

Патология мирного и военного времени в обучении и аккредитации врачей терапевтического профиля

Фаттахов В.В., Юсупова Н.З., Максумова Н.В.

Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Минздрава России. Казань, Россия

Цель. Провести анализ подготовки врачей к аккредитации на соответствие установленным законом требованиям к работе по терапевтической специальности.

Материал и методы. Использованы данные комплексного исследования ветеранов боевых действий в условиях городской поликлиники, литературные данные по теоретической и практической подготовке врачей-терапевтов в системе дополнительного профессионального образования. По данным отечественной и зарубежной военно-медицинской литературы изучены: терапевтическая патология боевых условий и заболевания внутренних органов с последствиями минно-взрывных ранений и травм, в т.ч. из зоны Специальной военной операции. Завершается данный этап обучения первичной специализированной аккредитацией. Станции объективного структурированного клинического экзамена — это современный тип экзамена, предназначенный для оценки различных практических и коммуникативных навыков врача-слушателя.

Результаты. Проведенные занятия обучают оказанию практической помощи в процессе сердечно-легочной реанимации, экстренной помощи при девяти неотложных состояниях, в т.ч. при последствиях боевых травм, а также — выработке умений и навыков при обследовании внутренних органов на профильных тренажерах.

Заключение. Подготовка к первичной специализированной аккредитации в системе дополнительного последипломного профессионального образования позволяет врачам повысить свой

профессиональный уровень в плановой и неотложной медицине, в т.ч. — в приеме и оказании необходимой помощи ветеранам боевых действий (Специальной военной операции).

Ключевые слова: последипломное образование, первичная специализированная аккредитация, сердечно-легочная реанимация, экстренная медицинская помощь, минно-взрывные ранения, минно-взрывные повреждения, терапевтические последствия боевых травм.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 03/10-2025

Рецензия получена 15/03-2026

Принята к публикации 20/03-2026



Для цитирования: Фаттахов В.В., Юсупова Н.З., Максумова Н.В. Патология мирного и военного времени в обучении и аккредитации врачей терапевтического профиля. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2026;25(2S):4627. doi: 10.15829/1728-8800-2026-4627. EDN: LSEVIC

Peacetime and wartime pathology in the training and accreditation of internists

Fattakhov V. V., Yusupova N. Z., Maksumova N. V.

Kazan State Medical Academy — Branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. Kazan, Russia

Aim. To analyze the training of physicians for accreditation for compliance with statutory requirements for work in internal medicine.

Material and methods. Data from a comprehensive study of combat veterans in a city outpatient clinic and literature on the theoretical and practical training of internists in continuing professional education were used. Based on domestic and international military medical literature, the following were examined: internal medicine pathology in combat conditions and internal organ diseases resulting from mine-blast wounds and injuries, including those from the Special Military Operation zone. This stage of training culminates in primary specialized accreditation. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE) is a modern examination designed to assess various practical and communication skills of physician trainees.

Results. The sessions teach practical assistance during cardiopulmonary resuscitation, emergency care for nine emergency conditions, including the consequences of combat injuries, and the development of skills and abilities in examining internal organs on specialized simulators.

Conclusion. Preparation for initial specialized accreditation in the system of continuing postgraduate professional education allows physicians to improve their professional skills in elective and emergency medicine, including the admission and provision of necessary care to combat veterans of Special Military Operation.

Keywords: postgraduate education, initial specialized accreditation, cardiopulmonary resuscitation, emergency care, mine-blast wounds, mine-blast injuries, internal medicine consequences of combat injuries.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: vvfat@mail.ru

[Фаттахов В.В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой экстренной медицинской помощи и симуляционных технологий, ORCID: 0000-0003-1701-9616, Юсупова Н.З. — д.м.н., доцент, зав. кафедрой общей гигиены, ORCID: 0000-0002-8052-2620, Максумова Н.В. — к.м.н., доцент, руководитель мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра, ORCID: 0000-0003-3235-5706].

Адреса организаций авторов: Казанская государственная медицинская академия — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ул. Булгариной, д. 36, Казань, Россия.

Addresses of the authors' institutions: Kazan State Medical Academy — branch of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education of the Russian Ministry of Health, Butlerova str., 36, Kazan, Russia.

Relationships and Activities: none.

Fattakhov V. V.* ORCID: 0000-0003-1701-9616, Yusupova N. Z. ORCID: 0000-0002-8052-2620, Maksumova N. V. ORCID: 0000-0003-3235-5706.

*Corresponding author:
vfat@mail.ru

Received: 03/10-2025

Revision Received: 15/03-2026

Accepted: 20/03-2026

For citation: Fattakhov V. V., Yusupova N. Z., Maksumova N. V. Peacetime and wartime pathology in the training and accreditation of internists. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2026;25(2S):4627. doi: 10.15829/1728-8800-2026-4627. EDN: LSEVIC

АПК — аккредитационная подкомиссия (по специальности), ЖКТ — желудочно-кишечный тракт, ОСКЭ — объективный структурированный клинический экзамен, ПСА — первичная специализированная аккредитация, СВО — Специальная военная операция, ТБ — травматическая болезнь, УБД — участники боевых действий, ЭМП — экстренная медицинская помощь, ЭКГ — электрокардиография.

