

6. Грошилин, С. М. Опыт использования инновационных немедикаментозных технологий для расширения психофизиологических возможностей организма лиц опасных профессий // С. М. Грошилин, Ю. Е. Барачевский, Д. Н. Елисеев // Материалы Межотрасл. науч.-практ. конф. «Кораблестроение в 21 веке: состояние, проблемы, перспективы» («ВОКОР-2014»). – СПб. – 2014. – С. 111–116.

7. Горанчук, В. В. Гипокситерапия / В. В. Горанчук, Н. И. Сапова, А. О. Иванов. – СПб: ООО «ОЛБИ-СПб», 2003. – 536 с.

УДК 614.88:616-071:378

**А. Л. Станишевский¹, Ю. А. Соколов¹, А. Е. Жинко²,
Н. П. Новикова¹, О. А. Воробей²**

*¹Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»,*

*²Учреждение здравоохранения
«Городская станция скорой медицинской помощи»,
г. Минск, Республика Беларусь*

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР – БАЗОВЫЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Введение

Качество медицинской помощи (КМП) – совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациента, своевременность оказания медицинской помощи, степень ее соответствия клиническим протоколам и иным нормативным правовым актам в области здравоохранения, а также степень достижения запланированного результата оказания медицинской помощи.

Важнейшими критериями КМП являются: эффективность; безопасность; своевременность; способность удовлетворить ожидания и потребности пациента; стабильность осуществления лечебного процесса и результата; адекватность; доступность; преемственность и непрерывность.

Обеспечение качества необходимой медицинской помощи населению, базовой составляющей которой является скорая медицинская помощь (СМП), является основой нормативных правовых актов, определяющих оценку и развитие всей системы здравоохранения. СМП – самый массовый, доступный и бесплатный вид медицинской помощи, ее состояние рассматривается как фактор национальной безопасности.

Эффективное реагирование на медицинские последствия чрезвычайных ситуаций, равно как и штатное оказание СМП, детерминировано функционированием единой концепции системы управления службой СМП. Данная концепция предполагает поддержание постоянной готовности службы к работе в различных режимах (повседневном, повышенной готовности и чрезвычайном), внедрение унифицированной тактики на месте происшествия, соблюдение принципа преемственности и поэтапное наращивание объема медицинских мероприятий – от базовых до специализированных.

Практическая реализация положений данной концепции непосредственно зависит от качества первичного звена диагностики, в системе которого критическое значение приобретает первичный осмотр (ПО). Случайному свидетелю происшествия и медицинскому работнику «первого контакта» необходимо в совершенстве владеть навыками ПО, строго следуя принципу «максимум информации за минимум времени» при проведении клинического обследования пострадавшего сразу после травмы, а также при его динамич-

ческом наблюдении на месте происшествия и в процессе транспортировки. Это требует четкой ориентации в тонкостях диагностики жизнеугрожающих состояний и досконального знания методик интенсивной терапии.

Необходимость высокого уровня подготовки кадров соответствует вектору государственных приоритетов. В рамках Государственных программ «Здоровье нации» и «Беларусь интеллектуальная» (подпрограмма «Профессиональные кадры») на 2026–2030 годы и Концепции развития системы управления службой скорой медицинской помощи в Республике Беларусь предусмотрено создание условий для повышения оперативности и качества СМП, а также обновление образовательных стандартов с акцентом на практическую направленность.

Одним из решений в реализации указанных программных задач выступает актуализация нормативно-правового и организационно-методического обеспечения системы управления КМП службы СМП.

Цель исследования

На основе системного анализа деятельности службы скорой медицинской помощи обосновать внедрение унифицированного первичного осмотра как ключевого фактора обеспечения качества медицинской помощи.

Материалы и методы исследования

В основу работы положен системный подход, реализованный в период 2023–2025 гг., включающий анализ значимых научных публикаций по теме исследования, нормативных правовых актов, регулирующих вопросы оказания скорой медицинской помощи в Республике Беларусь и за рубежом, а также анализ деятельности службы СМП Республики Беларусь.

Методы исследования: общенаучные методы (системный анализ, контент-анализ, ретроспективный анализ, метод экспертных оценок) статистический анализ.

Результаты и их обсуждение

Повышение эффективности службы СМП в современных условиях неразрывно связано с минимизацией диагностических и тактических рисков. На основании многофакторного анализа отечественной и зарубежной литературы, а также ретроспективного изучения экспертных оценок качества оказания медицинской помощи, выявленные дефекты оказания СМП разделены на четыре репрезентативные группы:

- 1 группа – дефект сбора информации о пациенте: дефекты сбора анамнеза, исследования и описания объективного статуса, лабораторного и инструментального исследования;
- 2 группа – дефекты диагноза: ошибки в формулировке и содержании диагноза;
- 3 группа – дефекты лечения: неоказание или несвоевременное оказание необходимой медицинской помощи, отсутствие оценки динамики состояния и эффективности лечения, неадекватное лечение;
- 4 группа – дефекты преемственности: первая помощь – СМП – стационар.

Неполноценный первичный осмотр выступает в роли детерминированной «точки входа» для каскадного нарастания медицинских ошибок. Анализ практической деятельности показывает, что дефекты 1-й группы (сбор информации) предопределяют ошибки 2-й группы (верификация диагноза) и коррелируют с выбором неадекватной лечебной тактики (3-я группа). В основе данной патологической детерминации лежит недостаточная оценка механизма травмы, что сводит обследование к фиксации лишь видимых повреждений, создавая высокий риск пропуска скрытых травм, напрямую влияющих на

выживаемость пациента и несоблюдение международного протокола DRSABCDE. Игнорирование алгоритма DRSABCDE лишает осмотр системности. Вместо последовательного исключения жизнеугрожающих состояний бригада фокусируется на «ярких», но второстепенных признаках, что в сочетании с незнанием механизма травмы создает ситуацию «диагностической слепоты». Без прицельного поиска, продиктованного механизмом воздействия, скрытые повреждения остаются за рамками внимания, формируя ложный диагноз (2 группа) [1, 2].

Закономерным итогом неполноценного первичного осмотра становится феномен «маскированного» клинического профиля, с которым пациент поступает в организацию здравоохранения (ОЗ). В ОЗ медицинские работники, получая пациента с заведомо неверно интерпретированной доминантой повреждения, вынуждены начинать диагностический поиск с нуля, либо, что еще опаснее, временно принимать ложный диагноз бригады СМП за истину. Это приводит к потере «золотого часа» – критического временного промежутка, когда оказание помощи наиболее эффективно. Скрытая травма манифестирует уже в отделении ОЗ в виде жизнеугрожающих осложнений. В данном случае дефект догоспитального этапа напрямую трансформируется в угрозу летального исхода на этапе стационарного лечения, формируя искаженную статистику и затрудняя объективную оценку качества работы как СМП, так и самой ОЗ.

По данным Omgі M. et al. (2017) – на догоспитальном этапе чаще всего остаются нераспознанными: травмы брюшной полости – 62,5%; травмы таза – 61,1%; травмы грудной клетки – 41,7%; травмы позвоночника – 38,1%; травмы конечностей – 20% [3]. По данным Brandler E. S. et al. (2015) – 38% острых нарушений мозгового кровообращения не были идентифицированы на догоспитальном этапе медицинскими работниками [4].

Согласно систематическому обзору Vieira et al. (2025), частота пропущенных повреждений достигает 20–30% у пациентов с политравмой, причем значительная часть выявляется лишь посмертно. Ключевые факторы риска – высокий балл по шкале ISS, нарушение сознания и когнитивные искажения, в частности феномен «якорения» – необоснованная фиксация на первом впечатлении от внешних повреждений [5].

Высокоэнергетическая травма (падение с высоты, ДТП на высокой скорости, минно-взрывная травма) диктует необходимость безусловного предположения о наличии скрытых повреждений вплоть до доказательства обратного. Однако, как показывает практика, бригады, не владеющие биомеханикой травмы и законами кинетики, склонны оценивать тяжесть состояния пациента по внешним, наиболее зрелищным повреждениям.

Протокол DRSABCDE выступает когнитивным «якорем», удерживающим мышление от хаотичного переключения на второстепенные детали. Последовательность шагов обеспечивает принцип «сначала лечи то, что убивает прямо сейчас». Оценка циркуляции (C) с прицельным поиском скрытого кровотечения становится наиболее критическим этапом для предотвращения летального исхода. Лишь после стабилизации витальных функций (A, B, C) алгоритм допускает неврологическую оценку (D) и полный осмотр (E), где фиксируются «яркие» повреждения.

Таким образом, жесткая стандартизация первичного осмотра по принципу «максимум прогностической информации за минимум времени» на базе знаний механизма травмы и алгоритма DRSABCDE является основополагающим условием прерывания каскада ошибок. Это обеспечивает адекватную маршрутизацию и предотвращает передачу в стационар пациентов с «маскированным» клиническим профилем, критически повышая качество оказания скорой медицинской помощи.

Отдельно следует остановиться на 4 группе дефектов (дефекты преемственности первая помощь – СМП). Основные проблемы преемственности между первой помощью

(ПП) и СМП связаны с отсутствием единой системы передачи информации, страхом юридической ответственности у очевидцев и недостаточным уровнем подготовки населения, а также отсутствием единых протоколов взаимодействия. Преемственность нарушается, когда действия на месте происшествия по оказанию ПП не согласуются с последующими действиями медицинских работников.

Проведенное авторами в 2023–2025 гг. комплексное исследование готовности населения к оказанию ПП, показало, что высокую степень готовности к оказанию ПП показали 16,6% респондентов, среднюю – 50,7%, низкую – 32,7% и лишь 22,1% респондентов осведомлены о правилах проведения первичного осмотра пострадавшего в критическом состоянии на месте происшествия [6, 7]. Невысокий уровень готовности населения обусловлен отсутствием нормативно закреплённого унифицированного подхода при обучении ПП на уровнях общего среднего, профессионально-технического, средне-специального, высшего, дополнительного образования взрослых и непосредственно на предприятии. Большинство образовательных программ и учебно-методического материала разрабатываются без участия Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Учебные издания, рекомендованные для учебно-методического обеспечения реализации образовательных программ по ПП, имеют различные структуру и содержание, не в полной мере соответствуют нормативно-правовой базе Республики Беларусь в части, касающейся ПП, и не всегда включают учебные материалы, необходимые для формирования должной психологической готовности и мотивации обучаемых к оказанию ПП.

