

Лишь 6% (n = 5) с уверенностью готовы оказать первую помощь. 58% (n = 46) сомневаются в себе и в своих знаниях.

38% (n = 30) четко уверены в себе и знают правильную последовательность действий при сердечно-легочной реанимации. У 34% (n = 27) есть сомнения в своих знаниях. 30% (n = 23) не знают, что и как делать при оказании первой помощи.

При этом на вопрос: когда первая помощь наиболее востребована 83% (n = 66) ответили, что в ситуациях ДТП.

66% (n = 53) готовы пройти дополнительное обучение по первой помощи прямо сейчас.

80% (n = 64) считают, что на занятиях должны быть отведены часы на практическую отработку навыков и различных ситуационных сценариев. 20% (n = 16) считают, что в принципе достаточно только теории.

Обсуждение

Необходима комплексная оценка эффективности существующей модели обучения первой помощи водителей в условиях, когда:

- а) дорожно-транспортный травматизм сохраняет высокие показатели смертности за пределами городов;
- б) содержание и оценка обучения признаются устаревшими и формальными;
- в) государство переходит к нормативному закреплению практических требований;
- г) отсутствуют отечественные эмпирические данные об эффективности различных форматов обучения.

Выводы

Проведенное исследование демонстрирует, что уровень подготовки будущих водителей ниже среднего. Чаще всего в автошколах формально подходят к изучению первой помощи, ограничивая данную тему лишь разбором теории без должного внимания к отработке практических навыков.

Готовность водителей оказанию первой помощи также ниже средней: скорую медицинскую помощь вызвать готовы, но в алгоритмах есть пробелы и сохраняются бытовые ошибки.

Таким образом, сильнее всего повысить уверенность и готовность будущих водителей к оказанию первой помощи может повысить только отработка практических навыков на симуляторах и разбор различных ситуационных сценариев. Формальное обучение в виде разбора одной теории может привести лишь к закреплению ошибок.

Материал поступил в редакцию 13.09.2026

АДАПТАЦИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ КЛИНИКАХ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Байдаров А. А., Южаков А. А., Асташина Н. Б., Шамакина А. М.

Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им. С.Г. Суханова, г. Пермь, Российская Федерация

baydarov.aa@ya.ru

DOI: 10.46594/2687-0037_2026_3_2326

Аннотация. Симуляционные технологии прочно вошли в процесс подготовки мед. кадров и развиваясь стремятся войти в клиническую рутину, но их адаптация к реальным условиям больниц требует не механического переноса, а глубокой перестройки организационных и педагогических процессов. Ключевым вызовом становится не наличие высокотехнологичного оборудования, а его интеграция в повседневный поток клинической деятельности, где время — критический ресурс, а человеческий фактор — главный источник вариативности. Не всегда успешное обучение и 100% результат на аккредитации гарантируют успех в клинической практике.

Научная специальность: 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины.

Актуальность

Современный переход от реактивного обучения на реальных ошибках к проактивному освоению безопасных моделей базируется на систематических данных, подтверждающих эффективность симуляционных методик. Применение высокореалистичных симуляторов в кардиохирургии снижает частоту интраоперационных осложнений на 23% у стажёров при последующей клинической практике. Рандомизированное контролируемое исследование в *Academic Medicine* (2020) показало, что регулярные симуляционные сессии по управлению критическими состояниями в отделениях интенсивной терапии уменьшают время до начала реанимационных мероприятий на 2,4 минуты в среднем ($p < 0,001$). При этом молодые специалисты, приходя на работу, владея отдельными навыками достаточно тяжело адаптируются к работе в условиях стационаров. Эти данные обосновывают необходимость не просто эпизодического использования симуляций, а их интеграции в непрерывный цикл клинической подготовки.

Цель

Оценка и формирование этапов адаптации специалистов использующих симуляционные технологии в процессе обучения. Интеграция и взаимодействие с клиническими базами в том числе и заказчиками целевого обучения.

Материалы и методы

Адаптивные симуляционные платформы повышают эффективность отработки сложных сценариев на 35% по сравнению со стандартизированными протоколами. Анализ показывает, что ключевой проблемой является не отсутствие технологий, а их несоответствие реалиям больниц. Часто программы обучения сталкиваются с организационными барьерами: отсутствие выделенного времени у персонала, несовместимость оборудования с существующей инфраструктурой и недостаток наставников. Многие клиники сталкиваются с проблемой несовместимости оборудования с существующей инфраструктурой. Например, VR-симуляторы требуют специфических графических карт и мощных серверов, которые не предусмотрены в обычных АРМ. Решением становится