Введение

Аккредитация врачей — это процедура проверки знаний и навыков медицинского специалиста, которая подтверждает его соответствие установленным законом требованиям к работе. Оценочные средства, которые используются при проведении первичной специализированной аккредитации (ПСА) специалистов по специальности "Терапия" (уровень ординатуры и профессиональной переподготовки), разработаны ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России и одобрены Главным внештатным специалистом по терапии и общей врачебной практике Минздрава России.

Станции объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) — это современный тип экзамена, предназначенный для оценки различных практических и коммуникативных навыков. В паспортах ОСКЭ четко регламентированы действия аккредитуемых, но в этих же рамках происходит оценка их деятельности членами аккредитационной подкомиссии. Все строго по пунктам и все объективно.

Актуальность определяется тем, что, практико-ориентированное обучение на симуляторах (тренажерах), наряду с теоретическим изучением экстренных медицинских состояний, позволяет подготовить врачей к работе в экстремальных условиях по спасению жизни больного, пострадавшего в чрезвычайных ситуациях и участников боевых действий (УБД).

Анализ структуры заболеваемости УБД на отдаленных сроках выявил рост по заболеваниям сердечно-сосудистой системы в 2 раза, психическим расстройствам в 1,9 раза, болезням костно-мышечной системы, нервной системы и органов чувств в 1,4 раза, новообразований в 1,3 раза. Практически 3/4 УБД имеют 2 и более заболеваний разных групп. Психическое состояние у 68,95% УБД соответствовало посттравматическому стрессовому расстройству, у 42,6% имели место интеллектуально-мнестические нарушения [1].

Материал и методы

Обследовано 188 человек, мужского пола, в возрасте от 28 до 70 лет ($49,3 \pm 8,2$) разделенные на 2 группы. Все пациенты были проинформированы

о целях и задачах настоящего исследования, было получено информированное добровольное согласие на предложенные условия указанного исследования.

1-ю, основную группу, составили 88 пациентов — УБД в Афганистане (1979-1989гг) и Чечне (1999-2009гг), в возрасте от 28 до 70 лет, средний возраст $48,9 \pm 6,6$ лет ($M \pm \sigma$).

Внедрение методов анализа variability ритма сердца и исследования лодыжечно-плечевого индекса в программу диспансеризации ветеранов способствует выявлению хронических неинфекционных заболеваний на раннем доклиническом этапе.

Результаты

Разработаны критерии оценки вегетативного тонуса, variability ритма сердца, уровня адаптации. Впервые проведено обследование ветеранов боевых действий по специально разработанной программе, расширенной методами исследования: анализ variability ритма сердца, вычисление лодыжечно-плечевого индекса, анализ субъективной оценки своего здоровья. Проведено сопоставление результатов диспансерного осмотра по установленным в поликлиниках программам и результатов, полученных при расширенном обследовании. Выделены группы риска пациентов, определенные на основании вегетативного тонуса и адаптационных возможностей организма.

Практическая ценность. Исследование адаптационных возможностей организма ветеранов позволяет своевременно выделить группу риска пациентов по дезадаптации и назначить необходимое обследование и лечение. Проведенные исследования позволяют получить обобщенную картину здоровья ветеранов, проживающих в условиях города, что способствует определению наиболее характерной патологии для данной категории пациентов, более тщательному выявлению и профилактике ее среди ветеранов боевых действий. Сопоставление полученных результатов в двух группах указывает на более раннее развитие и быстрое прогрессирование хронических неинфекционных заболеваний у лиц, пребывавших в условиях военных действий, что требует особого подхода к диспансеризации данных пациентов [2, 3].

В организацию последипломного образования врачей и их ПСА на 2025г утверждены следующие Паспорта станций ОСКЭ:

1. Паспорт станции "Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых и поддержание проходимости дыхательных путей". Обновлен в 2023г. Задача станции: демонстрация аккредитуемым лицом умения оказывать первую помощь пострадавшему с полным нарушением проходимости верхних дыхательных путей, вызванным инородным телом, пострадавшему без признаков жизни, пострадавшему без сознания с признаками дыхания.

Используются:

— тренажер-манекен взрослого для отработки приемов удаления инородного тела из верхних дыхательных путей;

— тренажер-манекен для отработки сердечно-легочной реанимации;

— тренажер-манекен взрослого, предназначенный для отработки придания устойчивого бокового положения или предыдущий тренажер.

Обязательно, подробно изучается вопрос использования автоматического наружного дефибриллятора.

Это универсальная станция, которую должны освоить врачи всех специальностей, специалисты, не имеющие медицинского образования, но работающие в медицинских учреждениях, а также лица, обязанные оказывать первую помощь в соответствии с их профессиональными обязанностями, а также лица, желающие освоить правила оказания первой помощи пострадавшим¹.

