

Преекламписія: підвищення якості надання допомоги на основі впровадження симуляційних технологій навчання

КОНЬКОВ Дмитро Геннадійович - д.мед.н., доцент кафедри
акушерства та гінекології №1 ВНМУ ім. М.І. Пирогова



ПРЕЕКЛАМПСІЯ

1. Частота 5-28% у загальній популяції вагітних.....●
2. Частота 15-30% у популяції ПП.....●
3. 6-18% у структурі материнської смертності.....●
4. У 2-6 разів ↑ ризик захворювань ССС та ЦД.....●

Neilson J. Chapter 3: Pre-eclampsia and eclampsia. In: *Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The eighth report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. BJOG 2011;118(suppl 1):1-203.*



ПРЕЕКЛАМПСІЯ

- **Яким чином можливо попередити фатальні наслідки преєкламписії?**

- персоналізована
- предиктивна
- профілактична
- партнерська

***Сучасна концепція
розвитку медицини***

Leroy E. Hood. P4 Medicine: personalized, predictive, preventive, participatory. 2008





Н,
ПРОФІЛАКТИКА
ПРЕЕКЛАМПСІЇ



І Науково-практична конференція з міжнародною участю
«Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки»



12–13 травня 2016
Вінниця

ПРОФІЛАКТИКА ПЕ



ПРОФІЛАКТИКА ПЕ

Конкомінантне додавання Vit C& E

- Не профілакує ПЕ
- Може підвищувати частоту народження дітей з малою вагою тіла

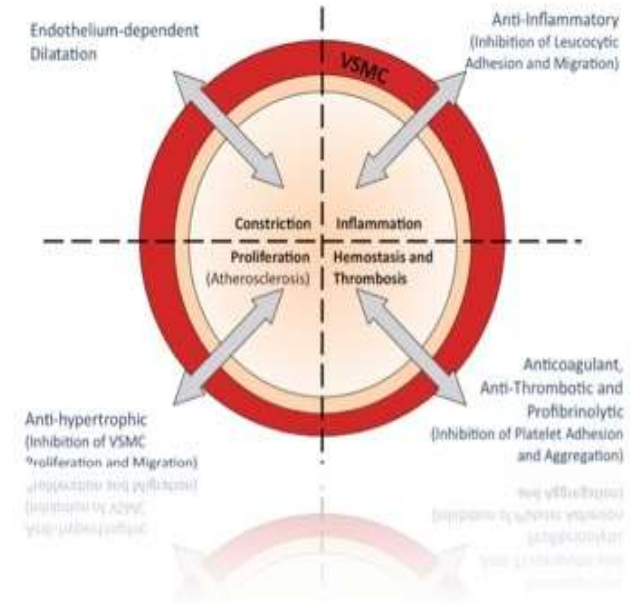
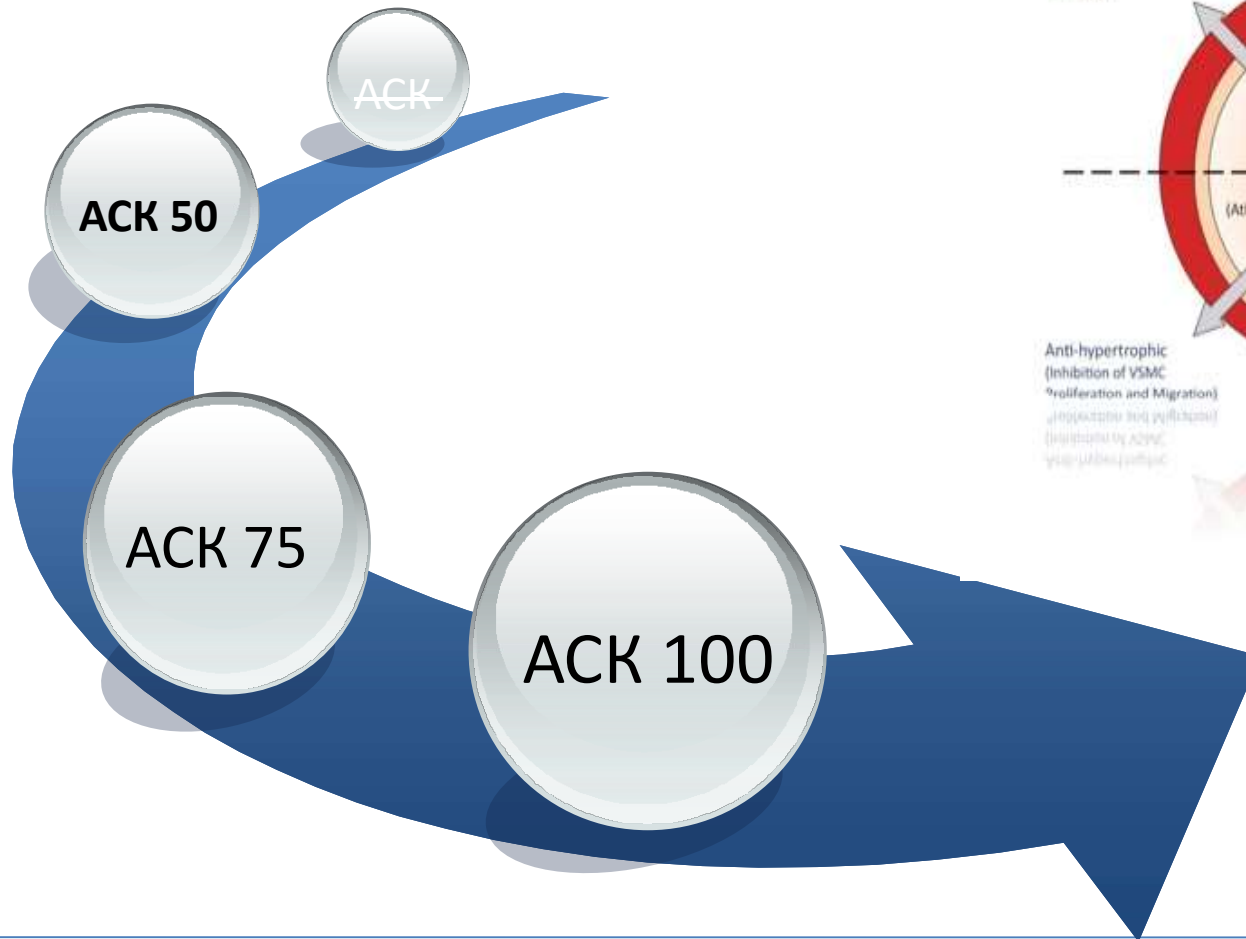
[level A evidence](#) (*Hypertension in Pregnancy. 2013 ACOG*)

