Шымкент 2012 09 10-09 20	47 чел.	10 чел.	48 чел.	4 чел.	95 чел.
Алматы 2012 12 05-12 14			92 чел.		92 чел.
Всего					284 чел.

Вывод

Выполнены все намеченные задачи. Продолжается дальнейшее сотрудничество.

Инструкторы:

А. Криксчионайтене (руководитель курса СМП), К. Сташайтис, А. Белевичс, Спец. сестринского дела Т. Сирпутис, Спец. сестринского дела Д. Ешкене, Спец. сестринского дела Л. Кончене, Спец. сестринского дела Р. Казлене.



Инструкторы г. Алматы начинают свой первый самостоятельный курс



Счастливые курсанты и инструкторы после успешного курса в г. Алматы

Курс «Современная специализированная реанимационная помощь»

курс, предназначенный для каждого медика, который сталкивается в своей работе с вероятностью внезапной смерти и реанимацией. Курс ориентирован на получение практических навыков, которые нужны во время реанимации.

Этот курс должны успешно окончить врачи и медсёстры, которые оказывают неотложную помощь во многих странах мира

Курс представлен в Казахстане (Шымкенте, Алматы, Таразе).

Продолжительность курса – два дня.

Цель курса

Научить профессионально реанимировать пациента по алгоритму реанимации, когда Вы один или делаете это со своими коллегами.

Задачи курса

Во время этого курса Вы приобретёте прекрасные навыки командной работы, которые позволят Вам квалифицированно оказать помощь в случае клинической смерти. За два дня Вы научитесь:

- Как реанимировать, когда Вы один, как эффективно руководить реанимационной командой и быть её участником.



Дефибрилляция

- Как обеспечить проходимость дыхательных путей простыми и специализированными средствами.
- Как пользоваться дефибрилляторами.
- Как реанимировать, если есть мерцание желудочков.
- Как реанимировать, если есть асистолия или электромеханическая диссоциация.
- Как оказывать помощь при тахикардии или брадикардии.
- Как оказывать помощь пациенту, при болях в груди или проявлении признаков инсульта.



Инструктор-тренер А. Белевич



Инструктор-тренер А. Криксьионайтене

Методика работы

Во время курса «Современная специализированная реанимационная помощь», пользуясь компьютеризированными манекенами, реальными дефибрилляторами и новейшими средствами, обеспечивающими открытые дыхательные пути. Работая с манекенами, участники решают клинические ситуации по реанимации.



Во время занятий



С инструктором доц. Э. Пукените – первая слева

Инструкторы-тренеры

К. Сташайтис (руководитель курса), А. Белевич, А. Криксьионайтене, Б. Кумпайтене, Э. Пукените, Л. Юозапавичене, Н. Ясинкас, О. Суходолскене, Проф. Ж. Дамбраускас

Специализированная помощь в случае травмы

Мастер-класс травмы и создание травматологической команды для лечения больных с политравмой в 4-ой больнице города Алматы

2012 11 28–2012 12 07

Цели мастер-класса

Подготовить многопрофильную команду работников, оказывающих помощь перенёсшим травму пациентам, в соответствии с принципами современного оказания медицинской помощи в случае травмы, как это рекомендовано Американской коллегии хирургов и Европейским курсом травмы. Подтвердить в больнице протокол травматологической команды, внутренние приказы, регламентирующие данную деятельность. Внедрить систему травматологической команды, стремясь обеспечить качественную помощь перенёсшим политравму пациентам. Внедрить в клинике систему хирургии проксимальных переломов бедра *fast-track*.