2. Паспорт станции "Экстренная медицинская помощь" (ЭМП). Эту станцию осваивают врачи около 50 специальностей. Задача: демонстрация аккредитуемым лицом навыков обследования пациента с резким ухудшением состояния здоровья в условиях амбулаторно-поликлинической медицинской организации, умения использовать оснащение укладки экстренной медицинской помощи, распознавать остановку кровообращения и использовать при необходимости автоматического наружного дефибриллятора. В 2025г оставили 9 сценариев (из 10), удалив экстренную медицинскую помощь при острых нарушениях мозгового кровообращения. Тем не менее, на кафедре мы демонстрируем учебный фильм по правильным действиям при острых нарушениях мозгового кровообращения, чтобы из желания помочь не получить отрицательный эффект — *primum no nocere*!

Подробно разбираются вопросы ЭМП при двух вариантах острых коронарных синдромов:

¹ Максумова Н. В. Раннее выявление соматических заболеваний и оценка уровня адаптации у ветеранов боевых действий на амбулаторном этапе обследования. — Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Санкт-Петербург. ВМА им. Кирова. 2017. 30 с.

Острый коронарный синдром (ОКС1), кардиогенный шок и Острый коронарный синдром (ОКС2), отек легких.

Считаем важным: с учетом Специальной военной операции (СВО), при разборе патологии на станции ЭМП и последующих станциях физического обследования пациента с заболеваниями различных систем и органов, заострить внимание на возможной терапевтической патологии боевых условий и терапевтических последствиях боевых травм. Информационный материал используется из доступной отечественной и зарубежной литературы, в большей части военной. В основу закладываем принципы доказательной медицины и эпидемиологических исследований в данной области.

Доказательная медицина представляет собой новую технологию сбора, анализа и интерпретации научной информации. Доказательная медицина — это использование для выбора лечения конкретного больного наилучших достоверных результатов, полученных в качественных клинических исследованиях, интеграция лучших научных доказательств с клиническим опытом и ожиданиями пациентов.

Значение эпидемиологических исследований не ограничивается изучением распространенности заболеваний, а позволяет выявлять факторы, способствующие возникновению и прогрессированию заболеваний, развитию осложнений, оценивать количественный вклад этих факторов риска в развитие заболеваний и их дальнейшее течение, стратифицировать популяцию по степени риска и определять прогноз [4].

Эпидемиологические исследования последствий войны в Афганистане, которая длилась 10 лет, показали, что терапевтическая патология, возникающая в ходе войн, боевых действий зависит от ряда факторов. Существенное влияние на жизнь и условия ведения боевых действий и всех форм их обеспечения оказывали географические и климатические условия страны.

Афганистан — страна с жарким климатом и горно-пустынной местностью. Максимальная температура воздуха разилась в зависимости от времени года. Летним днем до 43–45 °С. Минимальная температура зимой –20 °С. Данные температурные условия очень тяжело переносились бойцами, т.к. утром палящее солнце, а ночью резкое падение температуры, это достаточно экстремальные условия для организма [5].

Температура влияет на терморегуляцию организма человека, может быть обезвоживание, тепловой удар. На больших высотах трудно дышать, а также первое время без привычки совершать марши, да и вообще двигаться.

Заболевания органов дыхания были серьезными проблемами 40-й армии, особенно в течение первых четырех лет войны. Наиболее часто вос-

палением лёгких солдаты болели осенью и зимой. Так как лабораторные результаты и симптомы заболевания сильно отличались от обычных, врачам было сложно поставить правильный диагноз. Это задерживало начало правильного и эффективного лечения и возвращение военнослужащего в строй.

Водоснабжение занимает одно из важных мест по охране здоровья. В задачи полевого водоснабжения входят: разведка источников воды; добытия воды; очистки и опреснения воды; ее хранения; выдача воды потребителям и контроль за ее качеством. Эти вопросы возникали и в ходе СВО.

В Афганистане медикам приходилось работать не только с ранами, но и с инфекционными заболеваниями, с ожогами. Болели гепатитом, тифом, малярией, да такими формами, каких в России давно уже не видели².

В Афганистане многие боевые части были разбросаны по небольшим заставам и постам, на которых горячая пища и чистая вода отсутствовали. Изначально советские солдаты чаще всего на удаленных постах употребляли в пищу сухие пайки. Сопrotивляемость организма заболеваниям снижал недостаток регулярного и сбалансированного питания. Благоприятным условием для распространения крыс и болезней было накопление различного мусора. В дальнейшем были предприняты попытки снабжения солдат горячей пищей и чаем на завтрак и обед, но изолированные части все также завтракали сухими пайками. Для доставки горячей еды к некоторым подразделениям были разработаны контейнеры, которые сбрасывали на парашютах [5].