Додавання

- *Обсерваційні дослідження*: позитивні ефекти
- {Інгібіція тробоксану А2 без дії на простациклін : знижує агрегацію тромбоцитів}.
- *RCT*: Немає доказів ефективності для запобігання ПЕ (*Olsen et al, 2000*)
- *Високі дози*: підвищує ризик ППК (*Olafasdottir et al, 2006*).



Фармакологічні



From: Low-Dose Aspirin Use for the Prevention of Morbidity and Mortality From Preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement Low-Dose Aspirin to Prevent Morbidity and Mortality From Preeclampsia

Ann Intern Med. Published online September 09, 2014. doi:10.7326/M14-1884

Annals of Internal Medicine



LOW-DOSE ASPIRIN USE FOR THE PREVENTION OF MORBIDITY AND MORTALITY FROM PREECLAMPSIA CLINICAL SUMMARY OF U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE RECOMMENDATION

Population	Asymptomatic pregnant women who are at high risk for preeclampsia
Recommendation	Prescribe low-dose (81 mg/d) aspirin after 12 weeks of gestation. Grade: B

Risk Assessment	Pregnant women are at high risk for preeclampsia if they have 1 or more of the following risk factors: <ul style="list-style-type: none">• History of preeclampsia, especially when accompanied by an adverse outcome• Multifetal gestation• Chronic hypertension• Type 1 or 2 diabetes• Renal disease• Autoimmune disease (i.e., systemic lupus erythematosus, the antiphospholipid syndrome)
Preventive Medication	Low-dose aspirin (60 to 150 mg/d) initiated between 12 and 28 weeks of gestation reduces the occurrence of preeclampsia, preterm birth, and IUGR in women at increased risk for preeclampsia. The harms of low-dose aspirin in pregnancy are considered to be no greater than small.
Balance of Benefits and Harms	There is a substantial net benefit of daily low-dose aspirin to reduce the risk for preeclampsia, preterm birth, and IUGR in women at high risk for preeclampsia.
Other Relevant USPSTF Recommendations	The USPSTF recommends that all women planning or capable of pregnancy take a daily supplement containing 0.4 to 0.8 mg (400 to 800 µg) of folic acid. This recommendation is available at www.uspreventiveservicestaskforce.org .

For a summary of the evidence systematically reviewed in making this recommendation, the full recommendation statement, and supporting documents, please go to www.uspreventiveservicestaskforce.org.

