

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

**Особливості структури та штатних розписів і підсумки діяльності лікарень швидкої медичної допомоги в 2014 році**

Юрченко В. Д., Печиборщ В. П., Вороненко В. В., Хобзей М. К., Василенко В. Г. ....3

## АКТУАЛЬНІ ТЕМИ

**Досвід використання симуляційних технологій під час навчання лікарів і парамедиків у місті Запоріжжя**

Льовкін О. А., Серіков К. В., Малашенко К. К. ....22

**Срочность и неотложность в практике врача**

Васкес Абанто Х. Э., Васкес Абанто А. Э., Арельяно Васкес С. Б. ....30

**Поєднана травма хребта: ризикоорієнтований підхід оцінки травматичного процесу**

Цвях А. І., Гур'єв С. О. ....47

**Вибір етапної індивідуальної диференційної хірургічної тактики «Damage control» у постраждалих із закритою поєднаною абдомінальною травмою**

Крилюк В. О., Рошнін Г. Г., Кузьмін В. Ю., Новіков Ф. М., Іванов В. І., Дорош В. М. ....55

**Набряк головного мозку за розвитку невідкладних і критичних станів у дітей і підлітків, які страждають на цукровий діабет**

Петрайкіна О. Є., Колтунов І. Є. ....67

## ДОСВІД ІЗ МІЖНАРОДНОЇ ПРАКТИКИ

**Що потрібно знати про гідрогелеві пов'язки**

Морган Н. ....91

**Вплив гелевої пов'язки на температурні опіки шкіри**

Коутс Т. Дж., Едвардс С. Ньютон Р., Стаун Е. ....94

**Перевірений підхід до лікування опіків на догоспітальному етапі**

Мерлін М. А. ....97

**Перша допомога та лікування за незначних опіків**

Хадспіт Дж., Райатт С. ....112

**Лікування незначних опіків (листи) .....118**

## НОВИНИ/ЗАХОДИ

**Навчання бригад екстреної медичної допомоги під час ліквідації наслідків умовного терористичного акту в місті Полтава**

Мирошниченко Л. І. ....120

## ІСТОРІЯ

**Історія екстреної медичної допомоги Житомирської області .....122**

## Срочность и неотложность в практике врача

Васкес Абанто Х. Э.<sup>1</sup>, Васкес Абанто А. Э.<sup>2</sup>, Арельяно Васкес С. Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Центр первичной медико-санитарной помощи № 2, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Киевская городская клиническая больница № 8, г. Киев, Украина

<sup>3</sup>Университет Сан-Педро, г. Чимботе, Перу

**Резюме.** На основе ретроспективного анализа данных по работе в отделении неотложной медицинской помощи показатель среднего времени, затраченного на один вызов, остается достаточно большим (52–63 минуты). Анализ количества вызовов по годам показывает, что больше всего имеют место вызовы по болезням органов кровообращения и гипертонии с кризами. В процентном соотношении данные группы болезней в отделении (2010 г. – 69,93 %, 2011 г. – 80,90 %, 2012 г. – 79,48 %), а также у автора (2010 г. – 64,32 %, 2011 г. – 64,44 %, 2012 г. – 70,68 %) имеют относительно всех вызовов похожие показатели год за годом.

В данной работе подчеркивается необходимость изучения результатов непосредственной практической медицинской деятельности с целью разработки методик и рекомендаций, адаптированных к реальным трудностям работы медика и истинным возможностям современного здравоохранения.

**Ключевые слова:** неотложная медицина, врач-практик, срочность и неотложность в медицине.

### ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), смертность от несчастных случаев и внезапной остановки сердца в Центральной Европе и странах бывшего Советского Союза примерно в три раза выше, чем в США. Такой высокий уровень смертности, вероятно, обусловлен нехваткой достаточной осведомленности населения и относительно слабой инфраструктурой экстренного реагирования (в развитых странах срочная фибрилляция, к примеру, доступна практически каждому прохожему во многих общественных местах). Вероятно, по этой причине многие страны в качестве одной из приоритетных задач реформирования здравоохранения выделили совершенствование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [22, 23], или медицины на догоспитальном этапе, к которой непременно относится медицина неотложных состояний (службы неотложной медицинской помощи и скорой медицинской помощи – НМП и СМП).

С точки зрения болезней, особого внимания заслуживают сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), которые чаще всего являются причиной вызова врача неотложных состояний и уверенно лидируют среди десяти ведущих причин смерти в мире за период с 2000 по 2012 гг. От ССЗ в 2012 г. в мире умерло 17,5 миллиона человек, то есть 3 из каждых 10 [10, 13].

Ургентные состояния (от позднелатинского «urgens» – «неотложный») – совокупность симптомов и синдромов, требующих срочного медицинского вмешательства (нередко – хирургического) либо госпитализации, невыполнение которых грозит серьезными осложнениями или летальным исходом для данного пострадавшего или пациента. В таких случаях, когда речь идет о жизни или смерти, исход дела нередко решают первые часы, а иногда и минуты. Именно поэтому очень важно сохранить преемственность на всех этапах оказания экстренной помощи, которая не заканчивается передачей нуждающегося в специализированной медицинской помощи приехавшим на место бри-

годам или поступлением пациента в соответствующее медицинское учреждение [4, 10]. Несоблюдение такого требования обязательно приводит к снижению эффективности самой urgentной медицинской помощи и сказывается на ближайших и отдаленных результатах лечения. Тем самым старания, а иногда и риски для собственного здоровья человека, оказавшегося первым (по работе или случайно) на месте событий, грозят быть потраченными зря.

Любое urgentное состояние может закончиться внезапной остановкой сердца (sudden cardiac arrest – SCA), которая требует незамедлительной помощи в виде сердечно-легочной реанимации (СЛР), а при возможности дефибрилляции [13, 26].

Всемирно признанные организации, такие как International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR; [www.ilcor.org](http://www.ilcor.org)), European Resuscitation Council (ERC; [www.erc.edu](http://www.erc.edu)) и American Heart Association (AHA; [www.heart.org](http://www.heart.org)), постоянно работают над соответствующими «Руководящими принципами СЛР» на основе доказательств и накопленного опыта мирового медицинского сообщества, отражая свои выводы каждые 5 лет. Последние рекомендации этих организаций вышли на свет в 2010 году, а их обновления запланированы на октябрь 2015 года. Сердечно-легочная реанимация как жизненно важная процедура является частью «Основ жизнеобеспечения» (Basic Life Support, BLS) [26].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель статьи – провести анализ работы по оказанию неотложной медицинской помощи в условиях реальной недостаточной укомплектованности и нехватки ресурсов здравоохранения применительно к понятиям «срочность» и «неотложность» в практике врача.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Был проведен ретроспективный анализ данных аттестационного отчета врача медицины неотложных состояний, а также показателей отделения в целом за 2010–2012 гг., которые остаются практически неизменными в 2013 и 2014 гг. Согласно отчету по отделению 2012 г. им обслуживается взрослое население в количестве 184 610 человек. Радиус обслуживания в среднем равен 8 км.

## Срочность (urgent) и неотложность (emergency) в медицине

С медицинской точки зрения «срочность» (urgent) и «неотложность» (emergency) схожи, но второе понятие в основном связывают со срочностью жизненного характера (в большей степени срочности). Относительное определение этих двух понятий можно отражать следующим образом:

– медицинская срочность – внезапное появление проблемы со здоровьем разнообразной этиологии и различной степени тяжести, которое вызывает осознание неизбежной необходимости внимания со стороны субъекта медицинской деятельности или его членов (ВОЗ). Можно также определить ее как любую патологию, которая прогрессирует медленно и не обязательно со смертельным исходом, но на которую необходимо уделить профессиональное внимание не позже, чем через шесть часов;

– медицинская неотложность – любая срочная ситуация, которая угрожает жизни человека или функции какого-то его органа. Это тот случай, когда отсутствие медицинской помощи может привести к смерти в течение нескольких минут и когда оказание первой помощи любым человеком имеет первосте-

---

пенное значение. Некоторые американские авторы продвигали концепцию «золотого часа» как понятие первого часа определенного события, в котором смертность высока из-за повышенной частоты смертельных осложнений.