Некоторые повара были основным источником заражения, т.к. они раздавали горячую еду. Вишн, кишечные патогены, плохая личная гигиена и слабый надзор были характерны как для поваров, так и для основного состава вооруженных сил. Командование было вынуждено ввести медицинские проверки поваров, которые делали каждый месяц. Результаты таких проверок шокировали. Из-за нескольких больных поваров госпитали могли держать полностью заполненными [6].

Советская Армия получила большой опыт в Афганистане, который свидетельствует о необходимости рационального питания, физической подготовки, наличия чистой воды, полевой гигиены, контроля над заражением паразитами и соответствующего медицинского обеспечения.

В ходе СВО, в условиях активных боевых действий врачи военных госпиталей сталкиваются со значительным количеством пациентов, постра-

давших от минно-взрывной травмы, и эта тема особенно актуальна в настоящее время. Исходя из клинко-морфологических особенностей все многообразие вариантов минно-взрывных травм может быть сведено в две группы, имеющие общие особенности патогенеза, но различающиеся по характеру преобладающих морфофункциональных нарушений и по последствиям в отдаленные сроки.

Минно-взрывные ранения — результат прямого взаимодействия человека с поражающим воздействием всех или основных факторов взрыва минного боеприпаса на открытой местности. При контактном подрыве наиболее характерно сочетание взрывных отрывов и разрушений конечностей с закрытой (преимущественно) черепно-мозговой травмой, закрытыми повреждениями или ранениями внутренних органов, туловища, головы. Минно-взрывные ранения наиболее часто возникают при подрывах на противопехотных минах, близких или контактных взрывах других боеприпасов взрывного действия (гранат, запалов и т.п.).

Минно-взрывные повреждения — боевая сочетанная травма, возникающая у экранированного броней личного состава, находящегося на или внутри боевой техники. Под действием ведущего поражающего фактора, каковым в таких случаях выступает импульс взрывной (сейсмической) волны, возникают закрытые (преимущественно) и открытые повреждения опорно-двигательного аппарата (множественные оскольчатые переломы, ушибы, вывихи) и внутренних органов, сочетающиеся с общим контузионно-коммоционным синдромом.

Такие повреждения имеют сходство с транспортно-политравмой. Однако этиологический фактор огнестрельного взрывного характера существенно отличает взрывную травму от травмы мирного времени.

Дистантные повреждения характеризуются тяжелыми и значительными повреждениями головного и спинного мозга, внутренних органов, в первую очередь, паренхиматозных. Они проявляются ушибами, кровоизлияниями, гематомами, разрывами, разрушениями органов и систем. Нередко взрывные поражения сопровождаются акустической и баротравмой, различной степени тяжести и контузией ЛОР-органов.

На занятиях обращаем внимание слушателей на то, что открытые раны, ряд тяжелых закрытых травм являются уделом хирургов. Однако их последствия, перенесенные закрытые травмы внутренних органов являются причиной обращения ветеранов боевых действий к терапевтам, неврологам и другим специалистам.

Закрытые повреждения груди и живота чаще являются следствием минно-взрывных повреж-

² Ефимова П. Военно-полевой обман. Как забыли женщин, спасавших бойцов в Афганистане. <https://newsland.com/post/7026222-voenno-polevoi-obman-kak-zabyli-zhenshchin-spasavshikh-boitsov-v-afganistane?ysclid=mn2axp7i7h727365311>.

дений³. Особенно часто при закрытой травме груди возникают контузионные повреждения легких. Образующиеся при этом кровоизлияния могут весьма варьировать в размерах — от самых мелких, обычно располагающихся в участках, прилежащих к ребрам, до обширных, нередко захватывающих целые доли и вызывающих их "гепатизацию".

Морфологически определяется интерстициальный отек, тромбоз сосудов, множественные микрогеморрагии, что свидетельствует о выраженных микроциркуляторных расстройствах в легочной паренхиме. В ответ на травму и кровоизлияние в легком развивается воспалительная реакция (пульмонит). Она заканчивается организацией свертков крови и образованием рубца. В последующем на месте контузионных очагов могут оставаться утолщения стенок альвеол с разрастанием в них соединительной ткани и отложениями гемосидерина.

Нагноения в легких могут привести к сепсису, гнойно-резорбтивной лихорадке, раневому истощению, другим вариантам течения инфекционно-воспалительного эндотоксикоза. В связи с прогрессирующим пневмосклерозом возникают затруднения кровообращения в малом круге, приводящие к гипертрофии правого желудочка сердца и нередко заканчивающиеся легочной или сердечной недостаточностью. Типичное осложнение — вторичный амилоидоз.

Аускультация легких проводится на "Манекене (торс вертикальный) для демонстрации методики физикального обследования дыхательной системы с возможностью имитации нормальной и патологической аускультативной картины легких". Варианты дыхательных шумов моделируются компьютером.

После тупой травмы груди часто имеет место ушиб сердца. При этом внешних повреждений груди может и не быть. В миокарде находят нарушения микроциркуляции (стаз эритроцитов и тромбоз в микрососудах, очаговые диапедезные кровоизлияния). На этом фоне закономерно возникают мелкие очаги некроза и дистрофические изменения кардиомиоцитов. Последствия этих повреждений на отдаленных этапах могут быть различными, в т.ч. в виде инфаркта миокарда 2 типа [7].