Приём имитированного пациента с политравмой

Методика работы

Вводные курсы: **Специализированная реанимационная помощь** (2 дня), **Специализированная помощь в случае травмы** (2 дня), **Ультразвуковая диагностика и вмешательства в случае срочного лечения** (2 дня). Всего обучено 36 человек, на обучение прибыли медики из разных больниц. **Мастер-класс травмы** - 6 дней, обучено 28 человек. Первый день: представление концепции травматологической команды (представление структуры ОСП Каунассских клиник, фильм о первичном и вторичном осмотре пациента, представление функций членов травматологической команды), симуляция политравмы и анализ результатов, формулировка целей и задач мастер-класса, формирование травматологического комитета. Второй день: представление системы лечения проксимальных переломов бедра *fast-track*, симуляция перелома бедра и анализ результатов, подготовка в рабочих группах адаптированных для учреждения документов и протоколов. Третий день: общее представление адаптированных документов и дискуссии, симуляция политравмы и обзор результатов дня. Четвертый день: сессия лекций (лечение переломов бедра *fast-track*, первичный и вторичный осмотр перенёсшего травму пациента, ультразвуковая диагностика и вмешательства в случае срочного лечения (eFAST), причины смерти и принципы лечения по системе ABCDE, симуляция перелома бедра и обзор результатов (+ клинический случай). Пятый день: общее представление окончательного варианта внутрибольничных приказов и дискуссии, симуляция политравмы и обсуждение результатов дня. Шестой день: симуляция *fast-track* и политравмы, обсуждение результатов, представление отчёта и впечатления участников. В течение всего мастер-класса в послеобеденное время проводилась работа с пациентами, проходящими лечение в экстренной реанимации, отделениях травматологии и хирургии, принималось участие в экстренных и плановых травматологических и хирургических операциях.



Имитация пациента с политравмой в отделении интенсивной терапии



УЗИ в случае срочного лечения: инструктор имитирует пациента



Имитация пациента с политравмой в приёмном отделении: инструктор имитирует пациента

Результаты

При выполнении симуляций и во время клинической работы оценивались следующие компоненты системы травмы: процессы, персонал, оборудование. Подготовлена многопрофильная команда работников, оказывающих помощь пациентам, перенёсшим травму. В больнице подтверждены протоколы травматологической команды и хирургии проксимального перелома бедра *fast-track*, а также внутренние приказы учреждения, регламентирующие данную деятельность. Ясно определена ответственность и функции медиков.

Внедрена система травматологической команды. Внедрена ясная система коммуникации. В экстренной реанимации (рядом с экстренным оперблоком) создан зал приёма неотложных пациентов (шоковая палата). Во время мастер-класса рядом с экстренной реанимацией открыта новая палата КТ (около 2–3 мин. транспортировки пациента).

После внедрения протоколов травматологической команды и хирургии проксимальных переломов бедра *fast-track*, обучив работников принципам структуризированной и командной работы, а также после реорганизации штатной структуры работников и изменения доступности оборудования и некоторых медикаментов в больнице, подготовлена к оказанию квалифицированной помощи пациентам с политравмой и пациентам с переломами проксимального сегмента бедра.

Выводы

Мастер-класс достиг предусмотренных целей и задач. Отдалённые результаты этой программы в большей части будут зависеть от системы аудита и эффективного мониторинга в течение ближайших 6–12 мес.

Тренеры:

Проф. Ж. Дамбраускас (директор мастер-класса), Ш. Тарасявичюс, Н. Ясинкас, В. Шукене, А. Белевичс, Б. Кумпайтене, О. Суходолскене.



Неформальное обсуждение преподавателя и медсестёр о помощи и лечении боли травматологических пациентов



Усталые, но счастливые участники курса в конце курса «Ультразвуковая диагностика и вмешательства в случае срочного лечения»

Пример результатов проведённого обучения в реальной жизни

Во время работы в 4-й больнице г. Алматы по внедрению протоколов лечения пациентов с проксимальным переломом бедренной кости на 5-й день мастер-класса в приёмное отделение поступила 19-летняя пациентка с жалобами на боли в тазобедренном суставе. Пациентка перенесла травму 6 дней назад, поскользнулась и упала выходя из автобуса, при падении повредила тазобедренный сустав. После травмы пациентка обратилась в лечебное учреждение, в котором была проведена рентгендиагностика, после которой был диагностирован перелом шейки левой бедренной кости без смещения. При наличии переломов данного типа необходима неотложная операция с применением остеосинтеза. Однако пациентку не оперировали, объяснив ей, что применён наиболее подходящий в данной ситуации метод лечения. После 5 дней лечения родственники пациентки попросили перевести её в другое лечебное учреждение, и, таким образом, пациентка оказалась в 4-й больнице г. Алматы, в которой в то же время проводился мастер-класс по оказанию помощи пациентам, перенёвшим подобную травму. После поступления пациентки в приёмное отделение 4-й больницы г. Алматы было начато лечение согласно внедряемому в данном лечебном учреждении протоколу. Пациентке была применена адекватная анестезия, используя препараты морфина, конечность была иммобилизована, начата оксигенотерапия и инфузотерапия. В присутствии всех участников обучения пациентка пришла в себя и, как и можно было предположить, нормализовались её жизненные параметры. Срочно был вызван анестезиолог, который с помощью одного из преподавателей курса подготовил пациентку к операции. В течение часа после поступления в стационар пациентка, персонал и операци-