В Европе и Америке эти понятия на практике часто отражаются и в их раздельной деятельности. В странах постсоветского пространства оба понятия практически объединены, изучаются и практикуются в контексте специальности «Медицина неотложных состояний». Само медицинское обслуживание в пределах этой специальности также принципиально отличается по сравнению со странами Европы и Америки, где эти службы хорошо укомплектованы и не являются выездными, за исключением частных медицинских служб, фельдшерских и парамедицинских бригад (последние две и определяют транспортировку пациентов или пострадавших по необходимости).

Скорая медицинская помощь (Emergency Medical Service, EMS) призвана играть решающую роль в «основах жизнеобеспечения» (BLS) с самого поступления телефонного звонка в службу [13, 26]. Профессионально подготовленный для этих целей диспетчер принимает вызов для соответствующего реагирования и активно дает обратившемуся по телефону нужные рекомендации. Жизненно важно, чтобы на месте первая помощь была оказана незамедлительно, а не по приезду бригады НМП или СМП.

В постсоветских странах малоинформативная статистика о количестве обслуживаемых вызовов, госпитализаций и списанных медикаментов не отражает всей реальной картины, а относительно благополучные показатели и вовремя предпринятые действия службами экстренной (ургентной) медицинской помощи могут иногда оказаться впустую потраченными. В приемных отделениях отдельных многопрофильных или узкоспециализированных больниц, куда доставляют пациентов, проблемы и препятствия появляются с самого начала, и их становится еще больше в самих отделениях стационарной медицинской помощи. Поступление экстренного больного в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) может являться неожиданностью (из рассказов самих пациентов), а иногда сопряжено с долгим ожиданием дежурных врачей. Нужно подчеркнуть, что ответы на вопросы о соответствующей комплектации и медикаментозном обеспечении в соответствующих службах совсем не оптимистичны [13].

Во внебольничных условиях в повседневной жизни любого медика (медицинского профессионала – врача или среднего медработника) его профессиональная помощь в пределах основ жизнеобеспечения (BLS) при ургентных состояниях может потребоваться в таких случаях:

- когда он находится на работе непосредственно в медицинском учреждении;
- когда он находится на работе вне медицинского учреждения (бригада СМП или НМП, любой медицинский работник во время вызова к пациенту);
- когда он не находится на работе (на улице, в метро, в гостях или в каком-либо другом месте).

В случае внезапного появления жалоб или приступа болезни, аварии или широкомасштабной катастрофы медицинские знания и опыт тех, кто оказывается рядом и готов помочь, в сочетании с надежной инфраструктурой экстренного реагирования могут сыграть решающую роль. Ситуации, когда в роли прохожего случайно оказался практикующий медик, естественно, делают дальнейшие действия более целенаправленными.

В Законе Украины «Об экстренной медицинской помощи» от 5 июля 2012 года (5081-17) (с изменениями, внесенными согласно Кодексу № 5403-VI от 02.10.2012, ВВР, 2013, № 34–35, ст. 458, а также согласно Законам № 333-VII

от 18.06.2013, ВВР, 2014, № 14, ст. 242 и № 1197-VII от 10.04.2014, ВВР, 2014, № 24, ст. 883») в статье 1 (пункты 5 и 7) указаны следующие определения [4, 6]:

– «экстренная медицинская помощь – медицинская помощь, которая заключается в осуществлении работниками системы экстренной медицинской помощи в соответствии с настоящим Законом неотложных организационных, диагностических и лечебных мероприятий, направленных на спасение и сохранение жизни человека в неотложном состоянии и минимизацию последствий такого состояния на его здоровье»;

– «неотложное состояние человека – внезапное ухудшение физического или психического здоровья, которое представляет прямую и неотвратимую угрозу жизни и здоровья человека или окружающих его людей и возникает вследствие болезни, травмы, отравления или других внутренних или внешних причин...».

Данные определения являются базисными с нормативно-правовой точки зрения в вопросах работы служб ургентного медицинского реагирования (в первую очередь НМП и СМП) в Украине.

Неотложная медицинская помощь пациентам при угрожающих жизни состояниях чаще всего предоставляется фельдшерами и врачами бригад СМП и НМП. Персонал бригад обеспечивает проведение соответствующих мероприятий в строгой зависимости от своих возможностей и комплектации, чтобы затем обеспечивать доставку пациента в максимально короткие сроки в медицинское учреждение, а еще лучше сразу в профильный центр, имеющий в своей структуре отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение анестезиологии-реанимации и оказывающий специализированную медицинскую помощь.

### **О преемственности в практике медицины неотложных состояний**

Одно из определений НМП гласит, что это «незамедлительная и быстрая медицинская квалифицированная помощь человеку с остро развившимся заболеванием или повреждениями, при которых требуется немедленное медицинское вмешательство, без оказания которого пациент погибнет» [10, 13].

Именно вовремя оказанная НМП способна иногда сохранить драгоценную жизнь, восстановить полноценную трудоспособность. Ключевые понятия – «быстрота» и «квалифицированная помощь», которые не всегда можно сочетать на практике из-за недостаточной комплектации или чрезмерной занятости медицинского персонала необоснованными по профилю вызовами. Часто отрицательную роль играют и коррупционные намерения, что достаточно часто освещают различные источники [20, 21].

Неотложная медицинская помощь – профессиональная медицинская помощь при неотложных состояниях; важная область в медицине, требующая как от своих членов, так и от членов других медицинских специальностей постоянного изучения, непрерывного саморазвития и профессионального самосовершенствования [18].

При оказании НМП и по сей день остается актуальной проблема реализации принципа «золотого часа» не только в сельских районах, но и в крупных городах. Бригады СМП все же стараются соблюдать время прибытия на вызов (10 минут), как это зафиксировано в приказе № 500 от 29 августа 2008 года. В отношении качества оказания самой медицинской помощи на сегодня достаточно много проблем [6, 13].

Как упоминается выше, в практической деятельности медицины неотложных состояний в странах постсоветского пространства наиболее деликатны-

---

ми для медиков являются препятствия, имеющие место из-за человеческого фактора. Немало случаев (из рассказов пациентов), когда больному и родственникам приходится ждать неопределенное время безо всякой на то необходимости после оперативной доставки службами СМП в больницу. Именно из-за долгих ожиданий упускается драгоценное время для оказания успешной медицинской помощи, особенно при экстренных сердечно-сосудистых и острых хирургических состояниях. Причина таких случаев – существующее коррупционное поведение на местах, куда срочно доставляется пациент, где в ущерб его здоровью некоторые медики ставят выше самой медицины свои «коммерческие» интересы, неоправданно опираясь на низкую зарплату и сложности финансирования здравоохранения [12, 14, 17]. Подобную ситуацию можно представить на примере из реальной жизни: «Пациент, 78 лет (в анамнезе – ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и тромбоз вен, по причине чего год назад ампутировали ногу), было диагностировано (со слов родственников) в условиях стационара прединфарктное состояние. Врачи рекомендуют ставить стент, который нужно купить в отделении за огромные для них деньги (23 тыс. грн безо всяких квитанций), кроме того, отдельно нужно платить за саму операцию, а также купить лекарства. Не будет денег – пациента выпишут...».

