

В первом случае мы связываем это с нечеткой формулировкой признаков клинической смерти в процессе всего обучения (в рекомендациях Европейского совета по реанимации 2010 г., на основе которых построен курс БСЛР, указаны только отсутствие сознания и дыхания у пострадавшего, в более же ранних рекомендациях присутствует определение пульса, проверка реакции зрачка и пр.). Большое количество неправильных ответов связанных с постановкой рук при СЛР связано, на наш взгляд, с многообразием способов определения идеальной точки приложения компрессий (2 см выше мечевидного отростка, граница средней и нижней трети грудины и пр.). В то время как в рекомендациях 2010 года определение точки звучит очень просто - «середина грудной клетки пострадавшего». Такое разночтение, безусловно, может запутать студента.

Наибольшее количество правильных ответов в обеих группах было дано в вопросе касающемся соотношения компрессий и искусственных вдохов. «Золотая формула» 30:2 звучит во всех рекомендациях, и большинство обучающихся это хорошо запомнили.

Закключение

1. Внедрение единого формата преподавания навыка БСЛР, безусловно, повышает качество его освоения.
2. Внедрение единой карты экспертной оценки позволит исключить, разночтения и недоработки со стороны экзаменатора.

АНАЛИЗ ОШИБОК ПРОВЕДЕНИЯ БАЗОВОГО РЕАНИМАЦИОННОГО ПОСОБИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Авраменко Е.А., Павлова А.И., Семенов С.А., Вахитов М.Ш.
ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург

В рамках программы подготовки интернов стоматологического факультета в ПСПбГМУ им. акад. И.П.Павлова на базе кафедры анестезиологии и реаниматологии в содружестве с симуляционным центром проводится цикл «Сердечно-лёгочная реанимация». Занятия по оказанию реанимационного пособия проводятся на современном симуляционном оборудовании, позволяющем отработать практически все аспекты названной манипуляции.

Известно, что при проведении сердечно лёгочной реанимации, существует ряд приёмов, неправильное выполнение которых влечет за собой тяжелые последствия, вплоть до фатальных. Для достижения наилучших результатов в процессе обучения необходимо иметь обратную связь и не только доносить до обучающихся полезную информацию, но и давать им возможность самим оценить свои действия, найти и исправить допущенные ошибки.

Целью нашей работы было провести детальный анализ допускаемых ошибок при выполнении реанимационного пособия.

Материалы и методы. В исследование вошли результаты входного контроля (перед началом занятия) 81 интерна стоматологического факультета. Участники исследования изучали тему «Сердечно-лёгочная реанимация» в период додипломного обучения, а также самостоятельно изучали данную тему при подготовке к настоящему циклу. В качестве симуляционного оборудования использован торс с программным обеспечением контроля качества выполнения манипуляций и система видеонаблюдения с возможностью записи видео на цифровые носители. Интерны, участвующие в исследовании, демонстрировали реанимационное пособие в течение 2 минут под наблюдением тренера и с видеорегистрацией всех выполняемых манипуляций. Оценивалась правильность проведения искусственной вентиляции

способом «ото рта ко рту» и непрямого массажа сердца. Принимая во внимание особенности симуляционного торса, такие параметры, как открывание рта и выдвижение вперед нижней челюсти, не учитывались.

Результаты. В процессе наблюдения за участниками исследования установлено, что разгибание головы было выполнено в 49% случаев, зажимание носовых ходов - в 60%, плотное прижатие губ реанимирующего ко рту «пострадавшего» зафиксировано у 46%. Смещение ладоней выше или ниже точки компрессии имело место у 51% обучающихся, смещение ладоней на рёбра - у 39%. Лишь 22% интернов выполняли компрессии только основанием ладони, не касаясь грудной клетки «пострадавшего» пальцами и только 50% соблюдала правильное соотношение компрессий к вдохам.