На следующий день после операции. Доц. Ш. Тарасявичюс (первый справа) доволен результатом

онная были подготовлены к операции остеосинтеза. В операционной при содействии одного из инструкторов мастер-класса пациентке была выполнена минимально инвазивная операция остеосинтеза шейки бедра. На следующий день было радостно видеть пациентку, которая при помощи костылей уже ходила по палате. Данный клинический случай позволил доказать коллегам в Казахстане все преимущества техники „fast track“ в случае проксимального перелома шейки бедра. Пациентке была оказана оптимальная помощь в соответствии с внедряемыми алгоритмами с момента поступления в приёмное отделение до срочной операции и иммобилизации. Надеемся, что эффективность внедрённой системы будет говорить сама за себя и будет применяться в Казахстане, как ежедневная практика при лечении пациентов с проксимальными переломами бедра.

Пилотный проект по модернизации и оптимизации услуг скорой медицинской помощи (СМП), предоставляемых жителям города Алматы

2012 11 03–2012 12 23

В рамках этого проекта на станции скорой медицинской помощи (ССМП) г. Алматы:

- проводилось обучение персонала бригад (включая водителей) по курсу «Скорой медицинской помощи» (СМП). Во время курса детально совершенствовались навыки и процедуры срочной помощи, а также рассматривались принципы работы в команде.
- Подготовлена новая должностная инструкция водителя – санитара. После курсов СМП водители – санитары становятся полноценными членами бригады СМП квалифицированными помощниками для медиков.
Введена модель дифференцированной заработной платы, размер которой зависит от качества и количества проделанной работы.
- Создана система постоянного обучения сотрудников ССМП и специального автотранспортного предприятия (Спец. АТП). Под руководством инструкторов из ССМП г. Алматы в течении 3-4 мес. все сотрудники ССМП и Спец. АТП прошли курсы «Скорой медицинской помощи».
- Внедрён «Лист проверки оборудования» – все сотрудники СМП обучены, как заполнять лист проверки оборудования по комплектации санитарного автомобиля класса А, Б и В, сам лист переведён в форму, которая может быть распознана системой сканирования и давать руководству ССМП данные по состоянию оборудования и степени укомплектованности бригад СМП.
- Введена в практику новая карта пациента СМП. Карта пациента СМП позволяет:
 - Стандартизировать оказываемую помощь и её объём;
 - Сопоставлять и сравнивать между собой качественные показатели работы бригад СМП;
 - Ускоряет процесс заполнения (карта заполняется по анкетному принципу, зачёркивая нужные графы и поля);
 - Позволяет автоматизировать обработку карты и введения данных в электронную форму методом сканирования.

В течении 3-х недель на каждой из 8 подстанций работали инструкторы, которые занимались обучением сотрудников СМП заполнению новой карты пациента СМП и анализом замечаний и предложений. Карта адаптирована к требованиям законодательства Республики Казахстан и пожеланиям сотрудников.

Нериус Микелионис: «Перемены неизбежны...»



Главный врач Станции скорой помощи г. Каунаса д-р. Н. Микелионис в Алматы

«В последние месяцы новшества при участии литовских специалистов начали внедряться на Станции скорой медицинской помощи Алматы, её сотрудники только об этом и говорят. В связи с этим на днях мы встретились с главным врачом аналогичной службы города Каунаса, г-ном Нериусом Микелионисом. В эксклюзивном интервью посланец Литвы поведал читателям газеты «Новости здравоохранения», насколько плодотворно прошло его сотрудничество с алматинскими коллегами.