Из ситуации, имеющей место в сентябре-октябре 2013 года [13, 21]: «Пациентка с диагнозом острого инфаркта миокарда (в анамнезе – сахарный диабет) доставлена в стационар практически сразу после вызова СМП. Дочку (молодая медсестра одного из ЛПУ города) пациентки медики спрашивают, есть ли деньги (колоссальная для них сумма – примерно 2 500 долларов США), чтобы начинать лечение на месте. Беспомощная девушка позвонила автору этой статьи. Последний, узнав о времени начала приступа и о том, что в этой больнице не делается катетеризация и соответствующее стентирование, дал совет: срочно обращаться по телефону доверия Кабинета министров страны! Только после этого по данному случаю начали реальные организационные действия, и пациентку почти сразу перевели в Институт сердца. Примерно через пару часов она уже была в реанимации после стентирования, что могло бы и не иметь место (речь не идет о более тяжелых последствиях), если бы у родственников нашлись деньги или если ими не были предприняты необходимые действия, так как время срочной реперфузии было бы упущено».

Описанные примеры являются единичными показателями того, как кто-то пытается аморально нажиться на здоровье людей (тем более когда это происходит в государственных медицинских учреждениях, куда средства, несмотря на различные трудности, выделяются государством для использования в интересах пациентов, а не для их коммерческой реализации), не жалея при этом жизненно важного времени того же «золотого часа» и подвергая людей необоснованным рискам [20]. Именно по этой причине авторы подчеркивают в других трудах необходимость того, чтобы условия работы в медицине были пересмотрены в пределах объективности и прозрачности [17].

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

С учетом опасностей осложнений (вплоть до смерти) при вероятных urgentных состояниях у пациентов, к которым врачами неотложных состояний обычно вызывают, необходимо быть готовым к самым неожиданным ситуациям. Законодательство страны и международно признанные документы Всемирной медицинской ассоциации (ВМА), Всемирной организации здравоохра-

ранения (ВОЗ) и Международной организации труда (МОТ) определяют нормативные параметры деятельности медика, которые в зависимости от узкой специальности находят свое отражение в «должностных инструкциях» [4, 6].

### **От формальных задач до реальной работы врача неотложной медицины**

В целом основные задачи врача НМП таковы:

1) ранняя (быстрая, максимально объективная) диагностика разнообразных состояний, которые возникли вследствие травм, отравлений, внезапных нарушений витальных функций организма путем осмотра больного, опроса родственников;

2) экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе;

3) направление больного на госпитализацию в зависимости от характера патологий или повреждений с соблюдением должностных инструкций и доступными объяснениями при этом больному и его родственникам необходимости предстоящей госпитализации (особенно при отказе от госпитализации);

4) своевременная передача данных в поликлинику, если пациент остается дома по причине нетранспортабельности или отказа от госпитализации, а также при выявлении инфекционных болезней, требующих, по мнению осматривающего врача, не госпитализации, а изолирования пациента;

5) своевременное пополнение необходимыми лекарствами и изделиями медицинского назначения медицинского ящика, контроль исправности имеющейся аппаратуры (если имеется в наличии);

6) всесторонняя врачебно-консультативная помощь при обращении пациентов амбулаторно.

В работе НМП часто приходится проводить раннюю диагностику и оказывать urgentную помощь больным в коматозном и посттравматическом состояниях, а также пациентам с острым отравлением, эндокринными заболеваниями, тяжелой сердечно-сосудистой патологией, в частности острым коронарным синдромом (ОКС) и острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), сердечной астмой; с тяжелой бронхолегочной патологией включительно с острыми бронхоспазмами аллергического и инфекционно-воспалительного характера, приступами бронхиальной астмы, отеками легких; с угрожающими жизни нарушениями сердечного ритма, а иногда и после передозировки наркотиками. Приходится проводить быструю (практически молниеносно) дифференциальную диагностику, назначать наиболее эффективную медицинскую помощь (в пределах возможностей своей лекарственной и другой комплектации) и обеспечивать наилучшие срочные результаты. В таких случаях вызываются специализированные бригады СМП, а до их приезда по возможности проводится дифференцированная терапия больным с ОКС, ОНМК и прочими патологиями, требующими узкоспециализированного подхода.

На практике медицины неотложных состояний медики довольно часто встречаются с большим контингентом пациентов, нуждающихся в экстренной госпитализации хирургического, урологического и гинекологического профиля. С точки зрения дифференциальной диагностики часто встречаемые трудности при этом могут быть представлены следующими патологиями:

- острыми хирургическими патологиями, в том числе и сосудистого характера;
- сердечной астмой вплоть до отека легких;
- ОКС в разных вариантах;
- ОНМК ишемического и геморрагического характера;



- 
- торакалгиями разного генеза у пациентов с ишемической болезнью сердца на фоне гипертонии или без нее;
  - приступами бронхиальной астмы с гипертензивным синдромом, которая иногда осложняется сердечной астмой.

Особо сложной и ответственной представляется дифференциальная диагностика острых хирургических заболеваний. Помогает в диагностике тщательный, быстро собранный анамнез и данные осмотра больного. Такие заболевания, как острый панкреатит, перфоративная язва желудка, острый холецистит, тромбоз мезентериальных сосудов, желудочно-кишечное кровотечение, могут сопровождаться симптомами острой сердечно-сосудистой недостаточности и требуют неотложных мер по коррекции объема циркулирующей крови, кислотно-щелочного состояния, борьбе с шоком. В таких случаях незамедлительное оформление направления и вызов машины СМП для транспортировки в стационар является обязательным условием.

И все же необходимо выделить некоторые трудности при выполнении врачом практической неотложной медицинской деятельности, вытекающие из особенностей самой системы здравоохранения в поисках сегодняшнего реформирования. На вызовах медики могут:

- приехать по одним жалобам, когда на самом деле имеется другая проблема, причем не срочная (затянувшаяся по собственной безответственности пациентов), без описанных при оформлении вызова жалоб;
- встретить агрессивно настроенных родственников или самих пациентов, столкнуться с угрозами не только словесного, но и физического характера;
- долго искать квартиру из-за неправильно выданных данных пациентами (или их родственниками), а иногда и диспетчерами СМП или НМП («ничего страшного, пусть врач ищет»);
- долго добираться до пациента из-за таких «мелких» проблем, как «лифт не работает», когда подниматься надо на 16–20 этажи, «домофона нет» («ничего, может кто-то откроет в 3 или 4 часа ночи»);
- внезапно стать объектом нападения, мести и других эмоций со стороны людей с неуравновешенной психикой, находящихся под действием наркотических веществ, алкогольного опьянения или просто выражающих таким образом свое недовольство из-за «долгого» ожидания или непослушания их псевдомедицинских назначений и требований [2, 7].

Во время вызова или на приеме амбулаторных пациентов часто медики получают значительную психологическую нагрузку от граждан, которые считают, что хорошо разбираются в медицине и поэтому пытаются всячески оспаривать врачебные решения или рекомендации, поставив выше всего свои необоснованные, а иногда и вредные для здоровья «знания» [3, 19]. Немало случаев, когда пациент или его родственники открыто оскорбляют врача, угрожают ему, необоснованно предъявляют претензии и запросы, не давая возможности медикам выполнять свою urgentную работу (например, фразы «Так долго ехали, за это время и умереть можно», «Что будете колоть, я должен/должна знать», «Я этого лекарства не знаю», «Сделайте мне это, то...», «Сразу заберите или направьте меня в больницу» и т. д.). Что делать, когда эти вопросы поднимаются людьми, которые сделали для себя любимым занятием бегать по всевозможным инстанциям всего лишь потому, что хотят показать свое превосходство, наличие «нужных» связей или хотят подчеркнуть свое служебное положение? Они могут легко и без страха на приеме или на вызовах на дому оскорблять, выгонять, кричать на медика безо всякого основания (например,



потому что он быстро осмотрел пациента, сразу уходит и куда-то спешит («ты должен был...»), пациенту показалось, что медик должен был мыть руки у него дома, а не брызгать их «каким-то вонючим средством» и т. д.). Такие граждане если уже начали «преследование», то удовлетворяются только тогда, когда есть «расправа» над медиком, чаще всего над врачом [2, 7, 9]. Подробнее конфликтные ситуации, имеющие место у медиков при работе в отделениях НМП, авторы освещали в других статьях [16, 21].