Особого внимания заслуживают так называемые паракардиальные ранения. К ним относят повреждения органов и тканей средостения, когда раневой канал проходит вблизи от сердца. Эти ранения могут сопровождаться тяжелыми повреждениями сердца в виде его общей контузии с кровоизлияниями в миокарде, проявляющимися кли-

нически нарушениями его ритма и сократительной функции.

При ранениях сосудов грудной полости в 47,2% возникают травматические аневризмы. Артериовенозные аневризмы могут осложняться вторичным кровотечением и приводить к сердечной недостаточности вследствие перегрузки правого желудочка сердца большим притоком крови через аневризму [8]. Воспроизведение и изучение "патологии сердца" проводится на следующих тренажерах:

— Манекен с возможностью имитации аускультативной картины различных заболеваний сердца;

— Тренажер для профессионального обучения: многофункциональный робот-симулятор с имитацией основных жизненных показателей (полноростовый);

— Тренажер для профессионального обучения: виртуальный симулятор для отработки навыков выполнения процедур ультразвукового исследования.

Закрытые повреждения живота разнообразны по тяжести и клиническому значению. Они включают кровоизлияния в подкожной жировой клетчатке и мышцах брюшной стенки, разрывы мышц, повреждения органов полости брюшины и забрюшинного пространства. При взрывной травме они обычно сочетаются с закрытыми повреждениями черепа, груди, с минно-взрывными ранениями конечностей³ [9].

Ушибы брюшной стенки приводят к геморагической инфильтрации подкожной жировой клетчатки, гематомам и разрывам мышц. Из внутренних органов чаще всего при закрытых повреждениях страдает печень. Возможны обширные разрушения ее с отрывом части органа, глубокие звездчатые зияющие разрывы, поверхностные линейные надрывы, субкапсулярные и глубокие гематомы. Наиболее уязвима диафрагмальная поверхность.

В селезенке, как и в печени, можно наблюдать обширные разрушения, глубокие множественные надрывы. При сохранении целостности органа под капсулой возможно образование гематом. Крупные гематомы в случаях разрыва капсулы становятся источником кровотечения. Имеют место тромбозы селезеночной вены и ее ветвей с развитием венозных инфарктов селезенки.

При взрывной травме ведущее место после повреждений печени и селезенки занимают закрытые повреждения **почек**. Обычно отмечают линейные разрывы, подкапсулярные гематомы, очаговые кровоизлияния в корковом и мозговом веществе почек, подслизистые кровоизлияния в чашечках, лоханках, мочеточниках, геморагическую инфильтрацию и гематомы в околопочечной клетчатке. Выделение мочи может быть заблокировано свертками крови в мочевыводящих путях.

³ Фомин Н. Ф. О некоторых закономерностях формирования первичных повреждений органов и тканей у пострадавших при минных подрывах в бронетехнике. Материалы науч.-практ. конф. "Актуальные военно-медицинские и общие вопросы патологической анатомии и судебной медицины". СПб., 1996. сс. 48-50.

В поджелудочной железе и двенадцатиперстной кишке при взрывной травме обнаруживают изменения в виде очаговых кровоизлияний.

Выявление патологии брюшной полости проводится на симуляторе для отработки навыков физикального обследования органов брюшной полости — анатомическая имитация тела взрослого человека с пальпируемыми костными анатомическими ориентирами. Дает возможность проведения осмотра, пальпации, перкуссии, имитации патологии органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), определения размеров печени, пальпации увеличенной селезенки. Возможна имитация асцита.

Моделирование и выявление таких травм, а также внутрибрюшинных и забрюшинных гематом проводится с использованием "Манекена с возможностью имитации гидро-, пневмоторакса, гемоперитонеума, тампонады сердца". Тренажер позволяет освоить и демонстрировать аккредитуемым лицом навыка выполнения ургентной сонографии (в объеме FAST-протокола (Focused assessment with sonography for trauma — алгоритм ультразвукового обследования пациента с тяжелой травмой, направленный на выявление свободной жидкости в брюшной, плевральной и перикардальной полостях, а также пневмоторакса)), по данным которой возможно косвенно оценить объем внутренних повреждений в экстренной, жизнеугрожающей ситуации.

После подобных поражений, травматическая болезнь (ТБ) может протекать клинически в легкой, средней тяжести и тяжелой формах. Преобладающая недостаточность отдельных органов позволяет выделять следующие клинико-анатомические формы ТБ: мозговую, печеночную, почечную, легочную, сердечную, желудочно-кишечную и смешанную.

В четвертом периоде ТБ — полной стабилизации жизненно важных функций или период поздних осложнений травмы, происходит, с одной стороны, репарацией ишемических повреждений, связанных с первичными реакциями и/или шоком, если они не вызывают необратимую недостаточность органов, с другой стороны, отличается тесной связью патологических изменений, составляющих его сущность, с раневым процессом и его эндокринным и иммунологическим обеспечением.