Закключение. Подробный анализ допущенных интернами ошибок показывает, что ещё на этапе додипломного обучения необходимо детально и более тщательно разбирать технику оказания реанимационного пособия, используя симуляционное оборудование, позволяющее наглядно продемонстрировать все элементы выполнения ег

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КОНКУРСА ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ НА БАЗЕ КАФЕДРЫ-ЦЕНТРА СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

аптыгина Е.В., Дябкин Е.В.

ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Минздрава России, Красноярск

Первым конкурсным заданием была визитка «Как важно вовремя прийти на помощь». Каждая из команд - участников в течение 5 минут должна была представить себя как «бригаду скорой помощи» в свободной форме с использованием любых форм презентации (компьютер, видео и т.п.), демонстрируя собственный стиль, артистизм, ораторское мастерство, способность к импровизации, умение быть обаятельным.

В теоретический этап вошли конкурсные задания «Знаю как» и «Знаю с помощью чего», где участникам предлагались последовательно 5 теоретических вопросов по экстренной и неотложной скорой медицинской помощи и 5 изображений медицинского оборудования по отдельному фрагменту.

Практический этап конкурса включал 4 конкурсных задания: «Удаление инородного тела»; «Базовая сердечно-легочная реанимация у взрослых и детей»; «Введение назначенных препаратов»; «Остановка кровотечения при переломе».

Практические навыки студенты демонстрировали на современных фантомах-симуляторах, а так же на актерам - волонтерах (студентов фармацевтического колледжа КрасГМУ).

Выполнение практических навыков оценивалось членами жюри с помощью листов экспертной оценки. С практическим этапом конкурса все команды успешно справились.

Проведение конкурсов по практическим навыкам в предложенном формате стимулирует студентов повышать уровень теоретических знаний и практических умений по оказанию экстренной и неотложной скорой медицинской помощи.

ОБУЧЕНИЕ ТЕХНИКЕ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ЛЕЧЕБНОМ ФАКУЛЬТЕТЕ ОРГМУ

Жакупова Г.Т., Снасапова Д.М., Юдаева Ю.А., Негодяева О.А., Аксарова Л.Д.

ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург

Современной технологией формирования практических навыков в медицинском образовании является симуляцион-

ные методы, которые позволяют моделировать клинические и иные ситуации в условиях, максимально приближенных к реальной обстановке медицинской организации. Преимуществом симуляционных технологий является абсолютная безопасность для жизни пациента, деятельности студента, возможность индивидуального подхода к обучению и неограниченного повторения манипуляции до формирования устойчивого навыка.

Традиционно практическая подготовка в системе медицинского образования всегда осуществлялась у постели больного, но такие навыки, как первая помощь при синдроме повреждения и особенно базовая сердечно-легочная реанимация, практически недоступны для студентов в условиях медицинских организаций, в то же время каждый выпускник обязан ими владеть. Симуляционное обучение является одним из наиболее эффективных методов приобретения практических навыков по оказанию первой помощи во внебольничных условиях.

В Оренбургском государственном медицинском университете на лечебном факультете реализуется симуляционная образовательная программа по организации и проведению СЛР на догоспитальном этапе, основанная на международных стандартах и данных доказательной медицины. Обучение СЛР проводится на базе Обучающего симуляционного центра ОрГМУ, в распоряжении которого имеются тренажеры различного уровня реалистичности, механические и с электронным контролем, позволяющие объективизировать процесс оценки результата студента.

Формирование навыков СЛР в объеме первой помощи начинается на 1 курсе, в последующие годы программой предусмотрены повторные практические занятия, включенные в рабочие программы клинических дисциплин, преподаваемых на старших курсах. Повторные занятия по СЛР проводятся не реже 2 раз в год, что способствует выработке устойчивого «поведенческого рефлекса» в случае клинической смерти пациента или пострадавшего. Тренинги на старших курсах рационально сочетают в себе теорию и практику, разбор реальных клинических случаев, самостоятельную работу на манекенах и фантомах, в обязательном порядке предусматривают деловые игры по неотложным состояниям.

Таким образом, обучение методике СЛР в условиях симуляционного центра позволяет сформировать устойчивый навык проведения СЛР с использованием подручных и табельных средств в соответствии с современными алгоритмами оказания неотложной помощи, дает возможность выработать нетехнические навыки (основы работы в команде).

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ МЕТОДИКЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНЕСТЕЗИИ С ПОМОЩЬЮ РОБОТИЗИРОВАННОГО СИМУЛЯЦИОННОГО КОМПЛЕКСА.

Скобелев Е.И., Пасечник И.Н., Мещеряков А.А., Блохина Н.В., Волкова Н.Н.

ФГБУ ДПО «ЦГМА» УД Президента РФ, Москва

Овладение методикой общего обезболивания является важным этапом подготовки врачебных кадров в области анестезиологии и реаниматологии. Особенности данного этапа и его хронологию во многом определяет исходный уровень теоретической и мануальной готовности учащегося. Традиционное обучение предусматривает фрагментарное освоение техники анестезиологического пособия, при котором формирование различных знаний и навыков происходит в ходе проведения разных типов теоретических и практических занятий, без учета перманентности и индивидуальных

особенностей течения общей анестезии. При классической схеме обучения в клинической ординатуре к подконтрольному проведению анестезиологического пособия допускают слушателей, сдавших теоретические и практические зачеты. Сумма необходимых знаний и умений создает предпосылки успешности первого клинического опыта, причем, по нашим наблюдениям, положительная табельная успеваемость ординатора еще не является гарантией такой успешности, во многом благодаря эклектичности традиционных обучающих методов, практически несвойственной симуляционным тренингам. В настоящем исследовании мы сравнили результаты традиционного и симуляционного обучения методике ингаляционной комбинированной анестезии. По данной составляющей учебной программы проанализировали успеваемость 2-х групп клинических ординаторов. В 1-ю группу вошло 42 человека, а во 2-ю включено 27 человек последних 7-ми лет обучения. В обеих группах было проведено одинаковое количество теоретических и практических занятий в приблизительном временном отношении 40% к 60%, в ходе которых изучали особенности проведения общей комбинированной анестезии с внутривенной индукцией и поддержанием с применением ингаляционного анестетика севофлурана, причем практикум для ординаторов 1-й группы сводился к участию в проведении похожих анестезий в качестве вспомогательного персонала, а 2-я группа изучала нюансы протекания анестезии на роботизированном симуляторе 6-го уровня реалистичности. Результаты оценивали с помощью зачетного тестирования и 5-ти анестезий в клинических условиях с параметрами, близкими к изучавшимся и под наблюдением куратора. Основным требованием к критерию успешности обучения в данном исследовании мы посчитали его неизменность в обеих группах наблюдения. Поэтому в качестве рандомизирующего фактора использовали прогрессивную 10-ти бальную оценочную шкалу, учитывающую 4 бинарных фактора со шкалой от 0 до 1-го балла (результаты сдачи тематических зачетов по теории и практики анестезии) и 2 вариативных фактора со шкалой от 0 до 3-х баллов (техника, скорость интубации трахеи, стабильность поддержания анестезии и своевременность пробуждения). В данном исследовании мы выделили и изучили подкритерий, при котором хотя бы один из вариативных факторов оценивается в 0 баллов, с общей оценкой менее 7-ми баллов, что, естественно, приводит к подмене испытуемого куратором в ходе анестезии. В результате обработки полученных данных была показана статистически достоверная разница в уровне подготовки групп ординаторов. Среднее количество баллов у слушателей 2-й группы более, чем на 21% превышало показатель 1-й группы, что выглядит вполне логичным. Наряду с этим, мы отметили, что в обеих группах в течение 5-ти клинических анестезий был незначительный и статистически незначимый процент анестезий с оценкой ниже 7-ми баллов, свидетельствующий о риске утраты ординатором контроля за течением анестезии. Таким образом симуляционное обучение может обеспечить наилучшие результаты при изучении сложных лечебных процессов, таких как комбинированная анестезия с ингаляционным компонентом. В то же время программы, как традиционной, так и симуляционной обучения необходимо формировать с учетом существующей проблемы преемственности доклинического и клинического этапов приобретения врачебного опыта.