### Из практической работы врача неотложной медицины

С целью непрерывного улучшения качества медицинской помощи (КМП) научные исследования и изучение результатов практической деятельности стали обязательным компонентом современной медицины. В связи с этим изучение результатов непосредственной практической деятельности может служить серьезным стимулом для разработки методик и рекомендаций, адаптированных к реальным трудностям работы медика и истинным возможностям современного здравоохранения [8, 23].

На основе отчетов врачей НМП (по собственным данным автора в результате 3-летнего наблюдения) показатель среднего времени, затраченного на один вызов, достаточно большой (в среднем 52–63 минуты). Медики объясняют это большим количеством «запущенной» и сопутствующей патологии, что требует дополнительного времени для установления основного диагноза и назначения адекватного лечения, множеством вопросов и желанием пациентов и их родственников решать все на месте (особенно когда речь не идет о неотложном состоянии), чтобы не ходить на прием к участковому или семейному врачу, а также потерей времени, обусловленного доездом к месту обслуживания и ожиданием милиции (когда согласно законодательству требуется ее присутствие), особенно в зимнее время [5, 11].

По этим же отчетам количественный анализ обслуженных вызовов по нозологическим единицам (рисунок 1) позволяет сделать вывод, что в условиях НМП в основном обслуживаются вызовы по болезням органов кровообращения, гипертонической болезни с кризами, болезням органов дыхания, пищеварения и нервной системы (далее «основные группы»).

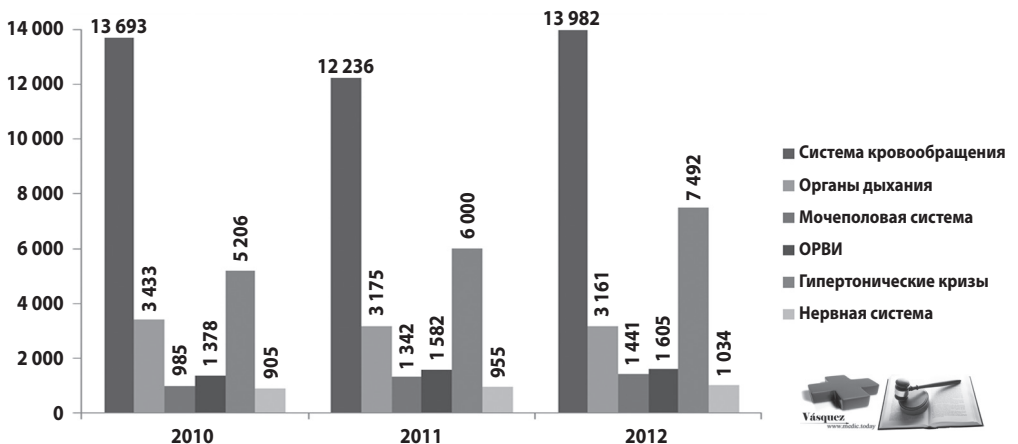
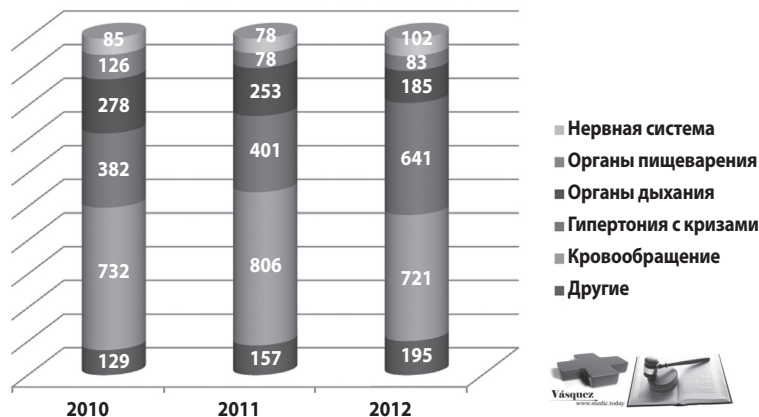


Рисунок 1  
Основные нозологические формы обслуженных вызовов

Для наглядности авторы сочли нужным отражать некоторые данные трех-годового аттестационного отчета за период 2010–2012 гг. (отметим, что сравнительный анализ цифр 2013 и 2014 гг. в работе по отделению НМП показал, что они остаются в целом такими же) [19].

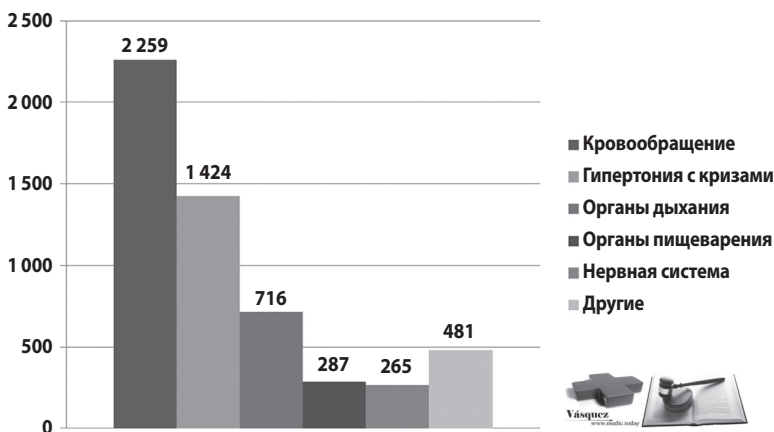
В цифрах по «основным группам» одной бригадой НМП за отчетный период обслужено в среднем 4 951 вызов, что составляет 89,5 % всех вызовов бригады (рисунок 2).



**Рисунок 2**  
Количество вызовов по основным нозологическим формам

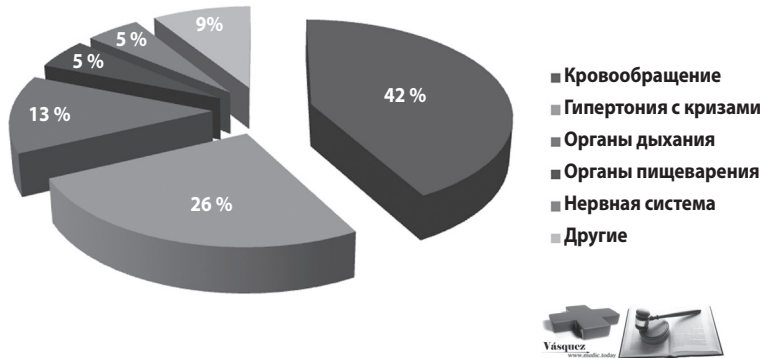
Как видно из предыдущего рисунка, в работе врача НМП преобладают вызовы по болезням кровообращения и гипертонии с кризами. В процентном соотношении данная группа вызовов имеет следующие показатели относительно всех обслуженных вызовов: 2010 г. – 42,3 %, 2011 г. – 43,03 %, 2012 г. – 37,42 %.