Какие впечатления увозите на родину?

– Ещё раз хочу выразить благодарность за приглашение! Рад, что мы нашли взаимопонимание с казахстанскими коллегами,

хочу выразить благодарность главному врачу ПХВ Станции скорой медицинской помощи города Алматы Биржану Оспанову, его заместителям, заведующим подстанций. Все они профессионалы своего дела и достойны большого уважения. Я в очередной раз убедился, что на «скорой помощи» работают фанатики неотложки, которые спешат к пациентам и приходят на помощь в самый нужный момент, они спасают людям жизнь, но при этом за свой тяжелый, но благородный труд получают не так много.

Надеюсь, мои многочисленные коллеги, с которыми я здесь познакомился, сохранят блеск в глазах, не будут останавливаться на достигнутом и продолжат расти во всех отношениях!

VENI, VIDI, VICI!

Школа чемпионов

В мае 2012 года более 90 сотрудников СМП г. Алматы прошли пятидневный курс срочной медицинской помощи, проводимый Центром исследования кризисов из Литвы. В результате были подготовлены 8 инструкторов, готовых самостоятельно вести этот курс.

Среди них были медики с разных подстанций СМП: Гайлит Любовь, Ирхин Андрей, Левцова Вероника, Рябинина Елена и ещё четверо сотрудников. Летом они получили приглашение на участие в VI Международных играх скорой помощи, проводимых в сентябре в Литве, в г. Каунас. Для этого были сформированы две команды из трёх представителей выездных бригад: Дегембаева Арыстанбека, Омара Нургали, Сингатуллина Ришада, имеющих высокий профессиональный уровень, и трёх инструкторов: Гайлит Любви, Рябининой Елены и Джандралиева Ержана.

Так как в программе состязаний предусматривались задания по различным медицинским дисциплинам, то в процессе подготовки командам пришлось отрабатывать ситуационные задачи на курсах Центра исследования кризисов по неотложной терапии, детской и взрослой реанимации, травматологии, акушерству и гинекологии и даже затронуть некоторые аспекты медицинской психологии.

Ранее никто из них не принимал участия в подобных соревнованиях.

Во время соревнований пригодились все знания и опыт, как приобретённый за годы работы на «скорой», так и полученный на курсах Центра исследования кризисов. В результате, по итогам игр, **команда из Алматы заняла первое место среди зарубежных участников.**

Со слов представителей команд Казахстана среди участников царил атмосфера доброжелательности и сотрудничества. Все понимали, что целями соревнований является живое человеческое общение, доведение своих профессиональных навыков до высокого уровня, обмен бесценным опытом по оказанию экстренной помощи, а не только стремление к победе. Ведь самая лучшая награда для медика СМП – это спасённая человеческая жизнь!



Первая помощь пострадавшему



Команда выполняет задание



Счастливая команда после выполнения задания с инструктором А. Белевичем

Издания

Избранные вопросы перинатологии

Под ред. Р. Й. Надишаускене

2012, стр. 652

ISBN: 9789955988236

*Посвящается матерям
Литвы и Казахстана*

В книге предоставляется концентрированная информация о современных подходах диагностики и лечения наиболее угрожающих состояний беременных и новорожденных. Издание подготовлено большой группой авторов Литовского университета наук здоровья, которые являются не только замечательными врачами, но и талантливыми преподавателями и учёными.



Начальная неотложная акушерская помощь

Под ред. Р. Й. Надишаускене
повторное дополнительное, исправленное издание

2012, стр. 201

ISBN: 9786098033618

*Посвящается работникам
скорой помощи и приёмных отделений,
которые часто остаются
анонимными спасателями*

Книга предназначена медицинским работникам скорой помощи и специалистам, работающим в приёмных отделениях. Авторы книги – акушеры – гинекологи, неонатологи, анестезиологи – реаниматологи являются не только врачами, но и опытными преподавателями Университета наук здоровья Литвы. Большинство из них – инструкторы международных аккредитированных интерактивных курсов по неотложной помощи. Книга является дополнительным материалом к этим курсам.