Выводы

Решение вышеуказанных проблем требует системного подхода, объединяющего нормативное регулирование и актуализацию образовательных стратегий. Центральным элементом этой траектории выступает внедрение унифицированного порядка первичного осмотра на догоспитальном этапе. В 2025 году рабочей группой Министерства здравоохранения Республики Беларусь совместно с кафедрой скорой медицинской помощи и медицины катастроф Института повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет» разработан проект Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О порядке первичного осмотра». Данный документ устанавливает жесткий методологический стандарт обследования, сводя к минимуму влияние субъективного фактора, исключая риск «диагностической слепоты» и когнитивных искажений у медицинских работников, обеспечивает необходимую юридическую защищенность.

Внедрение стандартизированного протокола, базирующегося на международном алгоритме DRSABCDE, позволяет реализовать принцип «максимум прогностической информации за минимум времени». Это обеспечивает последовательное исключение жизнеугрожающих состояний и обязательный учет механизма травмы, что является фундаментальным условием для выявления латентных повреждений и прерывания каскада диагностических и тактических ошибок.

Параллельно с нормативным закреплением порядка осмотра начата критически важная модернизация программного и учебно-методического обеспечения. Учебно-методическое пособие «Первичный осмотр», подготовленное в рамках данного исследования, служит инструментом практической трансляции современных стандартов. Оно предназначено для непрерывного профессионального обучения широкого круга специалистов: от врачей и фельдшеров СМП, врачей-специалистов амбулаторно-поликлинического звена и врачей «первого контакта» до студентов медицинских вузов, колледжей и преподавательского состава. А при определенной адаптации – для обучения населения.

На основании алгоритмов первичного осмотра планируется внедрение в практику протоколов организации оказания скорой медицинской помощи пациентам при массовой травме на догоспитальном этапе (проект приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об организации оказания скорой медицинской помощи пациентам при массовой травме», включающий порядок направления бригад СМП, создания резерва бригад СМП, координации действий бригад СМП на месте происшествия, определения приоритетности оказания медицинской помощи пострадавшим, организации медицинской транспортировки (эвакуации) и дистанционного консультирования исполнителей первой помощи (проект приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Порядок дистанционного консультирования исполнителей первой помощи на месте происшествия специалистами скорой медицинской помощи»). А с целью повышения готовности населения к оказанию ПП – нормативно закреплённого порядка оказания ПП (проект постановления Совета Министров Республики Беларусь «Порядок оказания первой помощи» и информационно-аналитической системы «Первая помощь» (проект приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь «О создании единой информационно-аналитической системы «Первая помощь»)).

Синхронизация нормативного регулирования, образовательных программ и технологических решений формирует единую систему координат в диагностике и последующей медицинской помощи на догоспитальном этапе. Внедрение данной концепции гарантирует преемственность оказания медицинской помощи, адекватную маршрутизацию пациентов и, в конечном итоге, создает устойчивую модель защиты жизни, способную эффективно функционировать как в повседневных условиях, так и при возникновении чрезвычайных ситуаций с массовым числом пострадавших и ведет к существенному снижению смертности и инвалидизации населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Восканян, Ю. Э. Эпидемиология медицинских ошибок и инцидентов в неотложной медицине / Ю. Э. Восканян // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н. В. Склифосовского. – 2022. – Т. 11, № 2. – С. 301–316. – DOI 10.23934/2223-9022-2022-11-2-301-316. – EDN VNIPJU.
2. Patient safety incident capture resulting from incident reports: a comparative observational analysis / M. A. Reznick, K. A. Kotkowski, M. W. Arce [et al.] // BMC emergency medicine. – 2015. – Vol. 15, № 1. – P. 6. – DOI 10.1186/s12873-015-0032-7. – PMID: 25880446.
3. Missed injuries in pre-hospital trauma patients / M. Omri, H. Bouaouina, H. Kraiem [et al.] // La Tunisie medicale. – 2017. – Vol. 95, № 5. – P. 336–340. – PMID: 29509214.
4. Prehospital stroke identification: factors associated with diagnostic accuracy / E. S. Brandler, M. Sharma, F. McCullough [et al.] // Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. – 2015. – Vol. 24, № 9. – P. 2161–2166. – DOI 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.06.004. – PMID: 26159643.
5. Missed injuries in trauma care: An analysis of mechanisms and prevention of one of the surgeon's worst nightmares / L. F. Vieira, A. Grover, J. G. Parreira [et al.] // Injury. – 2025. – Vol. 56, № 8. – P. 112600. – DOI 10.1016/j.injury.2025.112600. – PMID: 40690819.
6. Станишевский, А. Л. Базовая сердечно-легочная 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. – EDN NDXGDN.
7. 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. – EDN GGQHMP.