Обслуженные одной бригадой вызовы за отчетный период по «основным группам» представлены в следующем рисунке (рисунок 3).



**Рисунок 3**  
Количество вызовов по основным нозологическим формам, обслуженных в среднем одной бригадой НМП

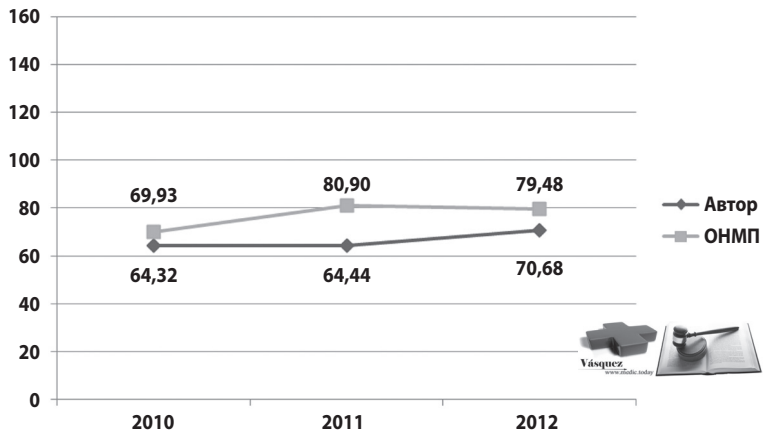
В процентном соотношении «основные группы» относительно всех обслуженных вызовов имеют (в сумме за 3 года) следующие показатели: болезни органов кровообращения – 40,84 %, гипертоническая болезнь с кризами – 25,74 %, болезни органов дыхания – 12,94 %, болезни органов пищеварения – 5,18 %, болезни нервной системы – 4,8 % (рисунок 4).



**Рисунок 4**  
Процентное соотношение обслуженных в среднем вызовов одной бригадой НМП

Именно по болезням системы кровообращения и гипертонии с кризами (среди которых фиксируются случаи сердечной астмы) в основном и фиксируются вызовы в отделениях НМП.

Анализ количества вызовов по годам показывает, что больше всего имели место вызовы по болезням органов кровообращения и гипертонии с кризами (в сумме) по отделению и в среднем одной бригадой на примере обслуженных автором вызовов (рисунок 5).



**Рисунок 5**  
Процентное соотношение болезней системы кровообращения по годам

---

Несмотря на то, что увеличение показателя год за годом относительно небольшое, тенденция остается нарастающей. Важнее всего то, что показатели вызовов по болезням органов кровообращения и гипертонии с кризами остаются все же высокими среди всех вызовов. Это дает основание сконцентрировать все больше внимания здравоохранения в целом именно на проблемах сердечно-сосудистого характера.

При оказании помощи пациентам с онкологическими болезнями чаще всего требуются наркотические анальгетики (обычные анальгетики и спазмолитики практически не действуют), но в отделении НМП по месту деятельности автора они отсутствовали и отсутствуют сейчас, из-за чего симптоматическая помощь таким больным минимальна. При терминальных или угрожающих для жизни состояниях врачебная помощь бригады НМП ограничивается имеющимся скромным наличием лекарств; нет какой-либо аппаратуры для проведения профессиональных реанимационных мероприятий (нет аппарата для искусственной вентиляции легких, дефибриллятора и прочих). В связи с наличием всего лишь минимума препаратов для сердечно-легочной реанимации помощь пациенту, к сожалению, оказывается часто малоэффективной и недостаточной.

При необходимости и возможности (исправны ли аппараты электрокардиографии (ЭКГ), имеются ли они в наличии) регистрируется ЭКГ. Это позволяет в будущем ориентироваться участковым врачам и врачам СМП и НМП при повторных вызовах. Однако приходится все же делать основную ставку на клинику и анамнез, так как сердечные патологии не всегда находят свое отражение на ЭКГ [3, 24].

После оказания соответствующей помощи бригада НМП обеспечивает необходимую госпитализацию больных соответствующим направлением. При угрожающих для жизни пациента случаях бригада НМП лично передает больного специализированной или другой бригаде СМП для транспортировки в стационар, что также чревато определенными трудностями (диспетчер – заместитель старшего врача – старший врач, каждый из которых в такой же очередности решает, отправлять ли машину для транспортировки пациента или бригады на помощь врача НМП или нет). Рутинным порядком в направлении указывается предварительный диагноз, а также прилагается сопроводительная записка (в ней отмечается время оказания помощи, артериальное давление, частота пульса, температура тела, перечень вводимых лекарств, эффект от лечения).

## **ВЫВОДЫ**

На основании практического опыта можно сделать следующие критические выводы.

1. Оснащение врачебной бригады НМП с учетом приказа МОЗ Украины № 500 от 29 августа 2008 г. (см. «Примірний перелік оснащення бригади пункту (відділення) невідкладної медичної допомоги (для дорослого та дитячого населення)») необходимыми средствами и аппаратурой должно включать как минимум электрокардиограф, экспресс-тест для определения сахара (глюкометр), экспресс-тест на инфаркт миокарда (для определения тропонина I, КК-MB (креатинкиназы MB-фракции, где M – мышечная субъединица фермента (muscle) и B-мозговая (brain) и миоглобина, имеющиеся на рынке страны, чувствительность и специфичность которых достигают почти 100 %), средства для катетеризации периферических сосудов. Также необходимо улучшить состав имеющихся медикаментов, в частности нужны: антикоагулянты (гепарин), фибринолитики

(альтеплаза, актилизе), тромболитики (метализе – который как раз ценен на до-госпитальном этапе, так как позволяет избежать кардиогенного шока и отека легких), наркотические анальгетики. Нереальной мечтой врачей НМП представляется наличие кислорода и дефибрилятора.

2. Санитарный транспорт, который выделяется врачебным бригадам отделения НМП, не всегда надежен и не оборудован необходимой медицинской аппаратурой. Машины выполняют только роль средства передвижения, причем не всегда оптимального.

3. Единой оперативно-диспетчерской службе рекомендуется четко разграничивать ожидания пациентов: если не отправляют бригаду СМП на данный вызов, то открыто сообщать им об этом – иначе у населения создается минимальный повод для конфликтов. Если вызов перебрасывается (а иногда и не сразу) существующим службам НМП, обслуживание может быть не через 10 минут (к чему население при вызове СМП уже заранее настроено), как нормирует приказ и обещают государственные чиновники. Можно ли будет заставить пациента платить штраф и возмещать расходы за использование топлива и за потраченное время медиков не по прямому назначению в случае ложного вызова (не соответствующего неотложному состоянию согласно должностным инструкциям)? На сегодня это пока что открытый вопрос. Необоснованные вызовы не-срочного характера часто задерживают другие, действительно неотложные вызовы. Это в основном связано с уровнем культуры и необоснованным требованием населения, из-за чего количество вызовов имеет тенденцию к нарастанию, в том числе и непрофильных (не неотложных) вызовов. Подобные моменты, а также ожидание милиции заставляют терять столь драгоценное при неотложных случаях время.

4. Не всегда присутствует необходимая преемственность на всех этапах оказания экстренной помощи, процесс не заканчивается вызовом бригады СМП, доставкой и поступлением пациента в соответствующее медицинское учреждение.

5. Показатели по болезням органов кровообращения и гипертонии с кризами остаются ведущими среди всех вызовов бригад НМП, что дает основание сконцентрировать все больше внимания здравоохранения в целом именно на ССЗ. На конец отчетного периода эти вызовы, а также вызовы к онкологическим пациентам (из-за отсутствия сильных анальгетиков в бригадах таким пациентам помочь нечем) продолжают расти. Основные нозологические группы наряду с болезнями системы кровообращения – это болезни органов дыхания и пищеварения, нервной и мочеполовой системы, острые респираторные вирусные инфекции, гипертоническая болезнь с кризами.