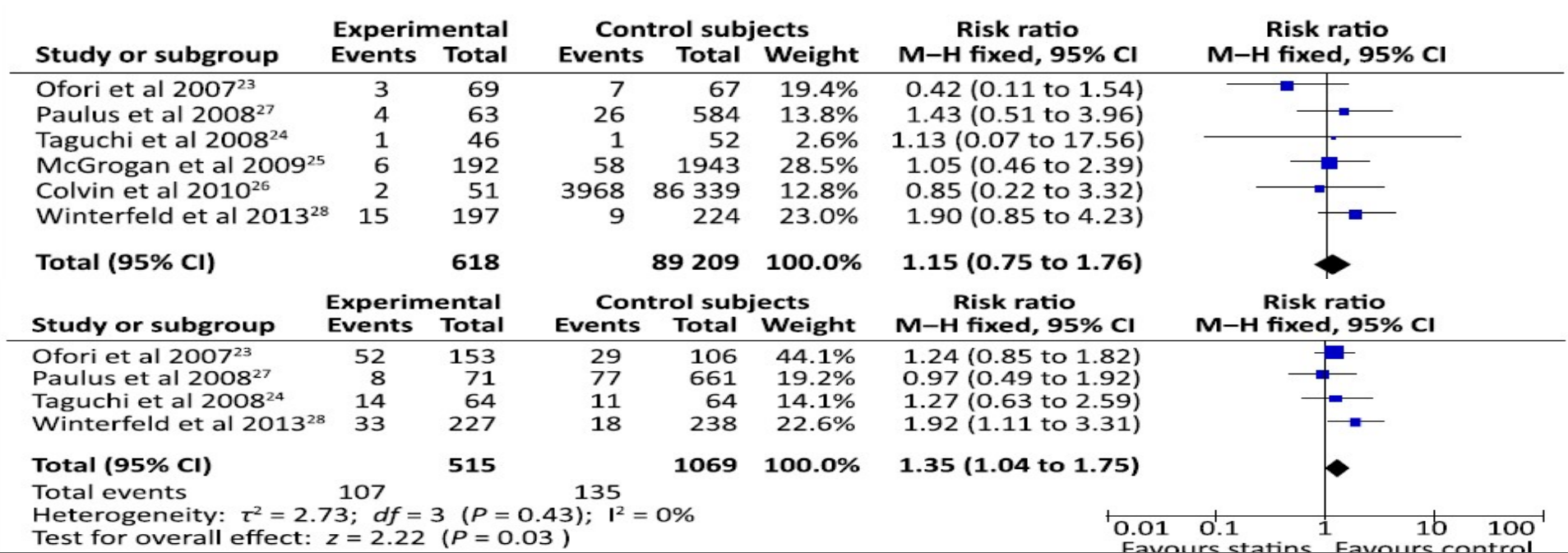


The Fetal Safety of Statins: A Systematic Review and Meta-Analysis

Використання статинів

Judith Zarek, MSc, Gideon Koren, MD

The Motherisk Program, Division of Clinical Pharmacology and Toxicology, Department of Pediatrics, Hospital for Sick Children, Toronto ON



Pregnancy outcome following maternal exposure to statins: a multicentre prospective study

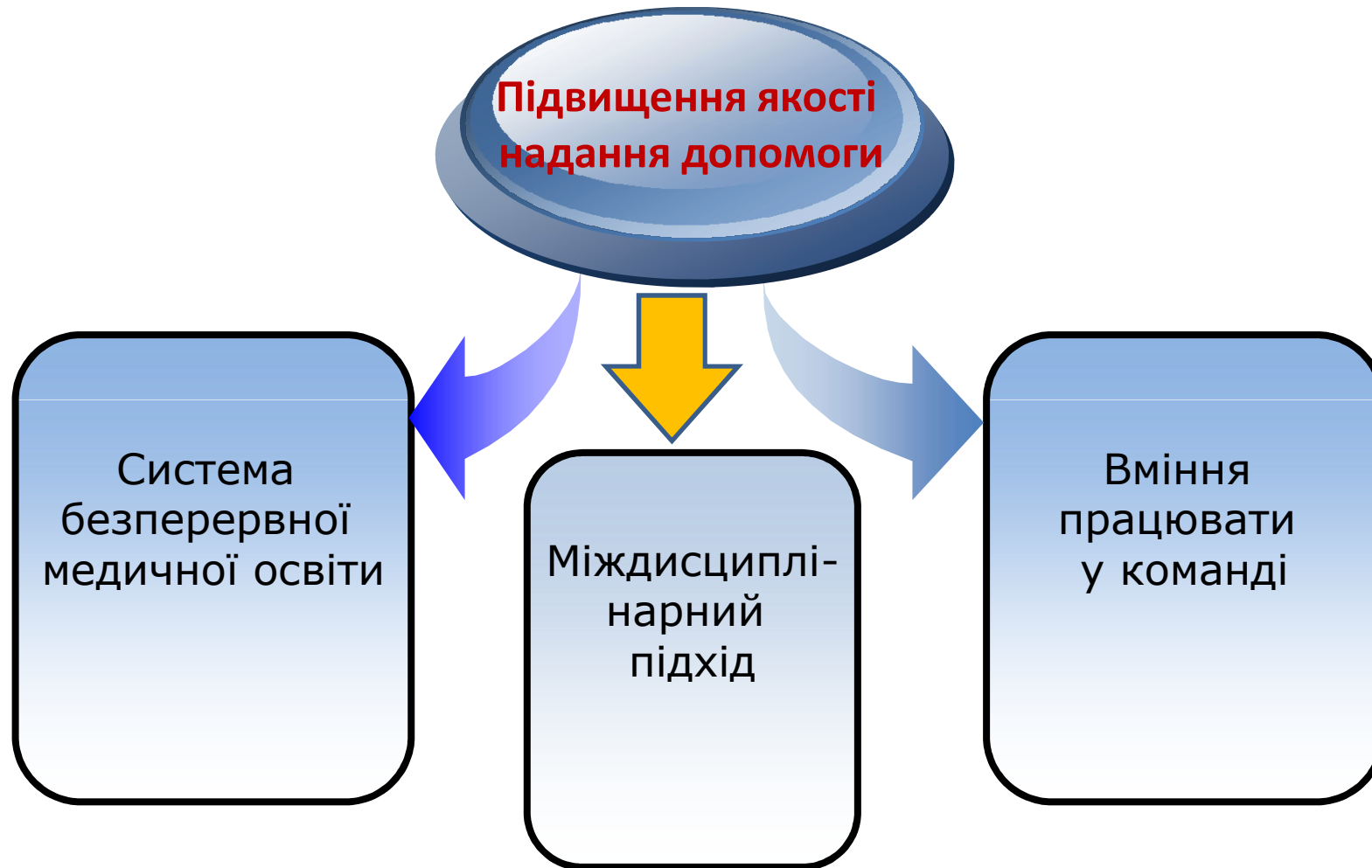
Кількість плодів з вродженими дефектами статини/контроль (4.1% проти 2.7% [ВШ] 1.5; [95% CI] 0.5–4.5, $P = 0.43$).