При экстренных ситуациях – быстрый и точный диагноз, решительные и координированные действия всей команды являются залогом наилучшего успеха.

В каждой главе книги авторы очень кратко и понятно изложили проблему, наиболее часто встречающуюся в практической работе скорой помощи, как определить физиологические изменения и патологию, основные методы диагностики, пути стабилизации больных, современные и эффективные методы родовспоможения и лечения. Дополнительно почти к каждой главе приложен удобный алгоритм действий для каждодневного пользования.

Специализированная реанимация новорожденного

Под. ред. Р. Й. Надишаускене

2012, стр. 395

ISBN: 9786098033731

Посвящается реанимационным командам новорожденных, которые появляются вовремя, работают тихо и согласованно, и позволяют поверить в чудо рождения



Большинство – 90 % новорожденных переходят из внутриутробной во внеутробную среду без каких-либо осложнений, а оставшимся 10 % необходима какая-нибудь помощь. Очень важно, чтобы эта помощь была оказана своевременно и квалифицированно, потому, что это обуславливает качество дальнейшей жизни человека.

Хотя неонатология родилась на стыке наук акушерства и педиатрии, некоторое время между акушерами-гинекологами и неонатологами чувствовалось недоверие, а в случае неудач – противостояние. Это было вызвано отсутствием понимания проблем, ограничение только рамками своей профессии.

Несомненными факторами прогресса в перинатологии являются: умение услышать друг друга, понимание специфических аспектов общих проблем, общая командная работа, оказанные услуги в критических ситуациях.



Неотложная медицинская помощь

Под ред. Д. Вайткайтиса

2012, стр. 312

ISBN: 9786098033731

Цель курсов обучения и книги по скорой медицинской помощи – научить основным спасательным навыкам при угрожающих жизни состояниях. Такие навыки необходимы для всех медицинских работников. Последовательность сложных или самых важных действий изложена в алгоритмах, подготовленных по методике В. Поражанова. Цель алгоритмов – помочь как можно лучше запомнить последовательность действий при оказании скорой медицинской помощи.

Травма II

Под ред. Д. Вайткайтиса

2012, стр. 439

ISBN: 9786098033717

*Посвящается людям
пострадавшим от травм*

Руководство курса Травма II – это стандартизированные шаги действий (практических навыков и процедур), которые необходимы при успешном оказании помощи травмированному пациенту, начиная от места происшествия и заканчивая отделением скорой медицинской помощи больницы.



ПРИБРЕТЕНИЕ КНИГ

Форма по заказу книг

Книга	1 книга				Количество книг, единицами	Общая цена
	Цена в евро (€)	Цена в долларах (\$)	Цена в тенге (ТГК)	Цена в литах (LT)		
Избранные вопросы перинатологии	24	30	6000	80		
Специализированная реанимация новорождённого	24	30	6000	80		
Травма II	24	30	6000	80		
Начальная неотложная акушерская помощь	20	26	4000	70		
Неотложная медицинская помощь	20	26	4000	70		

Цена посылки зависит от желаемого термина отправки

☐ Посылка до 10 дней ☐ Посылка до 1 месяца

Информация о покупателе

☐ Покупатель физическое лицо ☐ Покупатель предприятие

Имя	
Фамилия	
Предприятие	
Код предприятия	
Страна	
Почтовый индекс	
Город	
Улица, дом	
Сотовый телефон	
Эл. почта:	

КОНТАКТЫ:

ЗАО ЦЕНТР ИССЛЕДОВАНИЯ КРИЗИСОВ (UAB Krizių tyrimo centras), тел.: +370 676 22 222, факс: +370 37 21 44 11, эл. почта: info@smp.lt, www.smp.lt

Издание подготовили:

Редактор Р. Надишаускене

В. Бараускас

А. Белевичс

В. Белоцерковский

М. Бижанова

В. Гинтаутас

И. Глазепная

Ж. Дамбраускас

П. Добожинскас

М. Ключинскас

М. Кокенова

А. Криксчионайтене

А. Кудрявичене

Н. Микелионис

А. Пужас

Н. Скоробогатова

Ю. Старик

К. Сташайтис

Ш. Тарасявичюс

Р. Черновене

А. Гаурилчикас