6. Медикам любой специальности нужно активнее включаться в процесс непрерывной самоподготовки и в профилактическую работу. Необходимо шире пропагандировать здоровый образ жизни, направлять усилия на ликвидацию факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, коррекция режима питания, борьба с избыточной массой тела и т. д.), включаться в этот процесс своим собственным примером. Важную роль медика любой специальности авторы видят в его активном участии по работе с населением на предприятиях, не связанных со здравоохранением (в школах, высших учебных заведениях и т. д.).

7. Приходится отметить и трудности, связанные с незащищенностью медиков (врачи НМП внезапно могут стать объектом нападения или оскорбления, а, к сожалению, обращаться им некуда). Заведующий отделением или руко-

---

водитель ЛПУ должен не только требовать профессионального выполнения обязательств своими подчиненными согласно должностным инструкциям, но и защищать их в рамках законодательства перед конфликтными людьми, вышестоящими чиновниками и милицией. Следует внедрить правила работы и вызова бригады своего подчинения, руководствуясь медицинскими критериями, законодательством, особенностями обслуживаемого контингента и местного руководства – другими словами, адаптировать должностные по законодательству инструкции к специфике района обслуживания и возможностям самого отделения НМП [15].

8. В компетенции районных или городских администраций – обеспечение качественными автомобильными дорогами и обозначение домов номерами, отсутствие которых затрудняет работу рядового медика (затягивает начало обслуживания, подвергает медиков дополнительным рискам) экстренной медицины, особенно ночью, когда и узнать нужную информацию особо не у кого. Данный вопрос можно поднять руководителям ЛПУ на уровне районных и городских администраций.

В связи с огромным ростом международных путешествий и имеющимися процессами глобализации массовые скопления разного масштаба, характера и цели стали представлять серьезную проблему для современного здравоохранения. Опасность для здоровья в современном мире увеличивается в результате концентрации людей на открытых и закрытых мероприятиях, где в основном стоит опасаться различных инфекций и травм. Граждане должны знать, что массовые скопления создают благоприятную среду для распространения инфекционных болезней. Наиболее частая причина смерти на мероприятиях массового скопления людей – ССЗ [25].

Широкое внедрение интернет-технологий в жизнь людей и в медицинскую деятельность, активное использование виртуальных ресурсов с лечебно-консультативной и санитарно-просветительной целью заставляет многих медиков переживать за происходящее в этом современном информационном пространстве. Каждый человек (профессионал здравоохранения или нет) отражает по-своему свои видения и размышления в виртуальном пространстве, что порой все больше затрудняет восприятие обычными людьми любых врачебных рекомендаций, тем самым осложняя и без того трудную медицинскую деятельность. В связи с этим авторами разработаны и внедрены в сеть собственные рекомендации: «Рекомендации врача», «10 правил здоровья» и «Кодекс медика в режиме он-лайн (on line)» [14, 20].

Несмотря на трудности, все же нужно адаптироваться к имеющимся условиям и улучшать выполнение своих должностных обязанностей, в частности по вопросам неотложных состояний.

Медик неотложных состояний, как любой профессионал здравоохранения, должен считать своим правом и обязанностью работать в пределах нормативно-правовых норм законодательства в области здравоохранения – своей страны и международно признанной (ВОЗ (WHO), ВМА (WMA), МОТ (ILO), других подразделений ООН (ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО)), а также на основе собственных медицинских рассуждений и профессиональной эрудиции [1, 11]. Вопросы законодательства в работе медиков выделены авторами в ранее опубликованных статьях [5, 7].

Необходимо делать акцент на соблюдении этики и деонтологии, основанных на законах страны и международных документах в области здравоохранения [2, 7]. Свое видение по этим вопросам авторы старались отражать в

недавно опубликованных книг: «Медицина и мораль», «Медицина, как она есть!» и «Здравоохранение XXI века: закон и этика в медицине». Этика и мораль в современном понимании, постоянное профессиональное самообразование и самосовершенствование наряду с научно-техническим прогрессом является залогом достижения наилучших результатов для медика в процессе своей деятельности [14, 18].

### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы подчеркивают, что все материалы, опубликованные от их имени, являются исключительно личным мнением и результатом собственных рассуждений, наблюдений и опыта и не претендуют на то, чтобы читатели их разделяли. Указание места работы является всего лишь справкой об основной занятости.

Авторы также акцентируют внимание на отсутствии конфликта интересов, финансовых или личных взаимоотношений, которые неуместным образом могли бы влиять на их действия.

## Urgency and emergency in the physician's practice

Vasquez Abanto J. E.<sup>1</sup>, Vasquez Abanto A. E.<sup>2</sup>, Arellano Vasquez S. B.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Center for primary medical and sanitary help no. 2, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Kyiv city clinical hospital no. 8, Kyiv, Ukraine

<sup>3</sup>University of San Pedro, Chimbote, Peru

**Summary.** There was a retrospective analysis of data attestation report doctor of medicine of emergency conditions, as well as indicators of office in general, over the period 2010–2012, which remain virtually unchanged in 2013 and 2014. In the figures for “major groups” during the reporting period by the 1 EMC team serviced in average 4 951 calls that is 89.5 % of all brigade calls.

The analysis of the calls number by year shows that most take place calls on diseases of circulation organs and hypertension crises (in the aggregate) in the Department and on average by one team in last year's reporting period. In percentage terms these groups of diseases in the Department (2010 – 69.93 %, 2011 – 80.90 %, 2012 – 79.48 %), and the author's (2010 – 64.32 %, 2011 – 64.44 %, 2012 – 70.68 %), we have, relatively to all calls, close indicators year after year.

In critical situations, when discourse is about life or death the result of the matter is often determined within the first few hours or even minutes. When providing the EMC still remains an urgent problem in the implementation of the principle of the “golden hours” not only in rural areas but also in major cities. The Emergency Medical Services, still try to keep arrival time at the call – 10 minutes, as it sets out in the order № 500 dated 29 August 2008. There are a lot of problems today as to the quality of rendering of the medical aid.

**Keywords:** emergency medicine, physician practices, urgency and emergency in medicine.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Васкес Абанто А. Э. К международному дню защиты прав человека (10.12.2013) – права медика / А. Э. Васкес Абанто, Х. Э. Васкес Абанто // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Вінниця, 6–7 грудня 2013 р.). – Херсон : Гельветика, 2013. – С. 109–113.
2. Васкес Абанто Х. Э. В поисках той самой правовой защиты медика / Х. Э. Васкес Абанто // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 13 (464). – С. 25.
3. Васкес Абанто Х. Э. Вопросы диагностики и лечения заболеваний / Х. Э. Васкес Абанто // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 9 (415). – С. 14–15.