Викидні (ВШ 1.36, 95% CI 0.63–2.93, $P = 0.43$).

Передчасні пологи (16.1% проти 8.5%; ВШ 2.1, 95% CI 1.1–3.8, $P = 0.019$).



ПРОФІЛАКТИКА ПЕ



Date/country	1999 UK	1996 USA	2000 Canada	2003 UK
Course	MOET	ALSO	ALARM	PROMPT
Personnel	OB/Anaes	OB/ midwifery	OB/ midwifery/ family physicians	OB/ midwifery/ Anaes +++
Individual/team	Individual	Individual	Individual	Team
Distant/in situ	Distant	Distant	Distant	In situ*
Local/national	National	National	National	Local
Duration	3 days	2 days	2 days	1 day
Models	Yes	Yes	Yes	Yes
Description	Lectures/ actor moulage/ models	Lectures/ models	Case-based/ workshops	Lectures/ actor moulage & model team drills
Assessment	MCQ, scenario with individual feedback	MCQ, scenario with individual feedback	Written exam, skills stations	Individual and team feedback*

І Науково-практична конференція з міжнародною участю
«Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки»



12–13 травня 2016
Вінниця

Якість медичної допомоги не може бути вище рівня отриманої освіти



Пошук нових форм навчання ЩО ДОЗВОЛЯТЬ:

↑ *привабливість*
навчального процесу
(рольова навчальна
гра)



↑ *ефективність*
навчання
(не тільки побачити та
почути, а й зробити
самому багато разів)

↑ *засвоюваність*
навчального матеріалу («виживання»
знань та навичок)

Чому саме зараз симуляційний тренінг став необхідний?



- Висока технологічність
- Зростання обсягу навичок
- Фінансовий пресинг
- Прискорення темпу життя
- Юридичні аспекти

ПЕРЕВАГИ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

❑ Тренінг без ризику для пацієнтів

❑ Тренінг без стресу для курсанта

❑ Кількість повторів не обмежена

❑ Немає залежності від роботи клініки

Проте, наявність манекена у кімнаті не перетворює її у симуляційний центр



Переваги симуляційного навчання

- Вміння орієнтуватися в стресовій ситуації
- Використання фактичних знань
- Критичне мислення
- Командна взаємодія
- Рівень активності
- Швидкість реагування
- Співпраця
- Інтеграція

- Комунікативні навички
- Планування
- Стратегія
- Ініціативність
- Кілька рішень



Чому командна робота?