В центральной нервной системе отмечают участки "выпадения" нервных клеток, глиомезодермальные рубцы после полных парциальных некрозов и глиальные — после неполных. В легких раненых, перенесших острую дыхательную недостаточность, диффузный альвеолит переходит в стадию фиброзирования. В печени у некоторых раненых наблюдаются явления гистологической перестройки, что указывает на возможность полноценной регенерации. В целом указанные изменения укладываются в картину так называемого реактивного

гепатита. В почках обнаруживают анизоцитоз эпителиоцитов канальцев коркового и мозгового вещества, некоторое расширение межканальцевой интерстициальной ткани, увеличение числа ядер в клубочках.

Возникновение и прогрессию инфекционно-воспалительных осложнений следует связывать с общими (ТБ) и местными (раневой процесс) условиями, которые приобретают патогенетическое значение уже вскоре после возникновения ранения. Их развитие в разбираемом периоде ТБ достигает своего апогея, и они начинают играть определяющую роль в семиотике травмы вообще и ТБ в частности. Вот почему этот период назван периодом поздних осложнений не ТБ, а именно травмы как первоначально преимущественно местного процесса.

3. Следующая станция — Рандомный выбор коммуникативных навыков, представляется автоматическим. "Симулированный пациент" — человек, прошедший обучение в методическом центре аккредитации специалистов и имеющий официальное Свидетельство.

Паспорт станции "Сбор жалоб и анамнеза" введен в действие в 2023г. Станция разработана для отработки и оценки навыков профессионального общения аккредитуемого врача с лицом, исполняющим роль пациента. Станция включает оценку навыков общения в ситуации расспроса пациента в части сбора жалоб и анамнеза. Станция не включает оценку навыков проведения "трудных" консультаций с конфликтными, замкнутыми, неполноценными и др. пациентами, а также с пациентами, испытывающими состояние тревоги, страха, связанными, например, с ожиданием "плохих новостей" о состоянии своего здоровья.

Информация (брифинг) для аккредитуемого лица. Вы — врач по своей специальности. Вас ожидает пациент. Вам необходимо провести только опрос пациента, завершить который необходимо фразой "Перейдем к осмотру". Завершив общение с пациентом, сообщите ему об этом и отпустите. Назовите выявленные жалобы и предположительный диагноз (диагностические гипотезы), чтобы Вас мог слышать эксперт, который оценивает Вашу работу на станции. Результаты проведенного опроса письменно оформите в предложенной форме заключения.

С 2025г введен паспорт станции "Консультирование". Информация (брифинг) для аккредитуемого лица. Вы — врач по своей специальности. К Вам на консультацию обратился пациент(-ка)/законный представитель пациента для получения консультации по поводу ранее проведенного обследования. Вам доступны дополнительные данные о пациенте (на столе/на руках пациента или законного представителя пациента): информация из истории

болезни, результаты осмотра и исследований. Ваша задача — проконсультировать пациента(-ку)/законного представителя пациента, ответить на ее/его вопросы и дать рекомендации по дальнейшему плану действий. Действуйте так, как Вы бы это делали в реальной жизни, исходя из того, что Вы с пациентом(-кой)/законным представителем пациента ранее не были знакомы. Завершив консультацию, сообщите: "Наша консультация завершена".

Критерии оценки действий аккредитуемого.

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок: — "Да" — действие произведено; — "Нет" — действие не произведено. Каждая позиция вносится членом аккредитационной подкомиссии (по специальности) (АПК) в электронный чек-лист.

Алгоритм демонстрации навыков профессионального общения может быть использован для освоения данных навыков и для подготовки к ПСА специалистов здравоохранения. Демонстрация аккредитуемым лицом навыков профессионального общения в ситуации разъяснения пациенту информации о состоянии его здоровья опирается на клиническое руководство к ведению медицинской консультации. Руководство основано на убедительной доказательной базе научных исследований в области общения врача с пациентом в ходе медицинской консультации. В клиническом руководстве выделены пять последовательно сменяющих друг друга этапов медицинской консультации. Начало приема (консультации) → Сбор информации → Осмотр (физикальное исследование) → Разъяснение (объяснение) и планирование → Завершение приема (консультации).

На каждом этапе есть задачи, которые необходимо решить врачу, используя определенные коммуникативные навыки, обеспечивающие эффективность решения задач медицинской консультации. Также есть два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации: структурирование врачом информации и выстраивание отношений с пациентом.

4. Паспорт станции "Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)", продолжает функционировать с 2023г.

Перечень ситуаций (сценариев) станции для взрослого пациента

1. Недостаточность митрального клапана;
2. Недостаточность трикуспидального клапана;
3. Стеноз аортального клапана;
4. Патологии нет (норма);
5. Недостаточность аортального клапана;
6. Стеноз легочного ствола;
7. Митральный стеноз с трикуспидальной недостаточностью;

8. Острая недостаточность митрального клапана;

9. Дефект межпредсердной перегородки;

10. Дефект межжелудочковой перегородки.

Выбор и последовательность ситуаций определяет АПК в день проведения второго этапа ПСА специалистов здравоохранения.

Информация (брифинг) для аккредитуемого.

Вам необходимо провести физикальное обследование сердечно-сосудистой системы. Пациент ожидает Вас в кабинете. Не проводите сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни. Озвучивайте всё, что считаете необходимым при общении с пациентом. По результатам физикального обследования сердечно-сосудистой системы обязательно заполните заключение на компьютере.

Для учебных целей используются "Манекен с возможностью имитации аускультативной картины различных заболеваний сердца". Патология планируется с помощью компьютера. Также полноростовой "Тренажёр для профессионального обучения: многофункциональный робот-симулятор с имитацией основных жизненных показателей". Высокоинформативным и очень эффективным является "Тренажер для профессионального обучения: виртуальный симулятор для отработки навыков выполнения процедур ультразвукового исследования".

5. С 2023г продолжает функционировать Паспорт станции "Физикальное обследование пациента (дыхательная система)".

Симуляционное оборудование станции — манекен (торс вертикальный) для демонстрации методики физикального обследования дыхательной системы с возможностью имитации нормальной и патологической аускультативной картины легких.

Перечень ситуаций (сценариев) станции

1. Двусторонняя пневмония;
2. Острый вирусный бронхит;
3. Острое респираторное заболевание, ларингит;
4. Хроническая обструктивная болезнь легких (эмфизематозная форма);
5. Норма.

Выбор и последовательность ситуаций определяет АПК в день проведения второго этапа ПСА специалистов здравоохранения.

Информация (брифинг) для аккредитуемого.

Вы — врач по своей специальности. В смотровом кабинете Вас ожидает пациент, которого Вы видите впервые. Пациент в сознании. Необходимо, не зная данных анамнеза, провести осмотр пациента, используя все известные Вам приемы физикального обследования пациента с подозрением на патологию дыхательной системы. Озвучивайте все, что считаете необходимым при общении с пациентом. По результатам обследования обязательно заполните форму заключения на компьютере.

6. В 2025г введен Паспорт станции "Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)".

Перечень ситуаций (сценариев) станции

1. Норма;
2. Гепатомегалия, желтуха;
3. Спленомегалия;
4. Гепатоспленомегалия, желтуха;
5. Асцит и гепатомегалия, желтуха.

Выбор и последовательность ситуаций определяет АПК в день проведения второго этапа ПСА специалистов здравоохранения.

Информация (брифинг) для аккредитуемого.

Вы — дежурный врач. Вас пригласили в приемное отделение для проведения физикального обследования ЖКТ пациента. Вам необходимо выполнить манипуляцию и по результатам физикального обследования ЖКТ обязательно заполнить форму заключение на компьютере.

Для обучения и подготовки к аккредитации используются тренажеры для пальпации живота и его ультразвукового исследования, представленные выше.

7. Также с 2025г введен Паспорт станции "Физикальное обследование пациента (оценка неврологического статуса)". Представлена одна ситуация — Норма.

Информация (брифинг) для аккредитуемого.

Вы — врач-терапевт. В терапевтический стационар поступил(а) пациент(ка), которого(ую) Вы видите впервые. Необходимо, не зная данных анамнеза, произвести оценку общего неврологического статуса. Добровольное информированное согласие получено.

Алгоритм выполнения практических манипуляций с использованием многофункционального полноростового тренажера применяется для освоения данного навыка и подготовки к ПСА специалистов здравоохранения. В оценочной позиции представлено 74 позиции, с которыми знакомим врачей-терапевтов. Объем информации большой, и как-бы не по специальности. Но с учетом многопрофильности терапевтов, а также с появлением на приеме ветеранов СВО, эти знания могут быть крайне актуальными.

8. Паспорт станции "Регистрация и интерпретация электрокардиограммы", введен с 2025г. Выбор электрокардиограммы (ЭКГ) производится компьютером автоматически из единого банка ЭКГ из автоматизированной системы проведе-

ния аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России в день проведения второго этапа ПСА специалистов.

Применяется "Тренажер отработки практических навыков постановки электродов для ЭКГ, регистрации и расшифровки электрокардиограмм".

Информация (брифинг) для аккредитуемого.

Вам необходимо выполнить электрокардиографию и провести интерпретацию полученной записи, заполнив предлагаемую форму заключения на компьютере. Не проводите сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни. Озвучивайте все, что считаете необходимым при общении с пациентом. Для специальности "Терапия" шаблоны ЭКГ включают 10 позиций. Приведена форма заключения, которая заполняется аккредитуемым лицом на компьютере. Распечатывать форму заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым не требуется.

В процессе обучения врачей работе на этой станции разбирается вопрос показаний и противопоказаний к использованию дефибриллятора. Читается специальная лекция по нарушениям ритма сердца (Максумова Н. В.). Подробно разбирается вопрос использования дефибриллятора: когда, какая сила тока, сколько раз и как проводится медикаментозная поддержка реанимации при неэффективной дефибрилляции. Занятие очень востребовано врачами-клиницистами всех специальностей.

Заключение

Современное последипломное образование врачей терапевтического профиля требует практико-ориентированного направления и изучения вопросов сердечно-легочной реанимации, экстренной медицинской помощи, изучения последствий боевых повреждений различного характера на отдаленных сроках. Терапевт — врач самого передового рубежа в оказании полноценной медико-санитарной помощи и его действия могут определить успех всего лечебного процесса. В Казанской медицинской академии созданы все необходимые условия для теоретического и практического обучения врачей всех специальностей и прохождения ими ПСА.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Fattakhov VV, Demchenkova GZ, Maksumova NV. Medical, social and psychological aspects of the quality of life and health of combat veterans. The monograph. Kazan. 2013. 212 p. (In Russ.) Фаттахов В. В., Демченкова Г. З., Максумова Н. В. Медико-социальные и психологические аспекты качества жизни

- и здоровья ветеранов боевых действий. Монография. Казань. 2013. 212 с. ISBN: 978-5-905775-40-6. EDN: XYFPZW.
2. Maksumova NV, Pozdnyak AO. The analysis of the relationship of psychological state with somatic disorders and desadaptation in war veterans during outpatient examination. Practical medicine.

- 2016;(1):119-22. (In Russ.) Максумова Н.В., Поздняк А.О. Анализ взаимосвязи психологического состояния с соматической патологией и дезадаптацией у ветеранов боевых действий при амбулаторном обследовании. Практическая медицина. 2016;(1):119-22.
3. Maksumova NV. Analysis of the relationship of vegetative tone and level of adaptation with diagnosed cardiovascular diseases in war veterans during the outpatient examination. Practical medicine. 2017;(2):94-7. (In Russ.) Максумова Н.В. Анализ взаимосвязи вегетативного тонуса и уровня адаптации с выявленными сердечно-сосудистыми заболеваниями у ветеранов боевых действий на амбулаторном этапе обследования. Практическая медицина. 2017;(2):94-7.
4. Drapkina OM, Martsevich SYu, Bubnova MG, et al. High-quality clinical practice and the basics of evidence-based medicine. Methodological foundations of clinical research. A textbook for the system of higher and additional professional education of doctors. In 2 volumes. Moscow: FSBI "NMITS TPM", ROPNIZ, LLC "Silicea-Polygraph", 2023. Vol. 1. 212 p. (In Russ.) Драпкина О.М., Марцевич С.Ю., Бубнова М.Г. и др. Качественная клиническая практика и основы доказательной медицины. Методологические основы клинического исследования. Учебное пособие для системы высшего и дополнительного профессионального образования врачей. В 2-х томах. М.: ФГБУ "НМИЦ ТПМ", РOPНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф", 2023. ТОМ 1. 212 с. ISBN: 978-5-6046966-9-9. doi:10.15829/ROPNIZ-d88-2023. EDN: TFEQWY.
5. Semenena VI. Medical support for troops during the Afghan War. Comprehensive support for combat operations. Problems and solutions: abstracts of the scientific and practical seminar. Minsk, October 25, 2017. pp. 91-95. (In Russ.) Семененя В.И. Медицинское обеспечение войск во время Афганской войны. Всестороннее обеспечение боевых действий. Проблемы и пути решения: тезисы докладов научно-практического семинара. Минск, 25 октября 2017. сс. 91-95. EDN: XQVMNB.
6. Grau LW, Jorgensen WA. Medical Support In A Counter-Guerrilla War: Epidemiologic Lessons Learned In The Soviet-Afghan War. Foreign Military Studies Office, Fort Leavenworth, KS. 1995. 22 p.
7. Averkov OV, Barbarash OL, Boytsov SA, et al. Differentiated approach in diagnostics, diagnosis formulation, case management and statistical accounting of type 2 myocardial infarction (Position Paper). Russian Journal of Cardiology. 2019;(6):7-21. (In Russ.) Аверков О.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А. и др. Дифференцированный подход в диагностике, формулировке диагноза, ведении больных и статистическом учете инфаркта миокарда 2 типа (согласованная позиция). Российский кардиологический журнал. 2019;24(6):7-21. doi:10.15829/1560-4071-2019-6-7-21.
8. Yarushevich AD. Gunshot wounds and chest injuries. The experience of Soviet medicine in the Great Patriotic War of 1941-1945. Moscow, 1949. Vol. 10. pp. 231-298. (In Russ.) Ярушевич А.Д. Огнестрельные ранения и повреждения груди. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. М., 1949. Т. 10. сс. 231-98.
9. Surgery of mine-blast wounds. Edited by L.N. Bisenkov. St. Petersburg: Akropolis, 1993. 320 p. (In Russ.) Хирургия минно-взрывных ранений. Под ред. Л.Н. Бисенкова. СПб.: Акрополь, 1993. 320 с.