- 
4. Васкес Абанто Х. Э. Законодательство Украины и работа медика в медицине неотложных состояний / Х. Э. Васкес Абанто // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 8 (55). – С. 61–67.
  5. Васкес Абанто Х. Э. Здравоохранение сегодня – мнение практического врача / Х. Э. Васкес Абанто // XX Международная научно-практическая конференция «Научная дискуссия: вопросы медицины» (г. Москва, 3 декабря 2013 г.). – М.: [б. и.], 2013. – С. 57–62.
  6. Васкес Абанто Х. Э. Медицинская деятельность и законодательство страны / Х. Э. Васкес Абанто // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 17 (471). – С. 20–22.
  7. Васкес Абанто Х. Э. Нарушение прав медиков, или Давайте все же не молчать! / Х. Э. Васкес Абанто // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 5 (52). – С. 153–157.
  8. Васкес Абанто Х. Э. Подход к медицине с точки зрения доказательств / Х. Э. Васкес Абанто // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 9 (460). – С. 14–15.
  9. Васкес Абанто Х. Э. Реформирование здравоохранения и права медика / Х. Э. Васкес Абанто // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2013. – № 11 (25). – С. 84–92.
  10. Васкес Абанто Х. Э. Болезни системы кровообращения в медицине неотложных состояний / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // Материалы III Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (г. Самара, 7–8 ноября 2014 г.). – Самара : [б. и.], 2014. – 170 с.
  11. Васкес Абанто Х. Э. Здравоохранение XXI века: закон и этика в медицине / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто. – Германия : LAP Lambert Academic Publishing, 2014. – 144 с.
  12. Васкес Абанто Х. Э. Здравоохранение и вопросы его финансирования / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // Медицина неотложных состояний. – 2014. – № 3 (58). – С. 174–179.
  13. Васкес Абанто Х. Э. Из практики медицины неотложных состояний / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // Новости медицины и фармации. – 2014. – № 15 (509). – С. 22–25.
  14. Васкес Абанто Х. Э. Медицина и мораль / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто. – Киев : Алфа Реклама, 2015. – 160 с.
  15. Васкес Абанто Х. Э. Наука и искусство менеджмента в здравоохранении / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // The European Scientific and Practical Congress «Scientific resources management of countries and regions». Scientific and practical edition (Copenhagen, Denmark, 18 July 2014). – Copenhagen : Publishing Center of The International Scientific Association «Science & Genesis», 2014. – № 1. – С. 138–146.
  16. Васкес Абанто Х. Э. Необходимость применения конфликтологии в медицине / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // Медицинская практика: организационные и правовые аспекты. – 2013. – № 5–6. – С. 40–48.
  17. Васкес Абанто Х. Э. Реальная и престижная оплата труда медика – основа кадровой политики в здравоохранении / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // Международная научно-практическая конференция «Приоритеты современной медицины: теория и практика» (г. Одесса, 6–7 февраля 2015 г.). – Одесса : [б. и.], 2015. – С. 121–125.
  18. Васкес Абанто Х. Э. Самообразование и самосовершенствование медика / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто // Международный научно-практический конгресс педагогов и психологов «Science of future» (г. Прага, 8 мая 2014 г.). – Прага : Science, 2014. – С. 226–233.
  19. Васкес Абанто Х. Э. Диагностические и лечебно-профилактические подходы / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто, С. Б. Арельяно Васкес // Материалы Международной научно-практической конференции «Медицинская наука и практика XXI века» (г. Киев, 6–7 февраля 2015 г.). – Киев : [б. и.], 2015. – С. 10–13.
  20. Васкес Абанто Х. Э. Медицина, как она есть! / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто, С. Б. Арельяно Васкес. – Киев : Алфа Реклама, 2015. – 228 с.
  21. Васкес Абанто Х. Э. От гиппократической морали до современной этики и деонтологии в медицине / Х. Э. Васкес Абанто, А. Э. Васкес Абанто, С. Б. Арельяно Васкес // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2015. – № 1. – С. 13–25.
  22. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2013 г. / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2013/report/ru/>.
  23. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. (Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо) / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2008/ru/>.
  24. Информационный бюллетень № 310 / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>.

25. Международные поездки и здоровье. Ситуация на 1 января 2012 года / Всемирная организация здравоохранения. – Женева : Всемирная организация здравоохранения, 2014. – 296 с.
26. Nolan J. P., Hazinski M. F., Billi J. E., Boettiger B. W., Bossaert L., de Caen A. R., Deakin C. D., Drajer S., Eigel B., Hickey R. W., Jacobs I., Kleinman M. E., Kloeck W., Koster R. W., Lim S. H., Mancini M. E., Montgomery W. H., Morley P. T., Morrison L. J., Nadkarni V. M., O'Connor R. E., Okada K., Perlman J. M., Sayre M. R., Shuster M., Soar J., Sunde K., Travers A. H., Wyllie J., Zideman D. (2010) International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Resuscitation*, vol. 81. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.002.

## REFERENCES

1. Vasquez Abanto A. E., Vasquez Abanto J. E. (2013) K mezhdunarodnomu dnuju zashhity prav cheloveka (10.12.2013) – prava medika [The international Human Rights Day (10.12.2013) – the medical's officer right]. Proceedings of the *International Scientific Conference (Vinnytsya, 6–7.12.2013)*. Kherson: Helvetyka, pp. 109–113. (in Russ.)
2. Vasquez Abanto J. E. (2013) V poiskah toj samoj pravovoj zashhity medika [In search of the legal medical's officer protection]. *Novosti meditsiny i farmatsii*, vol. 464, no. 13, p. 25. (in Russ.)
3. Vasquez Abanto J. E. (2012) Voprosy diagnostiki i lecheniya zabolevaniy [The diagnosis and treatment of diseases]. *Novosti meditsiny i farmatsii*, vol. 415, no. 9, pp. 14–15. (in Russ.)
4. Vasquez Abanto J. E. (2013) Zakonodatel'stvo Ukrainy i rabota medika v medicine neotlozhnykh sostoyaniy [Legislation of Ukraine and the work of the physician in Medicine of emergency conditions]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy*, vol. 55, no. 8, pp. 61–67. (in Russ.)
5. Vasquez Abanto J. E. (2013) Zdravooхранenie segodnja – mnenie prakticheskogo vracha [Health care today – a view of practitioners]. Proceedings of the *XX International scientific-practical conference «Scientific discussion: issues of medicine» (Moscow, 03.12.2013)*. Moscow, pp. 57–62. (in Russ.)
6. Vasquez Abanto J. E. (2013) Medicinskaja dejatel'nost' i zakonodatel'stvo strany [Medical care and the law of the country]. *Novosti meditsiny i farmatsii*, vol. 471, no. 17, pp. 20–22. (in Russ.)
7. Vasquez Abanto J. E. (2013) Narushenie prav medikov, ili Davajte vse zhe ne molchat! [Rights of physicians are violated or Stop keep silence!]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy*, vol. 52, no. 5, pp. 153–157. (in Russ.)
8. Vasquez Abanto J. E. (2013) Podhod k medicine s tochki zrenija dokazatel'stv [Approach to medicine from the viewpoint of evidence]. *Novosti meditsiny i farmatsii*, vol. 460, no. 9, pp. 14–15. (in Russ.)
9. Vasquez Abanto J. E. (2013) Reformirovanie zdravooхранeniya i prava medika [Health care reform and medical worker rights]. *Sovremennaya meditsina: aktualnye voprosy*, vol. 25, no. 11, pp. 84–92. (in Russ.)
10. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2014) Bolezni sistemy krovoobrashcheniya v meditsine neotlozhnykh sostoyaniy [Diseases of the circulatory system in medicine of emergency conditions]. Proceedings of the *III All-Russian Conference «The contradictions of modern cardiology: the controversial and unresolved issues» (Samara, 7–8.11.2014)*. Samara, 170 p. (in Russ.)
11. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2014) Zdravooхранenie XXI veka: zakon i etika v meditsine [Health of the XXI century: the law and ethics in medicine]. Germany: LAP Lambert Academic Publishing, 144 p. (in Russ.)
12. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2014) Zdravooхранenie i voprosy ego finansirovaniya [Health care and questions of financing]. *Meditsina neotlozhnykh sostoyaniy*, vol. 58, no. 3, pp. 174–179. (in Russ.)
13. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2015) Iz praktiki meditsiny neotlozhnykh sostoyaniy [Practice of medicine of emergency conditions]. *Novosti meditsiny i farmatsii*, vol. 509, no. 15, pp. 22–25. (in Russ.)
14. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2015) *Medicina i moral* [Medicine and morals]. Kyiv: Alfa Reklama. (in Russ.)
15. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2014) Nauka i iskusstvo menedzhmenta v zdravooхранenii [The art and science of management in health care]. Proceedings of the *European Scientific and Practical Congress «Scientific resources management of countries and regions» (Copenhagen, 18.07.2014)*. Copenhagen: Science & Genesis, vol. 1, pp. 138–146. (in Russ.)
16. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2013) Neobhodimost' primeneniya konfliktologii v medicine [The need for conflict resolution in medicine]. *Medychna praktyka: orhanizatsiini ta pravovi aspekty*, vol. 5–6, pp. 40–48. (in Russ.)
17. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2015) Real'naja i prestizhnaja oplata truda medika – osnova kadrovoj politiki v zdravooхранenii [Real wages and prestigious medical – the personnel policy in public health]. Proceedings of the

---

*International scientific-practical conference «Priorities of modern medicine: theory and practice» (Odessa, 6–7.02.2015). Odessa, pp. 121–125. (in Russ.)*

18. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E. (2014) Samoobrazovanie i samosovershenstvovanie medika [Self-education and self-improvement medic]. Proceedings of the *International scientific-practical conference of teachers and psychologists «Science of future» (Prague, 08.05.2014)*. Prague: Science, vol. 1, pp. 226–233. (in Russ.)

19. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E., Arellano Vasquez S. B. (2015) Diagnosticheskie i lechebno-profilakticheskie podhody [Diagnostic and therapeutic and preventive approaches]. Proceedings of the *International scientific-practical conference «Medical science and practice of the XXI century» (Kyiv, 06–07.02.2015)*. Kyiv, pp. 10–13. (in Russ.)

20. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E., Arellano Vasquez S. B. (2015) *Medicina, kak ona est!* [Medicine as it is!]. Kyiv: Alfa Reklama. (in Russ.)

21. Vasquez Abanto J. E., Vasquez Abanto A. E., Arellano Vasquez S. B. (2015) Ot gippokraticheskoy morali do sovremennoy jetiki i deontologii v medicine [From Hippocrates morality to contemporary ethics and ethics in medicine]. *Vestnik Bashkirskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*, vol. 1, pp. 13–25. (in Russ.)

22. WHO (2013) *Doklad o sostoyanii zdravookhraneniya v mire 2013 g.* [Report on World Health 2013]. Available at: <http://www.who.int/whr/2013/report/ru/>. (in Russ.)

23. WHO (2008) *Doklad o sostoyanii zdravookhraneniya v mire 2008 g. (Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch. Segodnya aktualnee, chem kogda-libo)* [Report on world health, 2008 (Primary health care. Now more than ever)]. Available at: <http://www.who.int/whr/2008/ru/>. (in Russ.)

24. WHO (2014) *Informatsionnyy byulleten № 310* [Newsletter № 310]. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/>. (in Russ.)

25. WHO (2012) *Mezhdunarodnye poezdki i zdorove. Situatsiya na 1 yanvarya 2012 goda* [International travel and health. Situation as on 1 January 2012]. Geneva: WHO, 296 p. (in Russ.)

26. Nolan J. P., Hazinski M. F., Billi J. E., Boettiger B. W., Bossaert L., de Caen A. R., Deakin C. D., Drajer S., Eigel B., Hickey R. W., Jacobs I., Kleinman M. E., Kloeck W., Koster R. W., Lim S. H., Mancini M. E., Montgomery W. H., Morley P. T., Morrison L. J., Nadkarni V. M., O'Connor R. E., Okada K., Perlman J. M., Sayre M. R., Shuster M., Soar J., Sunde K., Travers A. H., Wyllie J., Zideman D. (2010) International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. *Resuscitation*, vol. 81. doi: 10.1016/j.resuscitation.2010.08.002.

Рецензент: Крёсный Д. И., канд. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой менеджмента организации здравоохранения Европейского университета

Статья поступила в редакцию 10.06.2015 г.

# **ЕКСТРЕНА** **МЕДИЦИНА:** Від науки до практики

Журнал зареєстровано  
Державною реєстраційною службою України  
(реєстраційне свідоцтво №20075-9875ПР)

Згідно з Наказом Міністерства освіти і науки України від 06.11.2014 р. № 1279 (Додаток 6)  
включено до Переліку наукових фахових видань

## **ЗАСНОВНИКИ:**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,  
ДЗ «Український науково-практичний центр  
екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»,  
ТОВ «Професійні видання Східна Європа»

Видавництво «Професійні видання Східна Європа»  
директор Костюк С. В.

## **© «ЕКСТРЕНА МЕДИЦИНА: ВІД НАУКИ ДО ПРАКТИКИ»**

При використанні матеріалів посилання на журнал обов'язкове.

### **Юридична адреса:**

Україна, 04205, м. Київ,  
вул. Маршала Тимошенка, 29Б

<http://emergency.in.ua>

**Періодичність** – один раз на два місяці

### **Адреса для листування:**

Україна, 03056, м. Київ,  
вул. Політехнічна, 5а, к. 2

**Тираж** – 1500 екземплярів

**Ціна вільна**

**Тел.: (068) 030 81 47**

**E-mail: profizd@ukr.net**

**Віддруковано в типографії**

**ТОВ «Імідж Принт»**

Відповідальність за точність наведених фактів, цитат, власних імен та інших даних,  
а також за розголошення закритої інформації несуть автори.  
Редакція може публікувати статті в порядку обговорення, не поділяючи точки зору автора.

## **РЕЦЕНЗОВАНЕ ВИДАННЯ**

**Головний редактор** Юрченко В. Д.

**Головний науковий редактор** Вороненко Ю. В.

**Голова редакційної колегії** Стрельников М. О.

## **РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

**Александренко А. В.** (Суми)

**Алексєєнко О. О.** (Київ)

**Близнюк М. Д.** (Київ)

**Бортник А. А.** (Рівне)

**Вершигора А. В.** (Київ)

**Вороненко В. В.**, д-р мед. наук, проф. (Київ)

**Гетьман В. Г.**, д-р мед. наук, проф. (Київ)

**Голдовський Б. М.**, д-р мед. наук, проф. (Запоріжжя)

**Гудима А. А.**, д-р мед. наук, проф. (Тернопіль)

**Еленєв В. В.** (Чернівці)

**Забашта В. Ф.** (Харків)

**Клігуненко О. М.**,

д-р мед. наук, проф. (Дніпропетровськ)

**Крилюк В. О.**, д-р мед. наук (Київ)

**Куц О. С.** (Луцьк)

**Лавренко О. С.** (Полтава)

**Лисак В. П.**, канд. мед. наук (Полтава)

**Мороз Є. Д.** (Київ)

**Печиборщ В. П.**, д-р мед. наук (Київ)

**Пірникоза А. В.**, канд. мед. наук (Вінниця)

**Середа О. М.**, канд. мед. наук (Львів)

**Слонєцький П. І.**, д-р мед. наук, проф. (Київ)

**Сова А. М.** (Житомир)

**Терещук О. Л.** (Хмельницький)

**Толстанов О. К.**, д-р мед. наук, проф. (Київ)

**Хобзей М. К.**, д-р мед. наук, проф. (Київ)

**Шлапак І. П.**, д-р мед. наук, проф. (Київ)

**Шніцер Р. І.**, канд. мед. наук, доцент (Ужгород)

**Янків О. І.** (Івано-Франківськ)

**Ярошенко О. І.** (Кіровоград)