- Зменшення клінічних помилок
- Поліпшення результатів лікування пацієнтів
- Збільшення задоволеності пацієнтів
- Збільшення задоволеності персоналу
- Зменшення претензій в недбалості





2013



Сценарії	Прееклампсія, Еклампсія, СЛР, ППК, Дистоція плечиків, Септичний шок, Анафілактичний шок
Акушер-гінекологи	186
Анестезіологи	26
Акушерки	74
Загальна кількість курсантів	286
Успішно завершили сим.тренінг	52 / 18,2%

2016

ПРОФІЛАКТИКА ПЕ



ПРОФІЛАКТИКА ПЕ

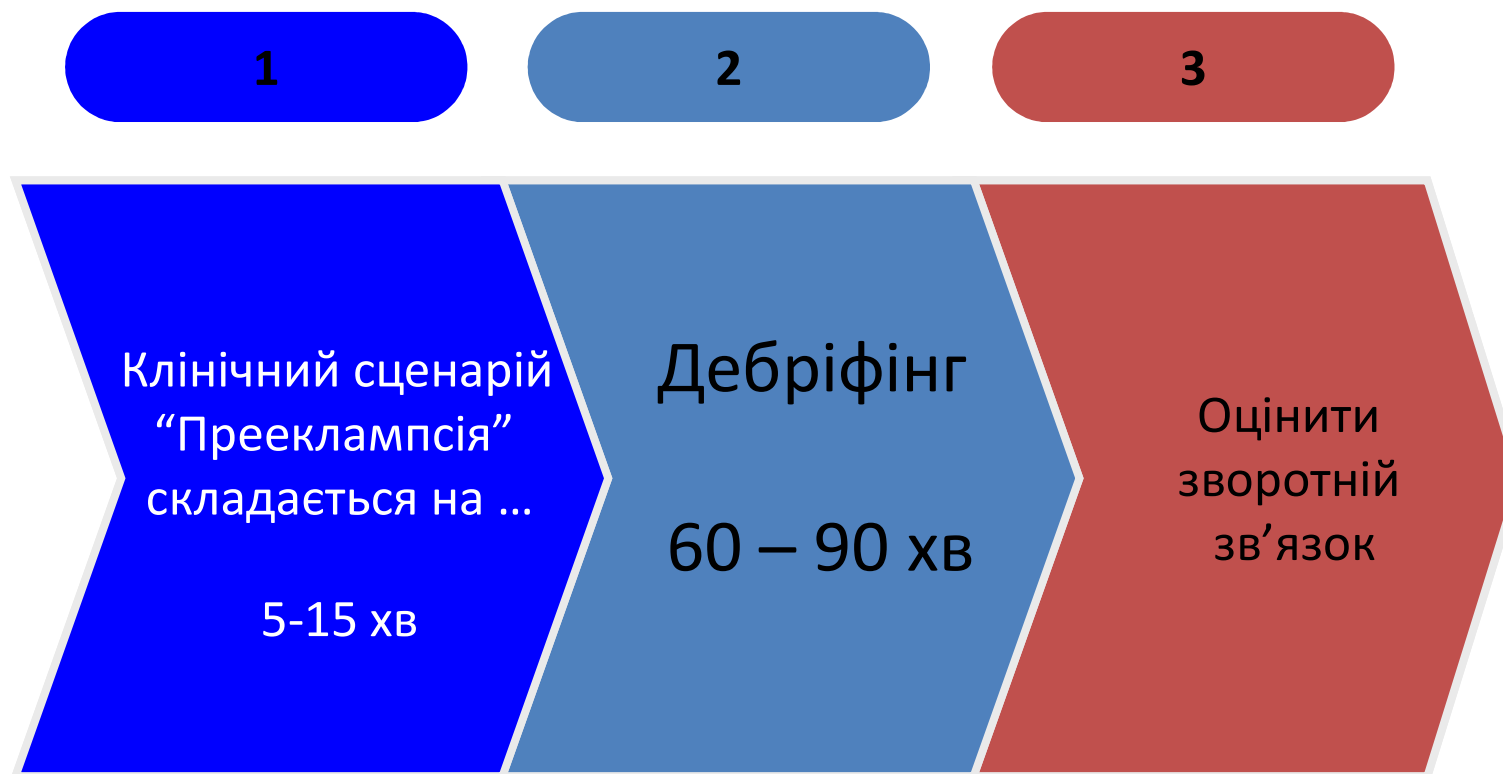
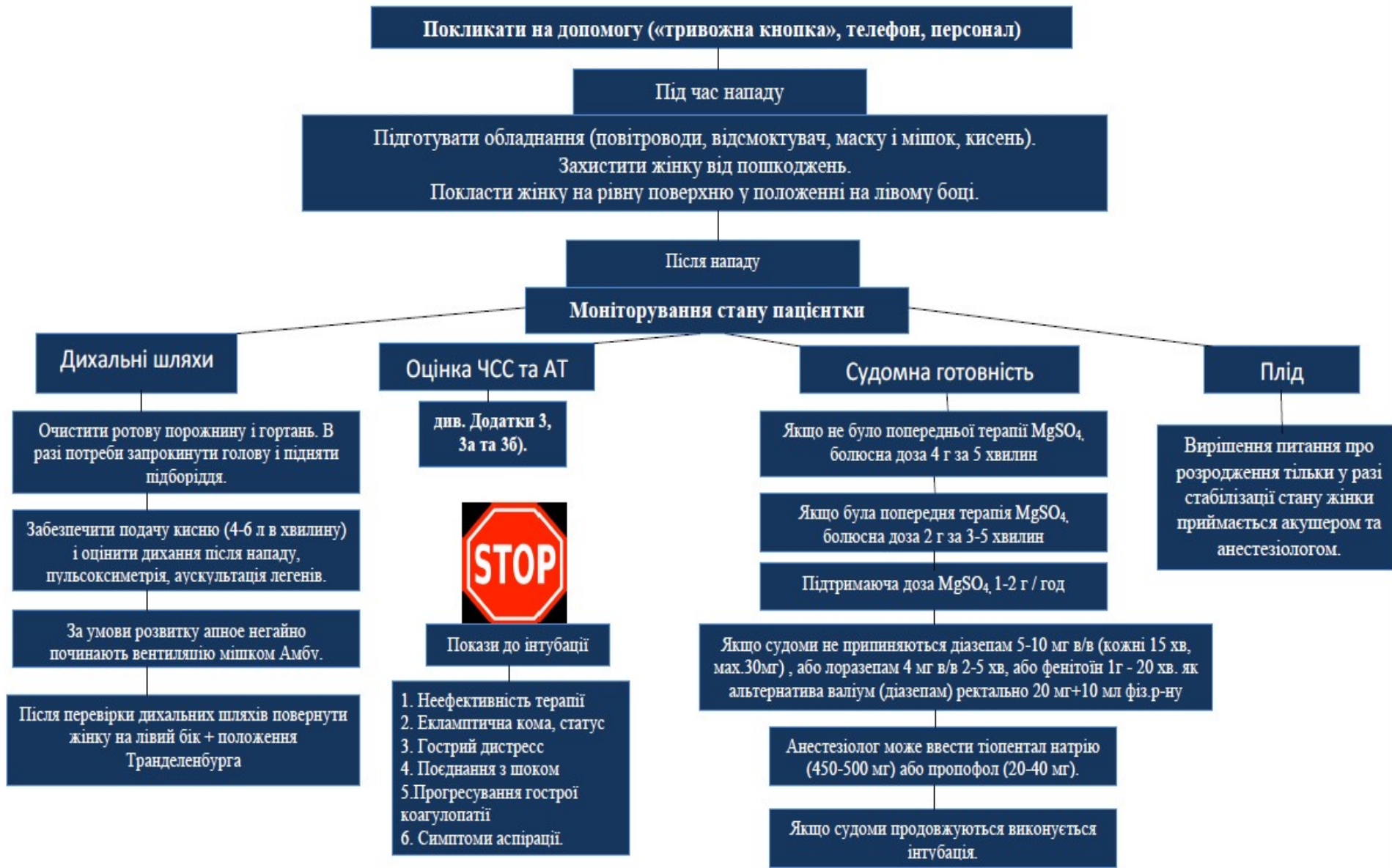


Схема тактики ведення та призначень при еклампсії



ПРОФІЛАКТИКА ПЕ

Кукуруза І.

ЗАТВЕРДЖЕНО:

Наказом УОЗ та К Вінницької ОДА

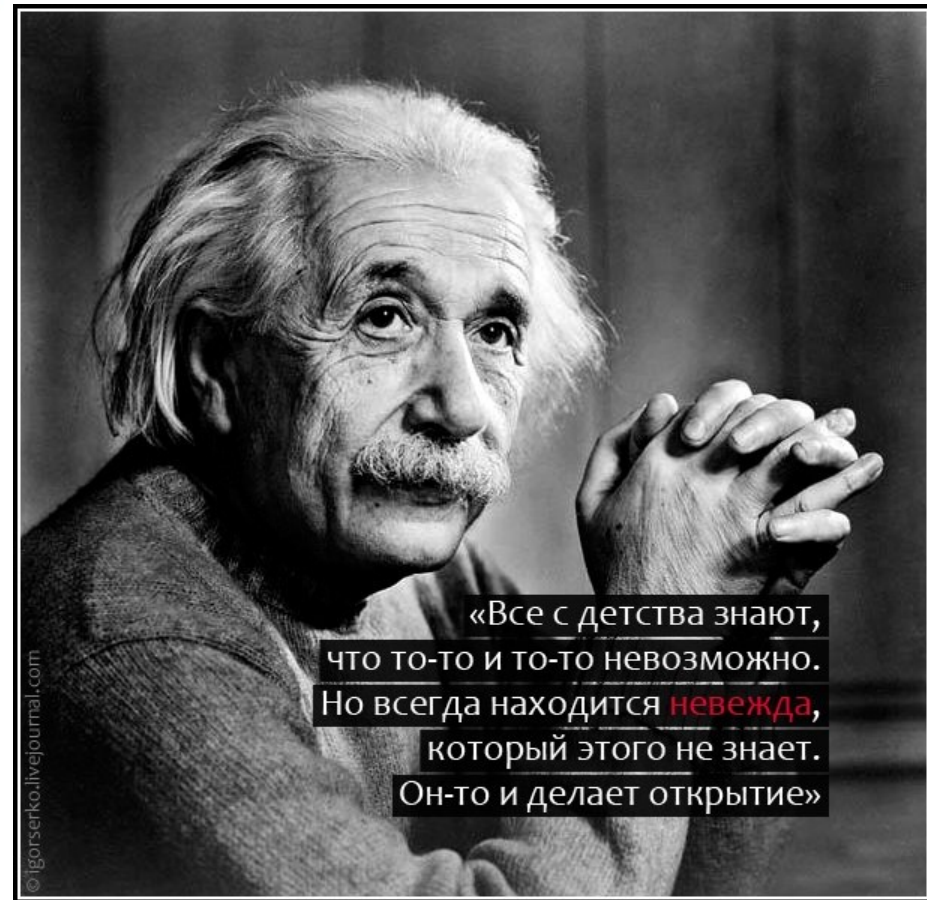
Від №

Локальний клінічний протокол з акушерської допомоги
«ПРЕДИКТОРИ, ПРОФІЛАКТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ
ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ ВАГІТНОСТІ»
Вінницька область

Для кого призначений протокол (користувачі): Медичні працівники рододопоміжних закладів, анестезіологи, сімейні лікарі.

Дата складання протоколу: 28.09.2012 року

Цей локальний клінічний протокол створений шляхом адаптації сучасних даних доказової медицини та найкращих світових клінічних практик і буде оновлений, в випадку надходження принципово нових даних. Дана інформація не повинна розглядатися як приписовий диктант по проведенню діагностичних процедур або курсів лікування, яких треба дотримуватись. Лікувальні установи може проводити поправки (клінічний маршрут пацієнта) до даного ЛПАД. Вони повинні бути чітко сформовані та задокументовані в разі зміни на місцевому рівні. Жодна з частин даного ЛПАД не може бути відтворена в будь-якій формі без попереднього письмового дозволу колективу авторів.



«Все с детства знают,
что то-то и то-то невозможно.
Но всегда находится **невежда**,
который этого не знает.
Он-то и делает открытие»

І Науково-практична конференція з міжнародною участю
«Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки»



12–13 травня 2016
Вінниця

ПРОФІЛАКТИКА ПЕ

СТАНДАРТ ДИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПРИ НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІ/ЕКЛАМПСІ

1.	Виміряти АТ, зафіксувати час звернення		
2.	Забезпечити положення жінки лежачи при АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст. На лівому боці під кутом щонайменше 15° або ручне зміщення матки в лівий бік		
3.	Викликати чергових лікарів при АТ $\geq 150/90$ мм рт.ст. та/або судомач («тривожна кнопка», телефон, персонал)		
4.	Повідомити адміністрацію лікарні (старшого чергового лікаря, або районного акушера-гінеколога, або заступника головного лікаря по медичній допомозі)		
5.	Катетеризація периферичної вени , катетер 16-18 G, а при АТ $\geq 180/100-110$ мм Hg – катетеризація 2-х вен для введення $MgSO_4$ та урапідилу.		
6.	Забір крові з периферичної вени для біохімічного аналізу (сечовина, креатинін, білірубін, загальний білок, АлТ), коагулограми (фібриноген, ПДФ, ППТ, Д-дімер), резус-фактору (за відсутності) та приліжкового тесту		
7.	Магнію сульфат - попередження судом та/або контроль судом *:		
	<i>Болус (нагрузочна доза)</i>	<i>Підтримуючий режим:</i>	<i>Корекція дози:</i>
	16 мл 25% р-ну $MgSO_4$ (4 г) + 34 мл NaCl - при АТ $\geq 160/110$ або клінічних ознаках тяжкої преєклампсії (головний біль, біль в епігастрії, блювання, порушення зору) – за 10-15 хвилин - при судомач – за 5 хв. ** - при повторі судом – $\frac{1}{2}$ дози (2 г) за 5 хв.***	30 мл 25% р-ну $MgSO_4$ (7,5 г) + 220 мл NaCl: $\frac{1}{1}$ г / год. (= 10 крапл./хв. = 0,5 мл/хв.) (24 год. після розродження або останнього приступу) Макс. добова доза – 32 г $MgSO_4$ Не припиняти введення $MgSO_4$ під час розродження!!!	ЧД ≥ 16 ; кількість сечі ≥ 25 мл / год. Продовжити інфузію $MgSO_4$ ЧД ≥ 16 ; кількість сечі 10– 25 мл/год. Дозу $MgSO_4$ зменшити в 2 рази ЧД < 16 ; кількість сечі < 10 мл / год. Припинити інфузію $MgSO_4$
	При передозуванні $MgSO_4$ – припинити введення $MgSO_4$ та в/в ввести 10 мл 10% р-ну глюконату кальцію за 10 хв.!!!		
8.	Антигіпертензивна терапія:		
	<i>АТ $> 150/90$ мм рт.ст.</i>	<i>АТ $> 180/100-110$ мм рт.ст.</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> Ніфедипін 1 табл. (10 мг) орально; повторити через 30 хв., якщо неадекватна відповідь (макс.: 100 мг/доб.) або Фармадипін 3–5 крапель під язик на цукрі; можна повторити через 5 хвилин (макс.: 10–15 кр./доб.). Метилдопа 250-500 мг 3-4 рази на добу. Після пологів – інгібітори АПФ (каптоприл, еналаприл) 	<ul style="list-style-type: none"> Урапідил. Болус (загрузочна доза): 2 – 5 мл (10 – 25 мг) в/в. Не розводити !!! Можна повторити болусну дозу ще двічі з інтервалом 2–5 хвилин до досягнення АТ 160-150/100-90 мм рт. ст. Підтримуючий режим: 20 мл урапідилу + 200 мл NaCl (співвідношення 1 : 10) або для інфузомата – 4 мл ебрантіла + 40 мл NaCl $\frac{9}{1}$ мг / год. (= 7 крапл./хв. = 0,33 мл/хв.) для утримання АТ 150/100-90 мм рт. ст. 	
9.	Викликати лаборанта <i>Обстеження СІТО!</i> ЗАК (гемоглобін, тромбоцити). Катетеризація сечового міхура – ЗАС (білок)		
10.	Викликати лікарів-консультантів (терапевт, невропатолог, окуліст).		
11.	Моніторингування стану жінки (дані фіксуються в листу спостереження) + Моніторингування ЧСС плода кожні 15 хв.		
	<i>Дихальні шляхи</i>	<i>Оцінка АТ і ЧСС</i>	<i>Контроль балансу рідини</i>
	При відсутності дихання – оцінити прохідність, очистити дихальні шляхи та при відновленні дихання - подача кисню через маску або канюлю 4 – 6 л/хв. При відсутності дихання – ШВЛ Сатурація O_2 , аускультация легень	При еклампсії або при АТ $\geq 160/110$ – кожні 10 хв. Після нормалізації АТ – контроль АТ - кожні 10 хв. впродовж 1 години - потім кожні 15 хв. впродовж 1 год. - потім кожні 30 хв. впродовж 1 год. - потім кожну 1 год. впродовж 4 год.	Введення рідини 60 – 80 мл / год. Контроль діурезу та випитої рідини Контроль ознак набряку легень – аускультация, рентген легень. При діурезі ≤ 100 мл за 3 – 4 год. – катетеризація центральної вени + моніторинг ЦВТ
	<i>Моніторинг при введенні $MgSO_4$:</i>		
	Кожні 30 хв. – колінні рефлекс, ЧД Щогодини – АТ, ЧСС, діурез, Температура, неврологічний статус, сатурації O_2 (не нижче 95%) Кожні 24 год. – ЕКГ		
12.	Вирішити питання про розродження після стабілізації стану вагітної. Метилергометин не застосовувати! Кетамін не застосовувати!!!		

* Діазепам (сібазон) показаний при: 1) судомач, що розвинулись до 20 тижнів вагітності; 2) інтоксикації $MgSO_4$.

** Якщо була попередня терапія $MgSO_4$ – болусна доза 2 г за 5 хв.

*** *Альтернативою* повторній болусній дозі $MgSO_4$ при повторенні судом є діазепам (сібазон) в/в 2 мл (10 мг) впродовж 2 хвилин в 10 мл 0,9% р-ну NaCl. Якщо судоми відновились або не

І Науково-практична конференція з міжнародною участю
«Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки»



12–13 травня 2016
Вінниця

Swiss TPH



Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

ПРОГРАМА
«ЗДОРОВ'Я
МАТЕРІ ТА ДИТИНИ»



MOTHER AND CHILD
HEALTH
PROGRAMME

ШВЕЙЦАРІЯ–УКРАЇНА

UKRAINE–SWITZERLAND

За підтримки Швейцарської Конфедерації



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

ДЯКУЄМО ЗА УВАГУ !

www.medsim.com.ua
www.facebook.com/medsimcentre

I Науково-практична конференція з міжнародною участю
«Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки»



12–13 травня 2016
Вінниця