ся создание выделенных «симуляционных хабов», которые работают по принципу «общего пула» ресурсов. Это позволяет избежать простоя дорогостоящего оборудования и обеспечивает его доступность в любое время суток, что критично для сменного персонала. При этом рассматривается поэтапное достижение результата:

Первым этапом адаптации является создание гибридных тренировочных циклов. Вместо выездных тренингов в специализированных центрах, которые требуют отрыва от пациентов, современные клиники внедряют модульные симуляционные сессии продолжительностью 15–20 минут, проводимые в межсменные интервалы или непосредственно перед началом дежурств. Такие «микро-сценарии» фокусируются на самых частых и критических ситуациях: остановка кровообращения, анафилаксия и т. п. Данные сессии не заменяют полномасштабные учения, но обеспечивают постоянный тонус навыков, который угасает без регулярной практики. При этом важно, чтобы сценарии были адаптированы к специфике — например, для кардиологии акцент делается на нарушения ритма. Вторым аспектом является персонализация программ на основе объективных данных о деятельности врача. Симуляционные платформы сегодня способны собирать телеметрию: время реакции, последовательность шагов, точность дозировок, выбор инструментов. Эти данные позволяют выявить индивидуальные «слепые зоны» — например, склонность к пропуску этапа оценки безопасности при назначении лекарств или нерешительность при принятии решения о необходимости хирургического вмешательства. Адаптация в данном случае заключается в создании адаптивных алгоритмов, которые автоматически генерируют повторные задания для отработки именно этих дефицитов. Такой подход трансформирует симуляцию из инструмента общей оценки в инструмент точной настройки компетенций, что особенно ценно для врачей с большим стажем, у которых устойчивые, но не всегда оптимальные автоматизмы. Третий уровень адаптации касается внедрения симуляций для отработки междисциплинарного взаимодействия. Реальная клиническая ошибка часто является результатом не столько отсутствия технических знаний, сколько сбоя в коммуникации между анестезиологом, хирургом и операционной медсестрой.

Результаты

Адаптивные симуляционные платформы повышают эффективность отработки сложных сценариев на 35% по сравнению со стандартизированными протоколами. Решением служит внедрение модульных тренировочных блоков продолжительностью 10–15 минут, проводимых в рамках предсменных брифингов (линеек). Методика показала сохранение навыков на уровне 82% через 6 месяцев у по сравнению с 43% при разовых тренингах.

Обсуждение

Ключевым условием успешной адаптации является вовлечение самих медицинских работников в разработку сценариев. Проведение тренингов не толь-

ко в симуляционных центрах, но и на клинических базах, в условиях не приближенным к реальным, а в реальных. В тесной коллаборации и коммуникации педагогов и клиницистов формируются экспертные группы, которые формулируют наиболее типичные для конкретных учреждений ошибки и нештатные ситуации. Такой подход позволяет учесть специфику регионов, доступного оборудования, профиля пациентов и т. д.

Выводы

Важным аспектом также является тот момент, что в борьбе за успешную подготовку к аккредитации важно не растерять саму суть медицинского образования и подготовки к навыкам клинического мышления. Адаптация симуляционных технологий — это не разовый проект, а непрерывный процесс организационного обучения на всех этапах. Она требует одновременного решения трех задач: интеграции в график работы, персонализации на основе данных и создания психологически безопасной среды для обсуждения ошибок. Успех зависит не от бюджетов, а от способности руководства создать культуру, где симуляция воспринимается не как наказание или оценка, а как инструмент профессиональной заботы о себе и коллегах. В конечном итоге, чем точнее симуляция отражает повседневные условия, тем быстрее происходит перенос навыков в реальные клинические ситуации, снижая частоту предотвратимых осложнений и повышая общее качество медицинской помощи. Это и есть главная цель — превратить тренировку из исключительного события в обыденную практику, такую же естественную, как мытье рук или заполнение истории болезни.

Материал поступил в редакцию 13.09.2026

БОЛЬШЕ, ЧЕМ ПРОСТО АНАМНЕЗ: ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ ПЕДИАТРА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Кабилова Ю. А., Воронова Е. И.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера, г. Пермь, Российская Федерация

albartovna@mail.ru

DOI: 10.46594/2687-0037_2026_3_2327

Аннотация. Междисциплинарный курс медицинской коммуникации для студентов-педиатров 5 курса, основанный на симуляциях со стандартизированными пациентами и дебрифинге, показал неравномерность сформированности навыков. Студенты успешно осваивают информирование и активное слушание, но демонстрируют дефицит в совместном принятии решений, работе с возражениями и эмпатии. Выявлен запрос на развитие стрессоустойчивости и возрастной адаптации общения. Перспективы: фокус на партнерских решениях, модулях саморегуляции врача и сценариях с «тревожным» родителем без конфронтации.

Научная специальность: 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины.