

цинские специалисты среднего звена систематически повышают профессиональный уровень и квалификацию; в рамках постоянно действующей системы практикоориентированного обучения налажена работа по отработке практических навыков и оказания неотложной медицинской помощи с использованием современных симуляционных технологий обучения. Для обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи необходимо продолжать работу по повышению профессионального уровня специалистов. И в первую очередь – руководителей сестринским делом по образовательной программе «Организация сестринского дела». Стимулировать активность по повышению квалификационных категорий медицинских работников.

Одной из важнейших задач является постоянный мониторинг профессиональных компетенций медицинских работников, поскольку качество оказания медицинской помощи во многом определяется уровнем их квалификации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. О профессиональной аттестации медицинских, фармацевтических и иных работников здравоохранения : Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 мая 2021 г. № 70. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W22136890> (дата обращения: 29.08.2025).

2. Матвейчик, Т. В. Теория сестринского дела : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск : Вышэйшая школа, 2016. – С. 61–82..

УДК 614.88:616-071: 374.7:378

А. Л. Станишевский, Ю. А. Соколов, Н. П. Новикова

*Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР – БАЗОВЫЙ ЭЛЕМЕНТ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ И СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Введение

Стремительный прогресс науки и техники, рост темпа и ритма современной жизни приводят к неуклонному росту так называемой экстремальной патологии (политравма, отравления, электротравма, внегоспитальная остановка сердца, острые нарушения мозгового кровообращения и др.) и к росту общего коэффициента смертности от внешних причин. Также к принципиальным вызовам системам здравоохранения различных стран следует отнести устойчивый тренд на увеличение количества и масштабов природных и техногенных чрезвычайных ситуаций, сопровождающихся многообразием патологии, а также значительным количеством пострадавших. Прогрессивное развитие медицины критических состояний, безусловно, способство-

вало улучшению исходов и показателей лечения отмеченной выше группы пациентов. Вместе с тем, не вызывает сомнения факт, что судьба пострадавшего в критическом состоянии с изначально благоприятным прогнозом для жизни в подавляющем большинстве случаев решается не на операционном столе или реанимационном отделении госпитального этапа, а на месте происшествия при оказании первой помощи (ПП) и скорой медицинской помощи (СМП). Концепция «золотого часа» диктует жизненную необходимость в оказании качественной и своевременной ПП и СМП при как при тяжелой травме, так и соматической катастрофе.

Случайному свидетелю происшествия и медицинскому работнику «первого контакта» при оказании ПП и СМП на догоспитальном этапе необходимо виртуозно владеть навыками первичного осмотра и строго следовать правилу «максимум информации за минимум времени» при проведении клинического обследования пострадавшего сразу после травмы, а также его динамическом наблюдении на месте происшествия и в процессе транспортировки, четко ориентироваться в тонкостях диагностики жизнеугрожающих состояний, досконально знать методики мероприятий интенсивной терапии и сердечно-легочной реанимации (СЛР). Также следует отметить, что в целом успешная ликвидация медицинских последствий чрезвычайных ситуаций возможна только лишь при функционировании единой доктрины оказания скорой медицинской помощи, включающей унифицированную медицинскую тактику на месте происшествия, последовательное наращивание объема ПП и СМП пострадавшим «от простого к сложному» в зависимости от доступных медицинских и немедицинских ресурсов, а также преемственность в работе как различных экстренных служб, так и этапов оказания медицинской помощи.

Цель

Предложить унифицированный порядок первичного осмотра на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования

Материалы исследования – нормативные правовые акты Республики Беларусь и Российской Федерации по указанной проблеме, результаты анонимного анкетирования. Методы исследования – статистический, аналитический, логическое и информационное моделирование.

Результаты исследования и их обсуждение

За период июль 2023 – июнь 2024 года проведено анонимное анкетирование респондентов без медицинского образования. Из 1110 участников опроса 237 (21,4 %) вообще не готовы к оказанию ПП, 305 (27,5 %) – не имеют представления о порядке первичного осмотра пострадавшего на месте происшествия, 320 (28,8 %) – владеют устаревшей и неактуальной ин-

формацией и лишь 248 (22,3 %) респондентов проведут первичный осмотр и окажут ПП в соответствии с современными международными стандартами.

Проведенный регрессионный анализ показал отсутствие связи между знаниями населения правил проведения первичного осмотра и прохождением обучения практическим навыкам ПП и СЛР (ОШ: 1,1; 95 % ДИ: [0,8–1,7]; $p=0,600$). В тоже время основным фактором, способствующим повышению уровня знаний респондентов о протоколе базовой СЛР является прохождение практического обучения навыкам по оказанию ПП и СЛР ($p = 0,015$; ОШ = 5,7; 95 % ДИ = 1,4 – 23,4) [1].

Как результаты опроса, так и проведенный анализ нормативной правовой базы (НПБ) Республики Беларусь и учебно-методического обеспечения обучения как населения [2, 3, 4], так и медицинских работников навыкам проведения первичного осмотра подтверждают факт отсутствия в стране единого подхода к порядку его проведения. Существующие нормативные правовые акты, содержащие порядок осмотра пострадавшего на месте происшествия и последовательность оказания необходимой помощи на догоспитальном этапе, либо морально устарели и содержат спорную информацию, либо имеют ограниченный спектр применения.

В марте 2025 года был издан приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь о формировании рабочей группы [5]. Одной из задач данной рабочей группы стала разработка порядка действий на месте происшествия (первичный осмотр) при оказании ПП и СМП пострадавшим (пациентам).

На данный момент разработан проект постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О порядке первичного осмотра».

Порядок действий на месте происшествия при оказании ПП и СМП пострадавшим состоит из нескольких последовательных этапов (алгоритм DRSABCDE).

1 этап – D (Danger) – осмотр места происшествия и определение наличия угрожающих факторов для оказывающего помощь и пострадавшего. Общая оценка ситуации, определение путей высвобождения пострадавшего, привлечения дополнительной медицинской помощи, вызова сотрудников МЧС или МВД, необходимости проведения медицинской сортировки. Применение средств индивидуальной защиты, соответствующих характеру происшествия.

2 этап – R (Revision) – обзорный осмотр пострадавшего на предмет наличия жизнеугрожающего наружного кровотечения и травм (в первую очередь шейного отдела позвоночника), определение механизма повреждения (механическая, химическая травма, анафилаксия и др.) и сбор первичного анамнеза. R (Response) – определение наличия и уровня сознания пострадавшего по шкале AVPU.

3 этап – S (Send for help) – обращение за помощью (привлечение медицинских работников, вызов бригады СМП, других специальных служб). S (Stop bleeding) – остановка жизнеугрожающего кровотечения. S (Support the head, neck and spine) – ручная стабилизация шейного отдела позвоночника (при необходимости) для выполнения медицинского вмешательства.

4 этап – A (Airway) – оценка и обеспечение проходимости дыхательных путей (ДП).

5 этап – B (Breathing) – оценка наличия (адекватности) дыхания, необходимости проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

6 этап – C (Circulation) – оценка наличия и состояния кровообращения. C (Compressions, Cardiopulmonary resuscitation) – проведение СЛР, дефибрилляции (согласно действующим клиническим протоколам). C (Control bleeding) – контроль кровотечения. Обеспечение венозного доступа, проведение инфузионной терапии и оценка потребности в вазопрессорах, кардиотонических и других лекарственных средствах.

7 этап – D (Disability) – оценка уровня сознания, выявление неврологических нарушений. Оценивается уровень сознания, согласно шкале ком Глазго (ШКГ), наличие очаговой и менингеальной симптоматики, а также размер и реакция зрачков на свет. Для первоначальной диагностики острого нарушения мозгового кровообращения – проведение теста FAST (BE FAST). При нарушении сознания – определение уровня глюкозы и коррекция гликемии. При ШКГ 8 баллов – принятие решения о методе обеспечения проходимости ДП и ИВЛ. Оценка интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале.

8 этап – E (Exposure) – проведение детального осмотра пострадавшего «от головы до пят» с последующим оказанием необходимого объема помощи, определение механизма повреждения, сбор анамнеза. Документирование состояния пострадавшего с указанием оценки уровня сознания, показателей дыхания, кровообращения, психического статуса и др.

Выводы

Приведенный алгоритм первичного осмотра может быть использован при обучении как физических лиц без медицинского образования навыкам ПП, так и специалистов первого контакта, оказывающих как первую, так и скорую медицинскую помощь на месте происшествия.

Внедрение в практику предлагаемого алгоритма позволит максимально сократить время принятия решения, улучшить качество и увеличить объем оказываемой первой и скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, что крайне необходимо для снижения уровня смертности и является залогом дальнейшего успеха при лечении пострадавших всех категорий. Использование мнемонических приемов позволяет запоминать информацию с однократного восприятия каждого элемента и способствует повышению качества обучения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Станишевский, А. Л. Базовая сердечно-лёгочная реанимация: анализ знаний населения мегаполиса / А. Л. Станишевский, Ю. А. Соколов, Т. В. Матвейчик // Медицинская сестра. – 2025. – Т. 27, № 4. – С. 33–37. – DOI: 10.29296/25879979-2025-04-08.
2. Организационно-правовые аспекты оказания первой помощи: анализ осведомленности населения / А. Л. Станишевский, Ю. А. Соколов, В. Н. Сокольчик, В. В. Сенатор // Медицинские новости. – 2024. – № 7 (358). – С. 43–49.
3. Первая помощь: вопросы информирования, мотивации и обучения населения / А. Л. Станишевский, Ю. А. Соколов, А. Л. Тимошук, Н. П. Новикова // Медицинские новости. – 2024. – № 12 (363). – С. 19–23.
4. Станишевский, А. Л. Некоторые аспекты готовности населения к оказанию первой помощи / А. Л. Станишевский // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2025. – Т. 14, № 2. – С. 416–422. – DOI: 10.23934/2223-9022-2025-14-2-416-422.
5. О создании рабочей группы : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 марта 2025 г. № 287 // КонсультантПлюс. Беларусь : справ. правовая система (дата обращения: 12.09.2025).

УДК 618.14-089.85:004.855.5

**О. А. Теслова, Н. В. Мирончик, Л. М. Можейко, Л. Н. Скакун,
О. С. Лобачевская, К. В. Белонович, Е. М. Кострова, Е. Н. Альферович,
Д. С. Петрова, Н. М. Потоцкая, А. С. Мисевич**

*Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВЫСОКОРЕАЛИСТИЧНОГО МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО МАСТЕР-КЛАССА «КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ»

Введение

Кесарево сечение является наиболее распространенным акушерским хирургическим вмешательством, навыком проведения которого должен обладать врач-специалист хирургического профиля и универсально владеть каждый врач-акушер-гинеколог [1]. Вместе с тем, при проведении кесарева сечения задействованы как специалисты службы родовспоможения, так и специалисты анестезиологической и педиатрической служб.

Современные технологии симуляционного обучения позволяют формировать устойчивые хирургические компетенции без риска осложнений для пациента [2], что особенно важно для навыков проведения родоразрешающих хирургических вмешательств, учитывая социальную значимость показателей материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Вместе с тем, успех симуляционного обучения определяется степенью реалистичности клинической ситуации и погружением обучающегося в симулированную среду [3].

Цель

Разработать и провести высокореалистичный мультидисциплинарный мастер-класс (МК) «Кесарево сечение» и оценить временные, трудовые